



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Kantonaler Plan für Prävention und Gesundheitsförderung

Leitfaden

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	5
2	Art und Ausrichtung eines Plans für Prävention und Gesundheitsförderung	6
3	Prozessbezogene Komponenten für die Ausgestaltung eines kantonalen Plans	9
4	Inhaltsverzeichnis eines kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung	11
4.1	Auftrag und Leitgedanke des kantonalen Plans	11
4.2	Grundlagen	11
4.3	Definition und Art des Plans	12
4.4	Bilanz des vorhergehenden Plans	13
4.5	Kriterien für die Auswahl von Zielen und Prioritäten	13
4.6	Gesundheitsziele und strategische Ziele/Gesundheitsprioritäten und strategische Prioritäten	13
4.7	Umsetzung der Ziele und Prioritäten	17
4.8	Finanzierungsquellen und Aufgliederung der Ressourcen	19
4.9	Monitoring, Evaluation, Zwischenbilanzen und Schlussbilanz	19
5	Nützliche methodologische Elemente	20
	Anhang: Übersicht über die kantonalen Pläne in der Schweiz, Stand 2009	21

Impressum

Verfasser

Philippe Lehmann, Professor an der Fachhochschule für Gesundheit des Kantons Waadt (HECV Santé),
Lausanne 

Begleitgruppe

Antoine Casabianca, Uff. Promozione e valuazione sanitaria, Tessin
Gilles Crettenand, Service de la santé publique, Wallis
Elisabeth Debenay, Direction générale de la santé, Genf
Catherine Favre Kruit, Gesundheitsförderung Schweiz
Alexia Fournier Fall, Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP
Vlasta Mercier, Service de la santé publique, Waadt
Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuenburg, Präsident der CPPS
Annick Rywalski, Service de la santé publique, Freiburg
Chloé Saas Vuilleumier, Fondation O2, Jura
Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuenburg

Übersetzung

Regine Finck, Genf

Herausgeber

Gesundheitsförderung Schweiz
Avenue de la Gare 52
CH-1003 Lausanne
Tel. +41 (0)21 345 15 15
Fax +41 (0)21 345 15 45
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

1 Einführung

Gegenwärtig verfügen sämtliche Kantone der lateinischsprachigen Schweiz über ein Planungskonzept für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Alle Konzepte unterscheiden sich bezüglich Form und Inhalt. In nächster Zeit beabsichtigen mehrere Kantone, dieses Grundlagendokument zu überarbeiten. Die Mitglieder der Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung (Commission de prévention et promotion de la santé, nachstehend: CPPS) des Groupement romand des services de santé publique (GRSP) regten an, einen Leitfaden zur Erarbeitung von kantonalen Plänen zu erstellen, auf den sich die einzelnen Kantone unter Berücksichtigung ihrer Besonderheiten und ihrer eigenen Dynamik stützen können sollen.

Mit der Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz lancierte die CPPS einen Prozess zur Erarbeitung eines gemeinsamen Tools. Zunächst wurden anlässlich eines Workshops folgende Elemente grob definiert: Vorlage für das Inhaltsverzeichnis eines kantonalen Plans, erforderliche methodologische Komponenten für den Aufbau des Plans, Steuerung des Prozesses sowie Werkzeuge und Kommunikationsstrategie, die den Plan begleiten. Zudem prüften die Teilnehmenden, inwiefern das zukünftige Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung sich auf die kantonalen Planungen in diesem Bereich auswirken wird und wie die Kantone – einzeln oder gemeinsam – an der Umsetzung des Bundesgesetzes beteiligt sein können. Ferner wurde überlegt, auf welche Weise kantonale Beauftragte bei der Erarbeitung von kantonalen Plänen zusammenarbeiten können.

In der Folge wurde Philippe Lehmann, Professor an der Fachhochschule für Gesundheit des Kantons Waadt (HECV Santé) mit der Abfassung des vorliegenden Synthesedokuments beauftragt. Darin sind die Ergebnisse des Workshops sowie Erfahrungen in anderen Bereichen auf nationaler und internationaler Ebene zusammengefasst.

Das Schlussdokument wurde der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) vorgelegt. Diese äusserte Interesse an einer deutschen Übersetzung, um den Bericht auch den zuständigen Fachpersonen in den

deutschsprachigen Kantonen zugänglich machen zu können.

Im ersten Kapitel des vorliegenden Leitfadens werden vier verschiedene Arten von Plänen für Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt. Das zweite Kapitel liefert einen Überblick über die Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, um ein kantonales Rahmenkonzept erarbeiten zu können, namentlich: Auftrag, Engagement der Partner, Erhebung von Daten sowie finanzielle und personelle Mittel. Der dritte Teil ist ein Inhaltsverzeichnis mit Kommentaren zu den wichtigsten Kapiteln, die Bestandteil eines kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung sein sollten. Einige Kapitel enthalten eine Checkliste mit einer Auswahl von inhalts- und/oder prozessbezogenen Punkten, die für die Erstellung eines kantonalen Plans nützlich sind. Im letzten Kapitel werden methodologische Elemente beschrieben, die für die Redaktion eines kantonalen Plans, aber auch allgemein für Programm- oder Projektdokumente im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung eingesetzt werden können.

Im Anhang befindet sich eine kurze Zusammenstellung der aktuell geltenden kantonalen Pläne. Es sei darauf hingewiesen, dass eine Datenbank mit sämtlichen kantonalen Plänen auf der Website www.gesundheitsfoerderung.ch verfügbar ist.

2 Art und Ausrichtung eines Plans für Prävention und Gesundheitsförderung

Generell ist eine Unterscheidung zwischen vier Hauptkategorien von Plänen möglich; sie können gleichzeitig existieren, wobei manchmal nur eine oder zwei Kategorien nebeneinander bestehen. Es ist wichtig, folgende Kategorien klar voneinander zu unterscheiden:

a) Plan mit langfristigen nationalen Public-Health- und/oder Gesundheitsförderungszielen (verfasst durch die Regierung, mit oder ohne Genehmigung durch das Parlament)

Ein Beispiel dafür wäre der Plan mit nationalen Zielen für Gesundheitsförderung und Prävention, der im zukünftigen Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen ist.¹ Ein solcher Plan wird unter Mitwirkung des Bundes, der Kantone und der Institutionen und Akteure aus dem Bereich Public Health, Wirtschaft, Bildung usw. erarbeitet und formal vom Bundesrat und von den Kantonen gemeinsam verabschiedet.

In diese Kategorie gehört auch der allseits bekannte Zielplan für Public Health, der 2003 in Schweden von der Regierung und vom Parlament angenommen wurde²:

«The overarching aim of Sweden's national public health policy is to create social conditions that will ensure good health, on equal terms, for the entire population. Public authorities at all levels should be guided by 11 public health objective domains which cover a number of established policy areas including economic policy, social welfare, the labour market, agriculture, transport and the environment. Municipalities, county councils, non-government organisations (NGOs) and other actors can incorporate the objectives into their activities and the domains can also be used as a basis for formulating interim targets at various levels in society.»

«Eleven objective domains that cover the most important determinants of Swedish public health:

1. Participation and influence in society
2. Economic and social prerequisites
3. Conditions during childhood and adolescence
4. Health in working life
5. Environments and products
6. Health-promoting health services
7. Protection against communicable diseases
8. Sexuality and reproductive health
9. Physical activity
10. Eating habits and food
11. Tobacco, alcohol, illicit drugs, doping and gambling»

In jedem Zielbereich werden spezifische, präzise Zielvorgaben festgelegt.

Ein etwas älteres, nicht weniger interessantes Beispiel ist der britische Plan «Saving Lives: Our Healthier Nation» aus dem Jahre 1999³.

Ein derartiger landesweiter Zielplan muss als Richtschnur für das politische Handeln dienen, etwa nach dem Modell «Health in all policies – Gesundheit in allen Politikfeldern»⁴, und folglich alle Behörden und sozialen Akteure auf internationaler (EU), nationaler, regionaler und lokaler Ebene zu gesundheitsbezogenem Handeln anleiten, einschliesslich in ihren Beziehungen zur Privatwirtschaft.

b) Plan/Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention einer Regierung für eine bestimmte Legislaturperiode; erfasst sämtliche Stellen der kantonalen Verwaltung und die übrigen öffentlichen, halböffentlichen und privaten Akteure, über die die kantonale Regierung eine strategische Macht ausübt und deren Zusammenarbeit sie sucht

Als Beispiel sei der Zielplan im «Rapport du Conseil d'Etat vaudois sur la politique sanitaire pour les an-

nées 2008 à 2012»⁵ angeführt. 10 der 45 Handlungsfelder dieses Plans betreffen die Prävention und die Gesundheitsförderung.

Dieser Plan ist mit der «Gesundheitspolitischen Gesamtplanung» des Kantons Aargau vergleichbar, die 2004 erarbeitet und 2005 von Regierung und Parlament genehmigt wurde⁶; diese Gesamtplanung weist ein umfangreiches Kapitel über Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention auf. Zwar fehlt in diesem Kanton gegenwärtig ein spezifischer Plan für Prävention und Gesundheitsförderung⁷, doch er verfügt über Schwerpunktprogramme (Betriebliche Gesundheitsförderung, Bewegung, Suizid-Netz Aargau, gesundes Körpergewicht, Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter).

Ebenfalls in diese Kategorie gehört die «Bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung», die im Entwurf des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung vorgesehen ist⁸.

c) Legislaturplanung des Departements Gesundheit oder des Amtes für Gesundheit; betrifft

ausschliesslich die Tätigkeiten des betreffenden Departements oder Amtes und ist eng mit dessen Organigramm und Budget verknüpft

Ein Beispiel dafür ist der «Plan cantonal genevois de promotion de la santé et de prévention 2007–2010»⁹ des Département de l'économie et de la santé, Dezember 2007. Er enthält drei Zielsetzungen, die vom Leiter des Departements ausgewählt wurden. Diese Auswahl entspricht nicht einer Priorisierung gegenüber anderen wichtigen Gesundheitsproblemen oder gegenüber Aktionen, die ausserhalb des kantonalen Plans vom Departement Wirtschaft und Gesundheit, von den anderen Departementen, von den Gemeinden oder von halböffentlichen oder privaten Akteuren durchgeführt werden. Der Plan basiert auf ausgesprochen operationell ausgerichteten Auswahlkriterien (siehe Kapitel 4.5 unten).

In diesem Zusammenhang sei auch der Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007–2011¹⁰ des Kantons Freiburg angeführt, der auf einen Vorschlag der kantonalen Kommission zurückgeht und vom Staatsrat gutgeheissen wurde.

Das «Documento Programmatico – Promozione della salute e Prevenzione 2008–2011» des Dipartimento della Sanità e Socialità des Kantons Tessin ist von seinem Wesen her ebenfalls eine Absichtserklärung, da es nicht von der Kantonsregierung formell verabschiedet wurde. Das Dokument schöpft seine Stärke aus der Tatsache, dass bei jeder budgetwirksamen Entscheidung zwingend darauf Bezug genommen werden muss.

d) Langfristig angelegte Vision von Public-Health-SpezialistInnen betreffend Prävention und Gesundheitsförderung

Dazu gehört der Plan der WHO Europa «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert»¹¹, der von offiziellen VertreterInnen des Gesundheitswesens der Länder der Region Europa genehmigt wurde, aber in keinem Land zwingenden Charakter besitzt.

Ein weiteres Beispiel ist die Übertragung dieser Gesundheitsziele 21 auf schweizerische Verhältnisse, die von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen 2002 ausgearbeitet wurde. Die Vorlage enthält ein Vorwort des Bundes und der Kantone, ist jedoch ebenfalls für niemanden verpflichtend¹².

Für die Romandie sei auf das «Rahmenprogramm für die Gesundheitsförderung und die Prävention von Krankheiten und Unfällen 2006–2008»¹³ hingewiesen, das von der kantonalen Beauftragten gemeinsam mit der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung erarbeitet wurde und Strategien enthält, die den Behörden zur Beschlussfassung unterbreitet werden sollen.

Ferner gibt es das «Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé» des Kantons Jura¹⁴

¹ Artikel 4 des Entwurfs zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, Vernehmlassungsfassung, Juni 2008

² Siehe «The National public health strategy for Sweden in brief» (12 Seiten): <http://www2.fhi.se/upload/ar2007/Rapporter%202007/public%20health%20strat.pdf>

³ <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/cm43/4386/4386.htm>

⁴ Siehe Buch «Health in All Policies: Prospects and Potentials», 2006 veröffentlicht vom finnischen Gesundheitsministerium aus Anlass des finnischen Vorsitzes der Europäischen Union im Jahre 2006; äusserst empfehlenswerte Fachlektüre zum Downloaden: http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2

⁵ http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/RPS.pdf

⁶ http://www.ag.ch/gesundheitsversorgung/shared/dokumente/pdf/ggpl_internet.pdf

⁷ Es bestand ein Plan für 2002–2006, http://www.ag.ch/kantonsarzt/shared/dokumente/pdf/1_gesundheit_im_wandel.pdf, der nicht im Lichte der Gesundheitspolitischen Gesamtplanung revidiert wurde. Hingegen wurden 2006 im Spital- und im Psychiatriebereich Pläne «2015» realisiert.

⁸ Artikel 5 des Vorentwurfs zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, Vernehmlassungsfassung, Juni 2008

⁹ <http://etat.geneve.ch/des/site/sante/promotion-sante-et-prevention/master-content.jsp?topicId=8&componentId=kmelia873&pubId=6980>

¹⁰ http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/plan_cantonal_fr_f.pdf

¹¹ <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>

¹² http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/PHS_Gesundheitsziele_2002.pdf

¹³ http://www.vs.ch/Press/DS_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/Programm%20GF%20und%20PKU_2006-2008_Mai%202006.pdf

¹⁴ http://www.ju.ch/acju/Departements/DSP/SSA/Documents/pdf/ppp_2003.pdf

aus dem Jahre 2003. Es wurde vom Departement für Gesundheit unter Mitwirkung der jurassischen Partner angefertigt. Darin werden die Schwerpunkte genannt, die vom Departement und vom Amt für Gesundheit in den kommenden 8 bis 10 Jahren besonders entwickelt werden sollen, wobei kein direkter Bezug zum Legislaturprogramm der Regierung besteht.

Ebenfalls erwähnt sei hier die «Stratégie cantonale vaudoise en matière de promotion de la santé et de prévention 2008–2012». Dieses unveröffentlichte Arbeitsdokument liegt seit Dezember 2008 vor, lehnt sich an die Beschlüsse des kantonalen gesundheitspolitischen Berichts 2008–2012 an, enthält aber zusätzlich strategische Orientierungen für das Engagement aller Akteure des Kantons, der Gemeinden sowie des halböffentlichen und privaten Bereichs auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung.

Das Wesen eines jeden kantonalen Plans, wie er in seiner endgültigen und offiziellen Fassung vorliegt, wird durch die politischen und verwaltungsspezifischen Gepflogenheiten des betreffenden Kantons definiert¹⁵. Dennoch macht es Sinn, **den Erarbeitungsprozess eines kantonalen Plans in sämtlichen Kantonen gleich anzugehen**, besonders während der ersten Stationen dieser Planung, die der politischen Entscheidung vorausgehen. Diese erste Phase gestaltet sich für alle Kantone sehr ähnlich.

Ganz zu Beginn ist es wichtig, den **«Geltungsbereich»**, der vom kantonalen Plan abgedeckt werden soll/muss, klar zu umschreiben. Handelt es sich um:

- spezifische Prioritäten des Departements oder des Amtes, die von der Durchführung anderer Aktivitäten abgekoppelt sind?
- eine kantonale Gesamtplanung für Prävention und Gesundheitsförderung, die sämtliche Departemente sowie weitere öffentliche, halböffentliche und private Akteure auf diesem Gebiet involviert?
- eine Orientierungshilfe für den gesamten Gesundheitsbereich, mit dem Ziel, den Auftrag der einzelnen Sektoren neu zu definieren und alle

Akteure zu einem grösseren Engagement im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung zu motivieren?

Ausserdem gilt es, den **Zeithorizont** der Ziele und Strategien festzulegen: 4 oder 5 Jahre (Legislaturperiode) oder 8, 10 oder 12 Jahre (sinnvolle Frist für die Erreichung von Gesundheitszielen)?

Schliesslich ist es zunehmend wichtig, die **Wechselwirkungen** zu bedenken:

- zwischen den kantonalen Plänen und den **nationalen Zielsetzungen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung** sowie der bundesrätlichen Strategie; ab 2012 oder 2013 müssen kantonale Pläne auf die nationalen Ziele, die vom Bundesrat gemeinsam mit den Gesundheitsverantwortlichen der Kantone festgelegt werden, abgestimmt sein;
- zwischen den **kantonalen Plänen für Prävention und Gesundheitsförderung von Nachbarkantonen** in einer bestimmten Region oder in der ganzen Schweiz einerseits und breiter angelegten Projekten und Programmen, die über den kantonalen Rahmen hinausgehen, andererseits;
- zwischen den kantonalen Plänen für Prävention und Gesundheitsförderung und **weiteren kantonalen Plänen** ausserhalb des Gesundheitsbereichs, namentlich Pläne für Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Entwicklung, Raumentwicklung, nachhaltige Entwicklung ... bis hin zur Gesamtplanung einer Kantonsregierung¹⁶.

3 Prozessbezogene Komponenten für die Ausgestaltung eines kantonalen Plans

Anlässlich des Seminars der CPPS wurden einige der Steuerungskomponenten näher erörtert, die für die Erarbeitung eines kantonalen Plans von Belang sind:

Zyklischer und kontinuierlicher Prozess

In den meisten Kantonen herrscht Kontinuität. Seit den Anfängen in den neunziger Jahren befindet man sich teilweise bereits im dritten oder vierten Planungszyklus.

Angesichts des Zeithorizonts für die Umsetzung der Zielvorgaben und der Zeit, die für die Erhebung epidemiologischer Daten, für die Durchführung von Evaluationen, für die Abstimmung von Zielen, Strategien und Programmen aufgewendet werden muss, ist es sinnvoll, die Ausgestaltung eines kantonalen Plans als **kontinuierlichen Prozess über den ganzen Legislaturzeitraum hinaus zu betrachten**, der **in aufeinanderfolgenden Phasen** verläuft:

- Problem- und Datenanalyse; Bestandsaufnahme bisheriger Aktionen;
- Definition der Ziele und Prioritäten – zunächst nach Auffassung der Akteure, Fachleute und EntscheidungsträgerInnen, anschliessend im Rahmen eines Konzertierungsprozesses, schliesslich: Festlegung der Ziele;
- Festlegung der Programme, der Zusammenarbeit mit anderen Stellen, der Abfolge der verschiedenen Etappen, der Zwischenbilanzen;
- Festlegung der Ressourcen;
- formale Ausgestaltung des kantonalen Plans sowie Kommunikationsplanung;
- schrittweise Einführung der neuen Programme und Anpassung der früheren Tätigkeiten;
- Bilanzziehung und Vorbereitung der Daten für den folgenden kantonalen Plan;
- Konzeptualisierung der Veränderungen, die im nächsten Plan erfolgen sollen.

Auftragserteilung für die Erstellung eines kantonalen Plans, Ressourcen, Fristen, interner oder offener Prozess

Es ist ausgesprochen wichtig, von der administrativen/politischen Behörde einen präzisen Auftrag

und einen Terminplan für die Beschlusstappen des kommenden kantonalen Plans zu erhalten; dies um die Unterlagenbeschaffung, den Analyseprozess, die Konzertierungsphase und die Fertigstellungsphase organisieren zu können.

Mitarbeit interner (Dienststellen der kantonalen Verwaltung) und externer Kreise (Partner-NGOs, Gemeinden, Wirtschaft, Bevölkerung, Community Action, Vereine)

Die Mobilisierung von VertreterInnen der Verwaltung und von externen Partnern ist zuweilen mit einem enormen Zeit- und Energieaufwand verbunden. Folglich sollten die Modalitäten der Mitwirkung von Angehörigen der Verwaltung und von externen Akteuren unbedingt bereits sehr früh geregelt werden. Besonders wichtig ist dies bei einem Plan, der sich an das Modell «Health in all Policies» anlehnt und somit ein massives Engagement von politischen, administrativen, wirtschaftlichen Kreisen oder von VertreterInnen des Bildungs- und Sozialbereichs erfordert, die nicht spezifisch mit dem Gesundheitswesen verbunden sind.

Ebenfalls unerlässlich ist dies für die Erarbeitung eines kantonalen Plans, mit dem eine schrittweise Neuorientierung der Akteure auf dem Gebiet der kurativen Gesundheitsversorgung angestrebt wird.

Sammeln von Inputs, Daten, Resultaten, Angaben über Gesundheitsüberwachung

Teilweise stützten sich kantonale Pläne hauptsächlich auf (nationale und kantonale) Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die alle fünf Jahre durchgeführt wird. Die Nutzbarmachung des kantonalen Zahlenmaterials erfolgt allerdings mit einer gewissen Verzögerung (Veröffentlichung der ersten kantonalen Zahlen im Herbst 2009, Veröffentlichung des vollständigen Berichts im Herbst 2010 für die Kantone der Romandie, usw.).

Zur Gesundheitsproblematik liegt auch viel sonstiges Datenmaterial vor, das aus kantonalen Verwaltungen, halböffentlichen Einrichtungen, lokalen wissenschaftlichen Studien usw. stammt. Es lohnt sich, abzuklären, ob schweizerisches oder ausländisches

¹⁵ Mehrere Kantone verfügen nicht über einen kantonalen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung, namentlich in der Deutschschweiz. Nähere Angaben: siehe Anhang.

¹⁶ Siehe zum Beispiel das Regierungsprogramm 2007–2011 des Kantons Freiburg: http://admin.fr.ch/de/data/pdf/cha/programme_gouvernemental_2007-2011_de.pdf

Datenmaterial gegebenenfalls ausreicht, um die Gesundheitsproblematik der kantonalen Bevölkerung darzustellen.

Es ist denkbar, zusammen mit einigen spezialisierten Institutionen ein Früherkennungssystem für die Beobachtung neu auftretender Probleme und Tendenzen (Gesundheitsüberwachung) einzurichten; diese Institutionen werden zu Partnerorganisationen des zukünftigen kantonalen Plans.

Zusätzliche Abklärungen, gute Praktiken, Pilotprojekte

Nebst der Beschaffung von epidemiologischen Daten ist es wichtig, abzuklären,

- ob und warum die durchgeführten Pilotprojekte im kommenden kantonalen Plan übernommen werden müssen/können,
- ob für die Verbreitung von Beispielen guter Praktiken gesorgt werden muss
- und ob neue Problemstellungen, die sich abzeichnen, im nächsten kantonalen Plan angegangen werden sollen.

Frühzeitig überlegen, ob diese Elemente in den kantonalen Plan aufgenommen werden sollen oder nicht.

Kosten, Humanressourcen, nichtfinanzielle Ressourcen für die Ausarbeitung des kantonalen Plans und Schätzung der Kosten, des Bedarfs an Personal und nichtfinanziellen Ressourcen für Präventions- und Gesundheitsförderungs-Aktionen

Die Umsetzung des kantonalen Plans erfordert Ressourcen in Form von Zeit, Geld, Energie für die allseitige Abstimmung, Geduld bei Verzögerungen usw.

Es kann sich als äusserst nützlich erweisen, den Bedarf an Ressourcen für jene Programmelemente des kantonalen Plans auszurechnen, die nicht aus Geldleistungen (Subventionen), sondern aus nichtfinanziellen Beiträgen bestehen; gemeint ist insbesondere der Aufwand für die Mobilisierung von Ansprechpersonen und mitwirkenden Institutionen. Man muss darauf achten, sich bei der Projektierung des kantonalen Plans nicht ausschliesslich nach dem Funktionsbudget des Gesundheitswesens und nach den Subventionen für externe Einrichtungen aus dem Fachbereich Gesundheit zu richten.

Bezugnahme auf die nationalen und kantonsübergreifenden Ziele und Programme

Es wird zunehmend wichtig werden, den kantonalen Plan mit den konvergierenden Zielen, Strategien und Programmen auf Bundesebene und auf interkantonalen Ebene abzustimmen.

Vom zeitlichen Ablauf her ist damit zu rechnen, dass die Definition der zukünftigen nationalen Ziele vor der Fertigstellung der kommenden kantonalen Pläne abgeschlossen sein wird.

Synthese und Fertigstellung des kantonalen Plans

Die Bereinigung der Differenzen und die Ausarbeitung der endgültigen Fassung des kantonalen Plans erfolgen oftmals in mehreren Durchgängen, während derer die Ziele und Programme immer präziser definiert werden. Für diese Durchgänge braucht es einen Zeitplan, damit der übergeordnete Zeitplan, der für die politische Entscheidungsfindung vorgesehen ist, eingehalten werden kann.

4 Inhaltsverzeichnis eines kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung, mit Kommentaren

- 1. Auftrag und Leitgedanke des kantonalen Plans**
- 2. Grundlagen**
Definitionen
Gesundheitszustand, Gesundheitsprobleme, Gesundheitsbedürfnisse
- 3. Definition und Art des Plans**
- 4. Bilanz des vorhergehenden Plans**
- 5. Kriterien für die Auswahl von Zielen und Prioritäten**
- 6. Gesundheitsziele und strategische Ziele/ Gesundheitsprioritäten und strategische Prioritäten**
- 7. Umsetzung der Ziele und Prioritäten**
Grundsätze und Strategien
Aufrechterhaltung des Bestehenden
Neue Bestrebungen
Synergien und Kooperation
Kommunikationsstrategie
- 8. Finanzierungsquellen und Aufgliederung der Ressourcen**
- 9. Monitoring**

4.1 Auftrag und Leitgedanke des kantonalen Plans

Verfassungs- oder Gesetzesgrundlage, politische Grundlage, Verankerung im Regierungsprogramm Zielsetzungen des kantonalen Plans Vorgehensweise für die Entwicklung des kantonalen Plans, Konzertation

Beim Plan handelt es sich um ein Produkt von SpezialistInnen, das in Massnahmen der politischen Behörde umgemünzt wird und in der Folge Teil der Planung und Kommunikation der Regierungstätig-

keit ist. Der Plan kann für eine Legislaturperiode gedacht oder auch längerfristig angelegt sein. Wenn er während der ersten Hälfte der Legislaturperiode zusammengestellt und abgeschlossen wird, kann sich seine Wirkungsdauer verlängern, und er hat bessere Chancen, das Stadium der Wahlkampagne zu überdauern.

Der Plan kommt auch einer Konsenserklärung sämtlicher betroffenen kantonalen Akteure gleich und erhält dadurch umso mehr Legitimität.

4.2 Grundlagen

a) Definitionen der Prävention und der Gesundheitsförderung, Grundlagendokumente (Charta-Dokumente der WHO und der Schweiz, Ziele und Grundsätze des Gesundheitswesens ...)

Für die PolitikerInnen, Akteure und für die Bevölkerung besitzt der Plan nach wie vor eine pädagogische Dimension, denn die Begriffe des Gesundheitswesens, der Prävention und der Gesundheitsförderung sind noch nicht überall bekannt; dies trifft besonders für neue Begriffe zu, etwa «New public health»¹⁷ und «Health in all policies»¹⁸. Deshalb ist es in der Regel sinnvoll, Definitionen anzugeben und dabei auf internationale und nationale Grundlagendokumente zu verweisen.

Diese Definitionen und Grundsätze sollten auch im Hinblick auf die kurative Rolle des Gesundheitssektors ausgewählt werden, um Letzteren für eine Mitarbeit an der Umsetzung der Ziele und Programme des kantonalen Plans zu gewinnen.

¹⁷ New public health: «Die Wissenschaft und Praxis, die die Rolle sozialer Systeme, multi-disziplinärer und intersektoraler Partnerschaft und positiver Gesundheitsorientierung betont und nicht nur (wie «Old public health») eine biologische Orientierung mit Schwerpunkt auf einer präventiven und Kontroll-Perspektive einer einzigen Profession. Die «New public health» basiert auf einem besseren Verständnis, wie Lebensweisen sowohl als Lebensbedingungen die Gesundheit beeinflussen. Die Bedeutung der Sektoren ausserhalb des Gesundheitsbereiches und die Notwendigkeit, Ressourcen und politische Unterstützung zu mobilisieren, werden ebenso hervorgehoben. Die Gegenstände werden vor einem globalen Hintergrund gesehen und sind eng verbunden mit Umweltfragen. Wie alles als «neu» Bezeichnete, wurde dieser Begriff eingeführt, um eine Renaissance in Public Health/Öffentlicher Gesundheit zu kennzeichnen gegenüber einer stereotypisierten Tradition. Der Begriff wird bald überholt sein.» Zitat aus dem Glossar der Banque de données en santé publique: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Default.asp>

¹⁸ Health in all Policies: Siehe Fussnote 4, Seite 6; siehe dazu auch die australischen Konzepte zum Thema: <http://www.health.sa.gov.au/PEHS/health-in-all-policies.htm>

b) Gesundheitszustand der Bevölkerung/demografische Grössen/Gesundheitsdeterminanten/Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung/Gesundheitsprobleme (anhaltende, neue)

Die meisten neueren kantonalen Pläne beschränken sich auf eine kurze Zusammenstellung der wichtigsten Tendenzen bei den Daten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Soziale und demografische Veränderungen innerhalb der Bevölkerung finden wenig Beachtung: neue Arten von Gesundheitsbedürfnissen, die beispielsweise auf einen veränderten Lebensstil oder einen Wertewandel, beziehungsweise auf die wirtschaftlichen und sozialen Konsequenzen der Armut, der prekären Lebenssituationen und der multikulturellen Gesellschaft zurückzuführen sind. Die Komponente der Gesundheitskompetenz (Health literacy) der Bevölkerung müsste, namentlich bezogen auf spezifische Bevölkerungsgruppen, immer angesprochen werden¹⁹.

Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsprobleme und der steigende Versorgungsbedarf aufgrund der Alterung der Bevölkerung werden zuweilen auf eine Weise dargestellt, die die Gesundheitsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den Hintergrund drängt. Bei der Betrachtung von Gesundheitsproblemen empfiehlt sich eine Unterscheidung nach Altersklassen.

Das Ausmass von Gesundheitsproblemen, die auf die Lebensbedingungen in einem bestimmten Umfeld oder Setting zurückzuführen sind – namentlich Auswirkungen von beschwerlichen Arbeiten und der Form der Arbeitsorganisation –, wird in kantonalen Plänen sehr oft übergangen. Grund dafür ist das Fehlen von ausreichendem Datenmaterial, aber auch die Tatsache, dass «Gesundheitsförderung» und «Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz» durch institutionelle, gesetzliche und theoretische Faktoren voneinander getrennt sind. Es wäre wünschenswert, hier Abhilfe zu schaffen. Die Tätigkeit und die Beobachtungen des Arbeitsinspektorats sollten berücksichtigt werden.

Zudem müsste die Problematik der Folgen der sozialen Ungleichheit auf die Gesundheit ebenfalls dokumentiert werden: Unterschiede bei der Risikoposition, Benachteiligung aufgrund der sozioökono-

nomischen oder soziokulturellen Verhältnisse, prekärer Aufenthaltsstatus, prekäre wirtschaftliche Situation, Unterschiede bei der Gesundheitskultur oder beim Gesundheitsverhalten, unterschiedliche wirtschaftliche und kulturelle Ressourcen, ungleicher Zugang zu Gesundheitsversorgung und Präventionsleistungen, Unterschiede bei den Health outcomes usw.

Die Abstände, in denen die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik veröffentlicht werden, sind selten mit dem Zeitplan der kantonalen Pläne kompatibel. Da die meisten Tendenzen jedoch stabil verlaufen, dürften die entstehenden Diskrepanzen keine grösseren Schwierigkeiten verursachen. Datenmaterial aus dem Jahre 2002 ist für Tätigkeiten zwischen 2008 und 2012 nach wie vor relevant, sofern festgestellt wurde, dass die Tendenzindikatoren unverändert sind.

Zusätzlich zu den Gesundheitsdaten braucht es demografisches Datenmaterial, insbesondere um herauszufinden, wie viele Personen von einem Problem betroffen sind; wenn möglich ist auch die Grösse der vulnerablen oder benachteiligten Gruppen zu bestimmen.

4.3 Definition und Art des Plans (strategischer Plan/Aktionsplan/Organisationsplan usw.)

Eckdaten des kantonalen Plans: Zeithorizont/institutioneller Horizont/Beitrag des Staates, der beteiligten Akteure/Rolle der übrigen Departemente ...

Siehe dazu Kapitel 1 des vorliegenden Berichts, Pläne für Prävention und Gesundheitsförderung, Typen a, b, c und d.

Zeithorizont: Die Ziele sollten auf 8 bis 12 Jahre angelegt sein; dieser Zeitraum ist in der Regel nötig, um die Ziele zu erreichen, selbst wenn sie schliesslich in die Liste der Regierungsverpflichtungen für eine Legislaturperiode aufgenommen werden. Die meisten Ziele lassen sich innerhalb einer einzigen Legislaturperiode schlicht nicht erreichen. Strategien und Programme können ebenfalls in eine Legislaturperiode (4 bis 5 Jahre) aufgenommen werden;

dieser Zeitraum wird jedoch häufig überschritten, vor allem um die Weiterführung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit sicherzustellen.

4.4 Bilanz des vorhergehenden Plans, einschliesslich der investierten Beträge und Ressourcen

Der vorherige kantonale Plan und dessen Ziele müssen mindestens erwähnt werden; dies zusammen mit Angaben über den Realisierungsgrad der Programme, der strukturellen oder gesetzgeberischen Massnahmen sowie der wichtigsten Innovationen²⁰. Sehr schwierig ist es hingegen, zu dokumentieren, inwiefern die Leistungen, die im Rahmen des vorhergehenden Plans erbracht wurden, (kleinen spezifischen Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten der Kantonsbevölkerung (Lebensbedingungen und Gesundheitsverhalten), auf die Morbidität, Mortalität oder die gesunden Lebensjahre und schliesslich auf die Kosten der kurativen medizinischen Versorgung hatten; Gründe dafür sind die Multikausalität der Gesundheitswirkungen und die ausgesprochen lange Latenzzeit, bis Endresultate gemessen werden können. Auf diese Schwierigkeit sollte ausdrücklich hingewiesen werden.

4.5 Kriterien für die Auswahl von Zielen und Prioritäten/für die Kontinuität und für die Einführung von Veränderungen

Einbindung der Partner aus dem Kanton und aus dem privaten Bereich in die Definition von Zielen und Prioritäten sowie in die Aktionen

Mehrere kantonale Pläne enthalten genaue Aussagen über die Kriterien, die bei der Auswahl der Ziele und Prioritäten eingesetzt wurden. Diese Vorgehensweise ist empfehlenswert, da sie für Fachleute, PolitikerInnen, Partnerorganisationen und die Allgemeinbevölkerung nützlich ist.

Siehe dazu den Plan des Kantons Freiburg, 2007–2011²¹, Kapitel 6.1, Vertretene Grundsätze (Nachhaltigkeit, Chancengleichheit, Empowerment, Kooperation, Evaluation) und 6.3, Prozess der Bestimmung

von Prioritäten (Ermittlung der Gesundheitsbedürfnisse, Definition eines Problems, Kohärenz mit den Prioritäten auf Bundesebene und in anderen Kantonen, Identifizierung eines Problems durch die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention).

Ein weiteres Beispiel ist das «Programme pluriannuel de prévention et promotion de la santé» des Kantons Jura²², Kapitel 2.1 «Critères de priorité» und 2.2 «Critères de qualité».

Schliesslich ein formal sehr streng gegliedertes Beispiel: «Les huit critères de sélection des onze domaines prioritaires de la loi genevoise sur la santé» (K 1 03 vom 7. April 2006):

1. Geltungsbereich des Plans: Der kantonale Plan beschränkt sich auf die Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Gesundheitsdeterminanten einwirken, nämlich auf Verhaltensweisen, Umfeld, Gesundheitsversorgung und teilweise Biologie;
2. Zuständigkeit des Département de l'Economie et de la Santé;
3. Unvollständigkeit von Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention;
4. Bedeutung des Gesundheitsproblems;
5. Machbarkeit der Massnahmen;
6. Wirksamkeit der Massnahmen;
7. Messbarkeit der Massnahmen;
8. Einarbeitung der nationalen und internationalen Gesundheitspolitiken.

Die Kriterien 1 bis 5 sind Pflicht, die übrigen sind fakultativ.

4.6 Gesundheitsziele und strategische Ziele/Gesundheitsprioritäten und strategische Prioritäten

Definitionen:

Vision = angestrebter Idealzustand;

Ziele = Zielvorgaben (Ergebnisse), für deren Erreichung Anstrengungen unternommen werden, mit Mitteln und einer Frist, die vom Kanton vorgegeben sind;

Prioritäten = Hierarchisierung der Ziele (Zielvorgaben) nach ihrer Dringlichkeit und nach den erforderlichen Ressourcen;

¹⁹ Siehe dazu Referat von Thomas Abel anlässlich der Konferenz von Gesundheitsförderung Schweiz in Pfäffikon, Januar 2009: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praeventition/allgemeines/Ges_konferenz/Praesentationen09/Abel-Thomas_d_-final.ppt#256,1,11

²⁰ Siehe dazu den ausgezeichneten Bericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden über die Realisierung seines Präventionsprogramms für Alkohol und Tabak: http://www.sucht-ar.ch/downloads/schlussbericht_aktionsplan_v27112008.pdf

²¹ Siehe Fussnote 10, Seite 7

²² Siehe Fussnote 14, Seite 7

Strategien = mögliche Aktionen des Staates im Hinblick auf die Mobilisierung seiner eigenen Ressourcen oder weiterer Ressourcen, um die Ziele zu erreichen;

Programme = Gesamtheit der integrierten Aktionen, die der Zielerreichung dienen.

Es gilt, zwischen Gesundheitszielen und strategischen Zielen zu unterscheiden:

Gesundheitsziele = Ergebnisse, die durch die Präventions- und Gesundheitsförderungs-Politik für die Gesundheit der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen erreicht werden sollen; dies in Form eines Rückgangs von Risikofaktoren, einer Zunahme von Schutzfaktoren, einer verbesserten Gesundheitskompetenz innerhalb der Bevölkerung; daraus entstehen zusätzliche gesunde Lebensjahre, eine Verbesserung des objektiven und empfundenen Gesundheitszustands, ein Rückgang von Morbidität und Frühmortalität, eine Verminderung von Behinderungen und Leid und eine Reduktion des Pflege- und Behandlungsbedarfs.

Ausserdem können Gesundheitsziele zu einer geringeren oder rationelleren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und damit zu einer Kostensenkung im kurativen Bereich (oder einer Verlangsamung des Kostenanstiegs) führen. Ebenfalls möglich ist ein Rückgang der Kosten, die durch Krankheit oder durch einen schlechten Gesundheitszustand für die Gesellschaft entstehen, namentlich Kosten für Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Behandlung in Einrichtungen für Langzeitpflege.

Schliesslich führt die Erreichung von Gesundheitszielen auch zu einer erhöhten Einsatzfähigkeit der Bevölkerung in sämtlichen Bereichen: Wirtschaft, Familie, Soziales; dies stärkt das Wohlergehen des Einzelnen und das Gemeinwohl.

Strategische Ziele = Ergebnisse, die im Sinne einer Mobilisierung von Akteuren und Ressourcen für die Verabschiedung und Umsetzung von sachgerechten Programmen erreicht werden sollen, damit die Gesundheitsziele wirksam realisiert werden können. Eine gute Governance des kantonalen Plans ist besonders wichtig und muss neue Strategien wie auch

bestehende Aktionen sowie Synergien zwischen Akteuren und zwischen Programmen auf sämtlichen Ebenen erfassen.

Je nach den **theoretischen und soziopolitischen** Grundlagen, auf die sich der kantonale Plan stützt, können strategische Ziele und Gesundheitsziele auf unterschiedliche Art und Weise formuliert werden:

- Health outcomes, die durch eine bessere Steuerung der Politik für Prävention und Gesundheitsförderung und der verschiedenen Sachpolitiken, die einen Einfluss auf die Gesundheit haben, erzielt werden können sowie durch die Entwicklung der methodologischen und operationellen Kompetenzen, die für die beteiligten Akteure nützlich sind (auf diesem Modell beruht der Entwurf einer neuen nationalen Politik für Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz²³).
- Health outcomes, die durch das Einbringen der Gesundheit in alle Politikbereiche zu erreichen sind, indem schwerpunktmässig auf strukturelle und kollektive Gesundheitsdeterminanten Bezug genommen wird, die durch Politiken ausserhalb des eigentlichen Gesundheitssektors beeinflusst werden (sogenanntes Modell «HiAP – Health in all policies» der Europäischen Union und Australiens²⁴).
- Health outcomes, die im Hinblick auf einen guten körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitszustand der Bevölkerung und im Hinblick auf die Senkung von Morbidität und Mortalität angestrebt werden (Modell Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, WHO Europa²⁵).
- Health outcomes, die durch die Stärkung der Gesundheitskompetenzen und durch das Empowerment der Bevölkerung erreicht werden sollen (Modell der Ottawa-Charta, WHO 1986 – siehe dazu auch die laufenden Arbeiten des BAG zum Thema²⁶).
- Health outcomes, die durch Einwirken auf die sozialen und wirtschaftlichen Determinanten zu erreichen sind, die Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit darstellen, namentlich strukturelle und kollektive Determinanten, die die Verringe-

- Health outcomes, die spezifisch auf die Konsequenzen der Überalterung der Bevölkerung ausgerichtet sind (WHO-Modell «Aktiv Altern»³⁰, siehe ebenfalls F. Paccaud³¹).

All diese Modelle führen zur zentralen Feststellung, dass **die wichtigsten Gesundheitsprobleme durch eine Vielzahl von verschiedenen Determinanten beeinflusst werden, wobei diese Determinanten jeweils mehrere Gesundheitsprobleme betreffen**. Anders ausgedrückt sollten Aktionen, die Teil des kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung sind, den Hebel bei mehreren Ebenen und Bereichen ansetzen, um die Gesundheit der Bevölkerung erfolgreich verändern zu können. Sie können verschiedene Fokusse der Determinanten der Gesundheitsprobleme anvisieren, da die Ursachen und Schutzfaktoren bei den meisten Gesundheitsproblemen multifaktoriell sind. In einem derartigen theoretischen Kontext wäre es nicht angebracht, sich bei der Festlegung der Grundzüge der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention ausschliesslich auf einen Ansatz zu beziehen; stattdessen ist ein breit angelegtes Vorgehen vorzuziehen, das auf vielfältige Akteure und Aktionen innerhalb und ausserhalb des Gesundheitssystems Bezug nimmt. Problematisch an den bestehenden Methoden zur Definition von Prioritäten ist, dass sie den Kontext und das politische Umfeld, die für ein kantonales Rahmenkonzept bestimmend sind, nicht immer berücksichtigen. Diese Instrumente sind oftmals abstrakt. Prioritäten entstehen auch durch Konsensbildung. Ausserdem muss jedes Gesundheitsproblem

in seinem eigenen Kontext und im Lichte der jeweils aktuellen Möglichkeiten betrachtet werden.

Die Definition der kantonalen Prioritäten wird auch durch nationale Prioritäten oder Möglichkeiten zur Finanzierung durch Dritte bestimmt. Bei der Erarbeitung der kommenden kantonalen Prioritäten wird es zum Beispiel darum gehen, den **zukünftigen Prozess zur Definition der nationalen Ziele** (8 Jahre) und der **bundesrätlichen Strategie** (4 Jahre) in die Überlegungen einzubeziehen. Die Kantone sollten sich rasch auf diese beiden Neuerungen vorbereiten – wenn möglich gemeinsam.

Hier zur Veranschaulichung ein **Vorschlag für die Strukturierung der Gesundheitsziele** in einem kantonalen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung³²:

1. Schutz der Gesundheit und Prävention zur Vermeidung von **Risiken/Bedrohungen, gegen die der einzelne Mensch keine Handhabe hat**, namentlich Umweltrisiken, Infektionsrisiken, wirtschaftliche Risiken;
2. Schutz der Gesundheit und Prävention im Hinblick auf **ernste Risiken** (Tod, Unfall, Invalidität, Behinderung, Ausgrenzung), die kurzfristig durch **Risikosituationen und Fehlverhalten** entstehen, welche ihrerseits durch ein benachteiligtes wirtschaftliches, soziales oder kulturelles Umfeld begünstigt werden;
3. nachhaltige Verankerung von **gesundheitsförderlichen Lebensgewohnheiten**, die ein Leben lang schützen, und folglich Festigung der individuellen Gewohnheiten durch **wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rahmenbedingungen, die langfristig gesundheitsfördernd sind**;
4. gezielte Vorbeugung bestimmter **schwerer**, langer oder tödlicher **Krankheiten bei Personengruppen mit potenzieller oder besonders grosser Exposition**; kollektive Prävention/Verhältnisprävention und individuelle/medizinische Prävention bzw. Verhaltensprävention; Früherkennung, Zugang zu frühzeitiger medizinischer Versorgung und zu

²³ Siehe <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/index.html?lang=de>, insbesondere die Empfehlungen der Fachkommission Prävention und Gesundheitsförderung 2005, den Bericht Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, BAG 2007, und den Entwurf zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, Vernehmlassungsfassung 2008

²⁴ Siehe Fussnote 4, [Seite 6](#) und [Fussnote 18, Seite 11](#)

²⁵ <http://www.euro.who.int/document/health21/WA540GA199SA.pdf>

²⁶ Siehe <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de>, Rubrik «Gesundheitskompetenz»

²⁷ Siehe WHO-Bericht «Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health», 2008

²⁸ EU-Gesundheitsprogramme 2003–2008 und 2008–2013, insbesondere das Projekt «Tackling Health Inequalities: Governing for Health», siehe unter www.healthinequalities.org (UE)

²⁹ Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Verlag Hans Huber, Bern 2009

³⁰ Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln; Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2002

³¹ Paccaud F, Peytremann Bridevaux I, Heiniger M, Seematter-Bagnoud L. Vieillissement: éléments pour une politique de santé publique. Rapport préparé pour le Service de la santé publique du canton de Vaud; IUMSP, Lausanne, 2006

³² Beitrag von Ph. Lehmann für die Stratégie cantonale vaudoise en matière de promotion de la santé et de prévention 2008–2012

angemessener Behandlung, Qualität der medizinischen Versorgung;

5. grösstmögliche Aufrechterhaltung der **Gesundheitsressourcen und Selbstständigkeit** von Menschen, deren Gesundheit wegen einer Behinderung, einer chronischen Krankheit oder wegen fortschreitenden Alters geschwächt ist.

Der Vorteil dieser Strukturierung ist, dass sie den unterschiedlichen Selbstbestimmungsgrad bei den einzelnen Verhaltensweisen berücksichtigt, die zu den Gesundheitsdeterminanten gehören, und dass sie die unterschiedlichen Zeithorizonte der Interventionen beachtet.

Dazu kommen gegebenenfalls einige **«Querschnittsziele»**, wie etwa:

- Schutz der Gesundheit besonders vulnerabler Gruppen und Verringerung der Ungleichheit von Gesundheitschancen;
- Entwicklung der Gesundheitskompetenz aller Menschen, insbesondere der Angehörigen benachteiligter Gruppen;
- Ausbau der Präventions- und Gesundheitsförderungs-Tätigkeiten durch die Akteure des kurativen Gesundheitsbereichs;
- Überwindung des theoretischen und institutionellen Grabens zwischen «Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz» und «Betrieblicher Gesundheitsförderung».

Ausgehend von diesem Verzeichnis der Ziele können die üblichen spezifischen Programme angefertigt werden: Ernährung, Bewegung, Tabak, Alkohol, Drogen, Aids, Impfungen, Unfälle, Gesundheit an Schulen, Zahngesundheit in der Schule, psychische Gesundheit, reproduktive Gesundheit, Gesundheit im Kleinkindalter, gesundes Altern, Spitalhygiene usw.; es ist auch denkbar, dass mehrere Programme auf kantonaler oder aber nationaler Ebene gemeinsame Bestrebungen unternehmen.

Weitere Denkanstösse:

Einige Themen kommen in (fast) allen kantonalen Plänen vor, aber es bestehen recht grosse Unterschiede beim Blickwinkel oder bei der Ausrichtung. Insbesondere sind dies Themen, die sich nur schwer aus der Perspektive der Gesundheitsförderung und Prävention bearbeiten lassen, beispielsweise **psychische/geistige Gesundheit** (siehe kantonale Pläne

GE, VS, NE, JU, FR sowie ZG und LU und «Plan de santé mentale» VD).

Es würde sich eventuell lohnen, wenn die CPPS bzw. der VBGF auf dem Gebiet der psychischen/geistigen Gesundheit tätig würde, um einen gemeinsamen Ansatz und parallele kantonale Strategien zu erarbeiten.

Die GDK ist in diesem Bereich auf nationaler Ebene stark engagiert, obgleich ihre neueren Bemühungen die Psychiatrieplanung betreffen. Die GDK widmet sich ebenfalls der Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Bündnis gegen Depression). Auch beim BAG ist das Thema «als Reserve» vorhanden, und das Amt muss auf die beharrliche Nachfrage seitens des Parlaments reagieren. Schliesslich dürfte das Thema der psychischen/geistigen Gesundheit mit ziemlicher Sicherheit in die Liste der nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungs-Ziele aufgenommen werden. Anders ausgedrückt ergibt sich in vierfacher Hinsicht (kantonal, überkantonal, GDK, BAG) eine Gelegenheit, einen gemeinsamen Ansatz im Bereich psychische/geistige Gesundheit für das gesamte Gesundheitswesen zu entwickeln.

Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz ist ein Thema, das in kantonalen Plänen für Prävention und Gesundheitsförderung bis anhin oft vernachlässigt wurde und zweifellos mehr Beachtung finden sollte. Gemeint ist damit nicht, dass die Belegschaft am Arbeitsplatz für Essgewohnheiten, Bewegung oder Tabakmissbrauch sensibilisiert werden soll (Verhaltensbotschaften an Empfänger, die in einem bestimmten Umfeld versammelt sind), sondern der Schutz und die Verbesserung der Gesundheit bezogen auf Probleme, die aufgrund von Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation und insbesondere aufgrund von physischen und psychischen Erschwernissen entstehen. Ziel wäre es, die institutionelle, gesetzgeberische und theoretische Kluft zwischen der Gesundheitsförderung (Zuständigkeitsbereich des Departements für Gesundheit) und dem Bereich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (Zuständigkeit des Departements für Wirtschaft, der Arbeitsinspektorate, aber auch der SUVA, der Betriebe und der Gewerkschaften) zu überwinden. Zu bedenken ist hier der Sonderbereich der betrieblichen Gesundheit für das Personal der kantonalen Verwaltung; als grösster Arbeitgeber des Kantons sollte sie den übrigen Arbeitgebern ein gutes Beispiel geben.

4.7 Umsetzung der Ziele und Prioritäten

a) Grundsätze und Strategien der Gesundheitsförderung und der Prävention

Aktionen zur Beeinflussung der Gesundheitsdeterminanten

Sektorübergreifende Strategien

Auf wissenschaftlicher Evidenz beruhende Aktionen Zielerreichungsstrategien sind unbedingt unter Berücksichtigung der beitragenden Faktoren eines jeden Sektors der Verwaltung und der Gesellschaft zu definieren, weil ja das Gesundheitsamt und dessen Partner «Gesundheit» allein nicht alle Probleme beeinflussen und lösen können.

Hier eine Beispielliste mit **Strategien für die Governance und die allgemeine Ausrichtung** der Prävention und Gesundheitsförderung für einen Kanton³³:

1. Konsolidierung und Verankerung des **Engagements der Behörden und Verwaltungen** aller betroffenen Stellen für den Schutz und die Förderung der Gesundheit:
 - Verbesserung der politischen und administrativen Governance von Tätigkeiten auf dem Gebiet der Prävention, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes;
 - Herbeiführung von politischen und administrativen Entscheiden auf allen Ebenen (Kanton und Gemeinden, Bund), die Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit betreffen;
 - Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den öffentlichen Akteuren;
 - für eine verlängerte Nachhaltigkeit dieses Engagements sorgen.
2. Konsolidierung und Verankerung des **Engagements** für den Schutz und die Förderung der Gesundheit durch die wichtigsten direkt betroffenen **privaten Akteure**:
 - die öffentliche kantonale Steuerung der Prävention besser in die Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen und privaten Sektor einbringen;
 - private Akteure (innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens) vermehrt dazu bringen, sich für gesundheitsfördernde Massnahmen einzusetzen;
 - Zielkonvergenzen und konkrete Aktionen definieren;
 - Zusammenarbeitsverträge und/oder Leistungsvereinbarungen abschliessen;

- für mehr Nachhaltigkeit bei diesem Engagement sorgen;
- 3. Den Beitrag der öffentlichen und privaten Akteure in Richtung eines Ansatzes lenken, der die **strukturellen und kollektiven Determinanten der Gesundheit** der Bevölkerung (oder von Bevölkerungsgruppen) bearbeitet, um eine Wirkung auf die Politiken und Aktionsprogramme der Behörden und auf die Rahmenbedingungen zu erzielen, die die Gesundheit beeinflussen:
 - besseres Verständnis des Begriffs der strukturellen Gesundheitsdeterminanten;
 - das Bewusstsein für die Auswirkungen der Politik der öffentlichen Hand (ausserhalb der Gesundheit) auf die Gesundheit fördern;
 - auf Entscheidungen für Massnahmen hinarbeiten, die die strukturellen Gesundheitsdeterminanten beeinflussen und die Umsetzung dieser Massnahmen fördern.
- 4. Festigung der **Kenntnisse und Kompetenzen der Bevölkerung** im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung (Empowerment) und Erarbeitung von Instrumenten und Aktivitäten zur Entwicklung der Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung (Health literacy, Förderung des Empowerment).
- 5. Die **Steuerung/Good governance des kantonalen Plans** regeln und dabei sowohl die Entscheidungsbefugnisse der politischen Behörden, der SpezialistInnen in der Verwaltung, der ExpertInnen-Kommissionen und der Konsens- und Zusammenarbeitsgremien als auch den Entscheidungsspielraum der öffentlichen Partner (übrige Verwaltungen, Gemeinden ...) und der privaten Partner festhalten.

b) Aufrechterhaltung des Bestehenden

Programme und Aktivitäten, die beibehalten/abgeändert/fortentwickelt/eingestellt/zusammengeführt werden sollten. Die Weiterführung bestehender Aktionen zu erwähnen, mag unerfreulich sein, ist aber eminent wichtig, um diese Aktionen in einen allgemeineren Rahmen einfügen zu können und um sie auf diese Weise zu rechtfertigen (statt sich auf das bloss Bestehen von Institutionen zu berufen). Ebenfalls angeben, ob diese Tätigkeiten zum gewünschten Erfolg geführt ha-

³³ idem

ben, ob im Hinblick auf eine bessere Zielerreichung Korrekturen erforderlich sind und ob sie stärker in die gemeinsamen Bestrebungen des kantonalen Plans eingebunden werden sollen.

c) Neue Bestrebungen

Prioritäre Strategien und Programme mit Auflistung der wichtigsten Instrumente und Akteure; Zeitplan für die Umsetzung

Aktionen, die durch gesetzgeberische Massnahmen, strukturelle Veränderungen, durch die Entwicklung von Methoden, durch die Einführung von GVPs (Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen) usw. zu realisieren sind.

Gewöhnlich handelt es sich bei diesem Kapitel um das Kernstück eines kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung; dazu gehören auch eine Auflistung der Aktionen und die Bestimmung der Akteure, die die Aktionen umzusetzen haben.

Ein wichtiges Anliegen muss die **Verbreitung guter Praktiken** sein, die anhand von nachahmenswerten Beispielen veranschaulicht werden sollten (Pilotprojekte oder Routineangebote, die besonders gut funktionieren und überdurchschnittlich leistungsfähig sind. Die Weitergabe guter Praktiken an andere Kantone oder Partner ist ein wertvoller Dienst. In diesem Zusammenhang sei an die interkantonale Zusammenarbeit und an Gesundheitsförderung Schweiz als Ressource erinnert.

An dieser Stelle sei auf die Wichtigkeit **legislativer Vorschriften** hingewiesen: Aktionsprogramme müssen bestehende Gesetzesvorschriften erfüllen und kommende Gesetze und deren Einführung bedenken.

Die **Innovationsfreude** in Grenzen halten; nicht vergessen, dass Aktionen Bestand haben müssen, auch wenn die Tendenzen bereits am Sinken sind (wie etwa beim Rückgang der kardiovaskulären Sterblichkeit oder der Verkehrsunfälle). Dass ein Trend nach unten zeigt, ist noch kein Grund, die Anstrengungen zurückzufahren, ausser in besonderen Fällen, in denen der Trend von selbst nachlässt, das heisst, ohne dass man auf ihn einwirken musste.

Den Bias der Begeisterung für **punktuell lokale Aktionen** nicht aus den Augen verlieren. Sich über den Wirkungskreis der bereits durchgeführten oder vorgesehenen Aktionen im Klaren sein (ein Schulbetrieb? einige? alle?; eine, zwei, drei oder alle Gemeinden ...) und sich fragen, wie die Aktion auf die gesamte jeweilige Bevölkerung auszudehnen wäre.

Schliesslich sollte man davon absehen, **innovierende Projekte in privilegierten Bereichen** zu bevorzugen, also Projekte mit überaus grosszügigem Budget, hoch motivierten Mitarbeitenden, sozial und kulturell ausgewählten Teilnehmenden, ausgesprochen wohlwollenden Behörden ... Anders ausgedrückt: Projekte, die die Gesundheit einer kleinen Zahl von Menschen fördern – auch wenn diese einer besonders vulnerablen Gruppe angehören –, die aber überhaupt nicht dazu angetan sind, auf eine breitere Ebene übertragen zu werden, die gesamte Bevölkerung abzudecken und die sozialen Ungleichheiten in der Gesundheit zu verringern.

Es gilt, die Bedeutung neuer Bestrebungen zu hinterfragen und dabei unter anderem deren Auswirkungen auf «nicht prioritäre», «nicht innovierende» Bereiche zu beurteilen: Sind diese Aktionsbereiche aufrechtzuerhalten? Sollen sie in die neuen Bestrebungen integriert werden, aufgehoben werden, oder sollen die Ressourcen dafür gekürzt werden ...?

d) Synergien und Kooperation

Synergien mit kantonalen Programmen ausserhalb des Gesundheitsbereichs

Synergien mit Programmen anderer Kantone/mit nationalen Programmen

Zusammenarbeit mit Gemeinden, NGOs, privaten Betrieben, Vereinen, anderen Kantonen, mit dem Bund, Gesundheitsförderung Schweiz ...

Die Zielsetzungen im Bereich der Kooperation zwischen Akteuren sowie der Integration von nicht gesundheitsspezifischen Strategien (diese sind Teil der strategischen Ziele) sind genauso wichtig wie die Gesundheitsziele selbst.

Es ist unerlässlich, Partner, Mitarbeitende, Verbündete usw. zu gewinnen, auch unter den Akteuren des Gesundheitssystems. Ein mögliches strategisches Ziel wäre, mit den Akteuren im Gesundheitsbereich (PraxisärztInnen, Spitex, Spitäler, Apotheken ...) das Gespräch betreffend Prävention und Gesundheitsförderung zu suchen.

Zu den Sektoren ausserhalb des Gesundheitsbereichs zählen vor allem: Sozialwesen, Erziehung und Bildung, Wirtschaft und Beschäftigung, städtische/regionale Entwicklung, wobei Polizei/Sicherheit hier nicht vergessen werden dürfen. Ebenfalls zu beachten ist die Gesetzgebung (über die Gesundheit und über Themen ausserhalb des Gesundheitsbereichs) als bestehendes Werkzeug, das gegebenenfalls verbessert werden muss.

e) Kommunikationsstrategie

Für die Kommunikation gegenüber Akteuren und gegenüber der Bevölkerung sieht der kantonale Plan eine spezifische Strategie vor.

Es empfiehlt sich, Kommunikation als Informationsvermittlung, aber auch als identitätsstiftendes Element und Auslöser eines Wir-Gefühls zu betrachten («Wir, alle beteiligten Akteure, Fachpersonen, Institutionen, BürgerInnen, Gesunde und Kranke ... werden die Planziele ... erreichen»³⁴). Der kantonale Plan ist eine günstige Gelegenheit, eine gemeinsame visuelle Identität zu entwickeln, wobei dies mit den Akteuren ausgehandelt werden muss, die gegebenenfalls ihre eigene visuelle Identität zur Geltung bringen wollen.

Die Umsetzung des kantonalen Plans und der dazugehörigen Programme setzt eine regelmässige Information über den Verlauf der Aktionen und über das Erreichte voraus. Folglich muss die Kommunikation ebenfalls Gegenstand einer Planung sein.

Bei der Planung der Kommunikation können folgende Fragen hilfreich sein:

- Welcher Inhalt? Prozess, Plan, Prioritäten, Programme, Aktionen, Ergebnisse, zukünftige Etappen usw.
- Für welche EmpfängerInnen? Behörden, Verwaltung, Partner, Berufsangehörige, Bevölkerung usw.
- Mit welchem Ziel? Identifizierung des Plans und seiner Governance, Zusammenhalt der beteiligten Akteure, partizipatives Vorgehen, Botschaften an die Bevölkerung usw.
- In welchen Abständen? Einzelmeldung, kontinuierlich, Nachhaken/Reminder, Ergebnisse, Vertiefung usw.
- Mit wem? Behörden, ExpertInnen, Partner usw. befragen.
- Mehrwegkommunikation? Verschiedene Kommunikationsträger, mehrere Zielgruppen usw.
- Welche Kommunikationsträger? Events und Internet.
- Wie kommt die Bevölkerung zu den gewünschten Informationen? Wie kann man ihr helfen, sachdienliche Informationen zu finden?

4.8 Finanzierungsquellen und Aufgliederung der Ressourcen/ Humanressourcen/ nichtfinanzielle Ressourcen

Es ist wichtig, eine zutreffende Schätzung für die Durchführung des gesamten kantonalen Plans oder für die Umsetzung der einzelnen Programme vornehmen zu können und dabei auch die nichtfinanziellen Ressourcen einzubeziehen (z.B. Mitarbeit der Lehrkräfte, der Polizei, der privaten Betriebe, der ÄrztInnen, Steuerung durch die Verwaltung). Man sollte sich nie darauf beschränken, das Budget der kantonalen Dienststelle für Prävention/Gesundheitsförderung als einzige mögliche Quelle von Ressourcen zu betrachten.

Tatsache ist, dass wirtschaftliches Know-how oftmals fehlt, obwohl es für die Erarbeitung eines kantonalen Plans erforderlich ist. Da es stets schwierig ist, die Mittel für die Gesundheitsförderung zu beziffern, könnte es für die Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung (CPPS) interessant sein, sich auf eine kleine Zahl von Eckwerten für die Messung der nötigen Ressourcen, für die Beschaffung und Einordnung der Ressourcen (Beispiel: Beiträge der Akteure als Geldleistungen erfassen oder nicht) zu einigen, damit alle auf der Basis von gleichen Kriterien arbeiten können.

4.9 Monitoring, Evaluation, Zwischenbilanzen und Schlussbilanz

Es sollte möglich sein, einen Plan für Gesundheitsmonitoring und -evaluation in die allgemeinen Evaluationsmechanismen der kantonalen Sachpolitiken einzuführen.

³⁴ Siehe zu diesem Thema – selbstverständlich unter gebührender Wahrung der Verhältnismässigkeit – die Verwendung des «nous» in der Antrittsrede von Barack Obama als Präsident der USA am 20. Januar gemäss französischer Fassung in «Le Temps» vom 21. Januar

5 Nützliche methodologische Elemente

Nachstehende Liste enthält verschiedene methodologische Elemente, die für die Erarbeitung des kantonalen Plans für Prävention und Gesundheitsförderung nützlich sind. Sie sollten nicht nur bei der eigentlichen Abfassung eines Plans zum Einsatz kommen. Vielmehr sind sie auf Dauer und durch ihren kumulativen Effekt nützlich.

Aktuelle Daten über die Gesundheit der Bevölkerung, Trend, Überwachung (Früherfassung neu auftretender Probleme)

– keine Beschränkung auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung.

Demografische Angaben, Grösse der betreffenden Bevölkerungsgruppen

– versuchen, Angaben zu Grösse und Merkmalen von vulnerablen Gruppen zu beschaffen (sozio-ökonomisch, Lebens- und Arbeitsbedingungen, kulturell, Migrationsstatus, besondere Risikexposition ...).

Gesundheitsziele und strategische Ziele anderer Kantone sowohl in der Romandie als auch in der Deutschschweiz (siehe Anhang)

– eine Datenbank mit sämtlichen bestehenden kantonalen Plänen befindet sich seit Mai 2009 auf der Website www.gesundheitsfoerderung.ch.

Rationale Entscheidungskriterien sowie Konsens-Kriterien, Vorgehen der anderen Kantone bei der Festlegung von Zielen und Prioritäten.

Nationale und internationale Programme

– insbesondere neue Tendenzen bei der Konzipierung von Plänen und Programmen für Prävention und Gesundheitsförderung, wie sie in bestimmten Grundlegendokumenten zu finden sind. Besonders zu beachten: Europäische Union, Schweden, Finnland, Grossbritannien, Deutschland. Zudem ist die Entwicklung in Frankreich mitzuverfolgen, wo demnächst die Programme der Agences régionales de santé eingeführt werden sollen. Ablauf der nationalen Programme des BAG in Zusammenarbeit mit weiteren Bundesämtern, mit Gesundheitsförderung Schweiz, den Kantonen und NGOs; Zugänglichkeit zu Plattformen; Finanzierungsmöglichkeiten.

Evaluation von Programmen, die im Kanton und anderswo durchgeführt wurden

– Probleme, die angetroffen/überwunden wurden. Kosten und Nutzen der Programme, Art der verwendeten Ressourcen (auch nichtfinanzieller Art).

Ergebnisse von in- und ausländischen Pilotmodellen

– laufende Entwicklung neuer Aktionsmodelle, Potenzial bezüglich Ausbau und Übernahme dieser Modelle.

Gute Praktiken von Programmen und Strategien

– Evidenz in der Literatur und in der Erfahrung. Sektorübergreifende Netze, Vorgehensweisen zur Mobilisierung wirtschaftlicher und sozialer Akteure. Erwartungen der Bevölkerung und der Fachpersonen.

Kenntnis der Medien und der übrigen Kommunikationsmittel (Internet).

Parlamentarische Vorstösse zum Thema der Prävention und Gesundheitsförderung und Antworten der Regierungen

– Vorstösse im Nationalrat oder im Ständerat und Antworten des Bundesrates, parlamentarische Vorstösse in anderen Kantonen und Antworten des Regierungsrates.

Zeitplan für die Einführung des Bundesgesetzes über Prävention und Gesundheitsförderung sowie der nationalen Ziele

– partizipativer Prozess zur Definition der nationalen Ziele und der bundesrätlichen Strategie, Erarbeitung der nationalen Programme.

Anhang: Übersicht über die kantonalen Pläne in der Schweiz, Stand 2009³⁵

- + steht für das Bestehen eines kantonalen Plans/Konzepts,
- steht für dessen Fehlen
- **Aargau** hat keinen kantonalen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung, verfügt jedoch über eine Gesundheitspolitische Gesamtplanung aus dem Jahre 2005, in der die Orientierung der Prävention festgehalten ist. Ausserdem bestehen Schwerpunktprogramme (Bewegung, Suizid, Betriebliche Gesundheitsförderung, Körpergewicht, Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter). Ein Sachplan (Plan der Weiterentwicklung der Präventivmedizin und GF/P 2002–2006) wurde nicht an die neue Gesundheitsplanung angepasst bzw. aktualisiert.
- + **Appenzell Ausserrhoden** verfügt über einen Aktionsplan Alkohol- und Tabakprävention 2004–2008: http://www.sucht-ar.ch/downloads/p_%20jahres_aktionsplan.pdf. Zudem ist ein (äusserst interessanter) Schlussbericht über die Umsetzung dieses Aktionsplans verfügbar: http://www.sucht-ar.ch/downloads/schlussbericht_aktionsplan_v27112008.pdf; darin sind die Ziele aufgeführt, die ab 2009 verfolgt werden sollten. Das neue Gesundheitsgesetz (2007) verstärkt die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung. Es wird ein Folgeplan erarbeitet.
- **Appenzell Innerrhoden** verfügt über keine einschlägige Planung. Schwerpunkte werden mittels Projektauswahl gesetzt (zurzeit Suchtprävention und Elternbildung, ab 2010 zudem psychische Gesundheit).
- + **Basel-Landschaft** führte kantonale Programme für Prävention und Gesundheitsförderung bereits vor langer Zeit ein; gegenwärtig gilt hier ein «Rahmenkonzept 2006–2010 der Gesundheitsförderung-Baselland», das vom Kantonsparlament zur Kenntnis genommen wurde. Ein äusserst sachdienliches Dokument befindet sich unter: <http://www.baselland.ch/Gesundheitsfoerderung.273511.0.html>

- + **Basel-Stadt** stützt sich einerseits auf «Sieben Leitthesen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton BS» aus dem Jahre 2007 und andererseits auf ein «Fachkonzept zur Gesundheitsförderung BS» aus dem Jahre 2005. Siehe <http://www.gesundheitsdienste.bs.ch/ueber-uns/gesundheitsfoerderung.htm>. Ein überarbeitetes Fachkonzept wird im Sommer 2009 veröffentlicht.
- + **Bern** erstellt seit 2002 Richtpläne für Gesundheitsförderung und Prävention (GF/P), wo alle 4 Jahre im Rahmen eines breiten Problemmonitorings in Zusammenarbeit mit den vom Kanton finanzierten Kooperationspartnern Schwerpunktbereiche der GF/P festgelegt und die Ziele, die Zielgruppen und die betroffenen Akteure definiert werden. Im Moment ist die Schwerpunktplanung 2010–2013 am Laufen, und im Herbst wird der Regierungsrat über die Schwerpunkte befinden. Ab Sommer 2010 werden die kantonalen Kooperationspartner im Bereich GF/P im Auftrag des Kantons die definierten Massnahmen im Rahmen ihres Leistungsvertrags umsetzen. Unter www.profinfo.ch sind alle kantonalen Angebote in den Bereichen GF/P, Früherkennung/-intervention und Beratung für das Setting Schule abrufbar. In der zweiten Jahreshälfte werden die Angebote des kantonalen Aktionsprogramms Ernährung/Bewegung 2009–2012 auf www.gef.be.ch aufgeschaltet. Im Zusammenhang mit den neuen Schwerpunkten GF/P 2010–2013 wird ein kantonales Konzept GF/P geplant.
- + **Freiburg**: Der kantonale Plan 2007–2011 wurde politisch vom Staatsrat validiert. Er enthält im Wesentlichen Prioritäten. Der Staatsrat hat einen Aktionsplan gefordert, an dem zurzeit gearbeitet wird. Er wird Ziele festlegen, in die Vernehmlassung geschickt und dürfte im Herbst 2009 abgeschlossen sein. Kantonaler Plan, französische Fassung: http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/ssp/plan_cantonal_prevention_2007_2011_fr_f.pdf Kantonaler Plan, deutsche Fassung:

³⁵ Aktueller Stand der Informationen (Juni 2009), gemäss Angaben der kantonalen Beauftragten und verfügbaren Internet-Quellen. Siehe auch: Situation von Gesundheitsförderung und Prävention in den Kantonen – Untersuchung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Februar 2008, Thomas Pfister, Andy Biedermann und Richard Müller

- http://admin.fr.ch/de/data/pdf/dsas/plan_cantonal_fr_d.pdf
- + **Genf:** Der kantonale Plan für Gesundheitsförderung und Prävention ist im Grundsatz im Genfer Gesundheitsgesetz verankert. Eine Steuergruppe sorgt für die Einbindung der wichtigsten Akteure im Gesundheitsbereich sowie der verschiedenen Departemente. Für den Zeitraum 2007 bis 2010 ist der Plan in drei Programme gegliedert, die anhand von Prioritäten festgelegt und vom Direktor des Departements für Wirtschaft und Gesundheit gutgeheissen wurden. Diese drei Programme lauten: «Retarder l'âge de la 1^{ère} consommation d'alcool» (etwa: Möglichst später Einstieg in den Alkoholkonsum), «Marchez et mangez malin!» (etwa: Der Kluge bewegt und ernährt sich gut!) und «Alliance genevoise contre la dépression» (etwa: Genfer Bündnis gegen Depression). Bei der Ausgestaltung dieser Programme wird besonders auf die Vernetzung der Partner Wert gelegt. <http://etat.geneve.ch/des/site/sante/promotion-sante-et-prevention/master-content.jsp?topicId=8&componentId=kmelia873&pubId=6980>
 - + **Glarus** besitzt seit Ende 2007 ein hoch interessantes neues «Konzept Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton GL» (2008). Es handelt sich um ein völlig neues Konzept in diesem Bereich, der zuvor schwerpunktmässig auf die Suchtprävention ausgerichtet war. Im Mittelpunkt stehen nunmehr die Gesundheitsförderung und die Entwicklung der Gesundheitskompetenzen der Bevölkerung, die Befähigung (Empowerment), Chancengleichheit usw., und es werden Gesundheitsziele definiert. Das Konzept wurde in die Vernehmlassung geschickt und wird voraussichtlich im Jahr 2011 eingeführt.
 - **Graubünden** ist offenbar dabei, ein Konzept Prävention und Gesundheitsförderung auszuarbeiten. Es ist nicht im Internet verfügbar. Der Kanton veröffentlicht zudem Kriterien (aus dem Jahre 2002) für die Unterstützung von Projekten: http://www.gesundheitsamt.gr.ch/download/Kriterien_Gesundheitsfoerderung-de.pdf. Kürzlich (2008) wurde ein Programm für gesundes Körpergewicht lanciert: <http://www.graubuendenbewegt.ch/sites/NoNavigation/index.html>
 - + **Jura:** Der kantonale Plan wurde 2003 gutgeheissen. Er ist auf eine Dauer von 8 bis 10 Jahren ausgelegt und nicht wirklich an eine Legislaturperiode gebunden. Es handelt sich vor allem um einen strategischen Plan, der viel Freiraum für konkrete Aktionen lässt. Ein Schwerpunkt ist die Information und die Koordinierung der Aktionen/Akteure. Der Plan wurde auf der Grundlage von wissenschaftlichen Studien und von Bedarfsermittlungen unter den Betroffenen erarbeitet. In 8 bis 10 Jahren ist eine Evaluation dieses Plans vorgesehen. Die nächste Legislaturperiode beginnt 2011. http://www.ju.ch/acju/Departements/DSP/SSA/Documents/pdf/ppp_2003.pdf
 - + **Luzern:** Die Kantonsärztlichen Dienste haben in Zusammenarbeit mit der seit 2005 durch den Regierungsrat eingesetzten kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention eine Strategie mit Zielen und Subzielen erarbeitet. Im Rahmen einer Mehrjahresplanung wurde ein Massnahmenplan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007–2011 erstellt. Für die beiden ersten Jahre der Kommissionstätigkeit erfolgte 2007 ein Bericht an den Regierungsrat. Teile der Strategie und der Ziele haben Eingang in das Legislaturprogramm 2007–2011 gefunden: beispielsweise das «Luzerner Aktionsprogramm Gesundes Körpergewicht», das «Luzerner Bündnis gegen Depression», der «Kantonale Alkoholaktionsplan» und die Einführung eines konsequenten Nichtraucherschutzes. Siehe: www.lu.ch/regierung_legislaturprogramm.htm und www.kantonsarzt.lu.ch
 - + **Neuenburg:** Der erste Richtplan für Gesundheitsförderung wird derzeit im Kanton Neuenburg erstellt. Er wird Schwerpunktbereiche der Gesundheitsförderung festlegen und die operationellen Ziele und die betroffenen Akteure auflisten. Die Vernehmlassung bei den betroffenen Verwaltungsstellen wird demnächst abgeschlossen sein (noch nicht im Internet verfügbar).
 - **Obwalden und Nidwalden:** Beide Halbkantone arbeiten zusammen. Im neuen Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit von Nidwalden (2007) sind 11 Artikel (Art. 64–74) den Grundsätzen und Prioritäten, der strategischen Planung und der Umsetzung von Aktionen gewidmet: <http://www.navigator.ch/link.php?s=nw&g=711.1>. Eine eigentliche Strategie für OW und NW liegt jedoch noch nicht vor.
 - **St. Gallen** besitzt keinen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung. Im «Leitbild Gesundheit 2002» (http://www.sg.ch/home/gesundheit/leitbild_gesundheit.Par.0007.DownloadListPar.0007.FileRef.tmp/Leitbild_Gesundheit.pdf) wurden sehr allgemeine Leitsätze formuliert, die Themen wie Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenzen, Befähigung (Empowerment) und das Informieren über die Gesundheit ganz oben auf die Liste der gesundheitspolitischen Visionen setzen. Ferner arbeitet der Kanton mit Programmen (Schwerpunkte 2008–2010) in den Bereichen Körpergewicht, betriebliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheit in den Gemeinden, Alkohol, Tabak und Cannabis. Einige Schwerpunkte sind gleichzeitig Teil des Regierungsprogramms 2009–2013.
 - **Schaffhausen** führt in seinen Legislaturzielen 2005–2008 den Bereich «Aktive Sucht- und Gewaltprävention sowie Gesundheitsförderung» auf. Siehe <http://www.sh.ch/Gesundheit.937.0.html>. Die Leistungsvereinbarung des Vereins für Jugendfragen, Prävention und Suchthilfe mit dem Kanton Schaffhausen wurde im Rahmen der «Reorganisation der Betreuung Abhängiger in der Region Schaffhausen» im Februar 2009 überarbeitet. Es bestehen keine kantonalen Ausrichtungen und Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung.
 - **Schwyz** erstellt derzeit ein Gesamtkonzept für Prävention und Gesundheitsförderung. Eine gesundheitspolitische Gesamtplanung befindet sich in der Vorbereitung. Für die Prävention und Gesundheitsförderung an den Schulen besteht folgendes Konzept: http://www.sz.ch/documents/gf__p_volksschule_konzept__sept_071213693766839.pdf. Ausserdem führt Gesundheit Schwyz Programme durch: <http://www.gesundheit-schwyz.ch/portrait/index.html>
 - **Solothurn** hat weder einen kantonalen Plan für Prävention und Gesundheitsförderung noch ein Konzept, obgleich die Grundsätze (Verhältnis- und Verhaltensprävention) in zwei Artikeln des Sozialhilfegesetzes definiert sind. Genau wie in Bern obliegt der gesamte operationelle und konzeptuelle Bereich regionalen Stiftungen für Prävention und Suchtbehandlung, insbesondere dem Verein Perspektive (Region Solothurn).
 - + **Tessin:** Der gegenwärtige Plan 2008–2011 wurde von der Tessiner Regierung nicht formell genehmigt. Jedes Jahr wird ein Budget aufgestellt, mit einem jährlichen Aktionsplan, der sich auf den kantonalen Plan bezieht. Die Aktionen, die durchgeführt werden, reihen sich in eine globale Vision ein. Zudem werden mögliche Aktionen aufgeführt, für die noch keine Finanzierung vorliegt.
 - + **Thurgau:** Die Kommission für Gesundheitsförderung, Prävention und Sucht des Kantons Thurgau hat im Auftrag des Regierungsrats ein Konzept Gesundheitsförderung Thurgau erarbeitet, das den Rahmen für die kantonale Ausrichtung im Bereich öffentliche Gesundheit festlegt. Die darin festgehaltenen Leitlinien und Ziele dienen als Grundlage für die Ausgestaltung von Leistungsverträgen und die Planung und Umsetzung von Programmen (z. B. kantonales Aktionsprogramm gesundes Körpergewicht) und Projekten (z. B. Bündnis gegen Depression). Das Konzept wird im Sommer 2009 dem Regierungsrat vorgelegt und anschliessend veröffentlicht. Eine Effizienzsteigerung auf operativer Ebene wurde mit einer strukturellen Reform erreicht. Hauptsächlich Leistungserbringer im Bereich Gesundheitsförderung sind die Fachstellen Perspektive, die seit Januar 2009 von einem kantonsweiten Gemeindeförderungsträger getragen werden.
 - **Uri** arbeitet ebenfalls mit Programmen (Schwerpunkte). Die Leitsätze und Ziele für die kommenden 10 Jahre wurden bereits 2003 in einem Gesundheitsleitbild definiert: <http://www.ur.ch/dateimanager/glb.pdf>. Im neuen Gesundheitsgesetz (2008) wurden die Zuständigkeiten geklärt. Die Durchführung von Aktionen und Programmen obliegt dem Verein Gesundheitsförderung Uri, mit dem der Kanton Uri eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen hat. Siehe <http://www.ur.ch/de/gsud/afg/gesundheitsfoerderung-und-praevention-m823> und <http://www.gesundheitsfoerderung-uri.ch>
 - + **Waadt:** Im Juli genehmigte der Staatsrat den Bericht über die Gesundheitspolitik 2008–2012; dieser wurde vom Grosse Rat im Februar 2009 angenommen. Er sieht 43 Massnahmen vor, von denen 10 den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention betreffen. Ende 2008 genehmigte das Amt für Gesundheit einen spezifischeren Bericht über die einschlägige kantonale Strategie, der auf diese 10 Massnahmen eingeht. Dieser Bericht wurde dem Vorsteher des Departements Gesundheit und Soziales noch nicht vorgelegt (Link zum Bericht Gesundheitspolitik: http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/RPS.pdf).

- + **Wallis:** Es liegt ein Vorschlag für einen kantonalen Vierjahresplan vor. Der kommende Plan wird den Zeitraum 2010–2013 abdecken. Der jetzige Plan des Kantons ist strategisch orientiert. http://www.vs.ch/Press/DS_63/IMAG-2003-12-01-4151/fr/Programme%20PS%20et%20PMA%202006-2008_mai%202006.pdf
- + **Zug** verfügt über ein «Gesundheitsförderung/Prävention: Rahmenkonzept» aus dem Jahre 2003, das hinsichtlich der Konzepte, Grundsätze, Bedürfnisse, Prioritäten, Strukturen und Tätigkeiten sehr gründlich ausgearbeitet wurde und eine allgemeine Strategie sowie Programme (Schwerpunkte) definiert: <http://www.zug.ch/behoerden/gesundheitsdirektion/gesundheitsamt/gesundheitsforderung-und-praevention/auftrag-und-angebote>; zudem werden Konzepte für die spezifischen Programme formuliert (Alkohol, Tabak, Sucht, psychische Gesundheit, Betriebe, Körpergewicht, Gesundheit im Alter ...). Die Gesundheitsförderung und die Prävention werden in den Schwerpunkten 2005–2015 des Regierungsrates als prioritäre Aufgabe des Kantons bezeichnet: «Der Kanton betreibt eine innovative, ganzheitliche und qualitätssichernde Gesundheitspolitik. Er agiert als Impulsgeber bei der Gesundheitsförderung und Prävention». Das eben erst in Kraft getretene neue Gesundheitsgesetz stärkt die Prävention und regelt den Bereich Tabak und Alkohol.
- + **Zürich** beruft sich auf ein «Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton ZH» aus dem Jahre 2004. Dabei handelt es sich vor allem um eine Methodologie, die den Präventionsstellen zur Erarbeitung von Projekten dient. Es gibt keine definierten Gesundheitsziele oder -prioritäten. Ausserdem liegt eine «Einführung mit Leitfaden für Projektplanung» aus dem Jahre 2007 vor. Siehe dazu <http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/Grundlagendokumente.373.0.html>. Im Übrigen arbeitet Zürich ebenfalls mit Schwerpunktprogrammen und Kampagnen.

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6
Tel. +41 (0)31 350 04 04, Fax +41 (0)31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 (0)21 345 15 15, Fax +41 (0)21 345 15 45
office.lausanne@promotionsante.ch

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