

Gesundheitsförderung und Prävention stärken

Grundlagen für die Erarbeitung
einer Strategie in der Schweiz.



Dank

Beim Erstellen dieses Berichts habe ich von vielen Seiten Hilfe und Unterstützung erfahren. Von Gesundheitsförderung Schweiz hat mir Brigitte Ruckstuhl zahlreiche nützliche Tipps gegeben. Insbesondere erwähnen möchte ich auch Ursel Broesskamp, die mir die Arbeit mit vielen Literaturhinweisen erleichtert hat. Im ersten Entwurf des Berichts erkannte sie nicht nur verschiedene Schwachstellen, sondern formulierte immer auch wertvolle Hinweise für eine Verbesserung. Bei der Zusammenstellung der politischen Interventionen der vergangenen Jahrzehnte in der Schweiz waren das Wissen und die Erfahrung von Philippe Lehmann, Leiter der Geschäftsstelle Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, sowie von Franz Wyss, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz, eine grosse Hilfe. Ihnen allen sei mein herzlicher Dank ausgesprochen.

Impressum

Autor François van der Linde, MD, MPH

| | | |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Herausgeber | Gesundheitsförderung Schweiz | Promotion Santé Suisse |
| | Dufourstrasse 30 | Avenue de la Gare 52 |
| | Postfach 311 | Case postale 670 |
| | CH-3000 Bern 6 | CH-1001 Lausanne |
| | Tel. +41 (0)31 350 04 04 | Tél. +41 (0)21 345 15 15 |
| | Fax +41 (0)31 368 17 00 | Fax +41 (0)21 345 15 45 |
| office.bern@promotionsante.ch | office@promotionsante.ch | |
| www.gesundheitsfoerderung.ch | www.promotionsante.ch | |

Vorwort

LANGFRISTIGE STRATEGIE VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich als nationale Organisation auf der Basis des Artikels 19 KVG (Krankenversicherungsgesetz) für Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Notwendigkeit und das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen wird von Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Medizin anerkannt. Die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen liegen aus bevölkerungsbezogener Sicht in den wachsenden psychischen Belastungen und den Folgen des vom Wohlstand geprägten Lebensstils, der immer weniger körperliche Aktivität erfordert und zu Fehlernährung führt.

Seit 1998 ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz aktiv. Aufbauend auf ihren Erfahrungen und Kompetenzen wird sich Gesundheitsförderung Schweiz künftig auf drei Kernthemen fokussieren: «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress».

Der vorliegende Bericht beinhaltet die Grundlagen zum Thema «Gesundheitsförderung und Prävention stärken». Es sind die wesentlichen Grundlagen für die Strategieentwicklung in diesem Themenfeld.

Dieser Bericht stellt die notwendigen Grundlagen zur Verfügung, um gemeinsame Fortschritte in der Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen.

November 2005
Gemeinsam Chancen schaffen –
Gesundheitsförderung Schweiz

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 3 |
| Zusammenfassung | 7 |
| 1. Einleitung | 9 |
| 2. Definitionen | 11 |
| 3. Problemstellung | 15 |
| 4. Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik | 17 |
| 4.1 Die Gesundheitsdeterminanten: Schlüssel für das Verständnis von Gesundheit | 17 |
| 4.2 Das Health Impact Assessment HIA: Hauptwerkzeug für die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik | 18 |
| 4.3 Was die Politik wissen will: Die Notwendigkeit von Evidenz und Best Practice | 19 |
| 4.4 Realistische Ziele setzen: Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz | 20 |
| 4.5 Vom Gesundsein können: Das Konzept der «Gesundheitskompetenz» (Health Literacy) | 21 |
| 4.6 Über die Nutzung wissenschaftlicher Daten durch gesundheitspolitische Entscheidungsträger | 22 |
| 4.7 An wen geht die Botschaft? Das Zielgruppen-Segmentierungsmodell «Sinus-Milieus» | 24 |
| 4.8 Bekannt, aber oft vergessen: Das Kommunikationsmodell | 24 |
| 4.8.1 Eigenschaften der Quelle (Sender) | 25 |
| 4.8.2 Eigenschaften der Botschaft | 26 |
| 4.8.3 Die Absicht | 27 |
| 4.8.4 Das Medium | 27 |
| 4.8.5 Der Empfänger | 27 |
| 5. Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz | 29 |
| 5.1 Kurzer Rückblick | 29 |
| 5.1.1 Der Entwurf für ein Präventivgesetz 1984 | 29 |
| 5.1.2 Die Leitbilder der Fachgesellschaft | 30 |
| 5.1.3 Die «Nationale Gesundheitspolitik» | 31 |
| 5.1.4 Die Entstehung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz | 32 |
| 5.2 Rechtliche Grundlagen und Kosten | 32 |
| 5.2.1 Rechtliche Grundlagen | 32 |
| 5.2.2 Kosten | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 Organisationen, Institutionen und wichtige Projekte | 33 |
| 5.4 Weiterbildung | 34 |
| 5.5 Forschung und Evaluation | 35 |
| 5.6 Weitere wichtige Aspekte | 37 |
| | |
| 6. Ein Blick ins Ausland | 39 |
| 6.1 Schweden | 39 |
| 6.2 Kanada | 40 |
| 6.3. Niederlande | 41 |
| 6.4 Deutschland | 42 |
| 6.5 Australien | 43 |
| 6.6. Gesundheit in der Europäischen Union | 44 |
| | |
| 7. Beurteilungen und Herausforderungen | 45 |
| 7.1 Die Rolle des Staates in der Gesundheitsförderung und Prävention | 45 |
| 7.1.1 Bund und Kantone | 47 |
| 7.1.2 Gemeinden | 49 |
| 7.2 Rolle der Schule in der Gesundheitsförderung | 50 |
| 7.3 Rolle der Wirtschaft in der Gesundheitsförderung | 51 |
| 7.4 Weitere Akteure in der Gesundheitsförderung und Prävention | 53 |
| 7.5 Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung | 54 |
| 7.6 Wann sind Gesundheitsförderung und Prävention erfolgreich? | 55 |
| 7.7 Prävention über gesetzgebende Mittel | 58 |
| 7.8 Kontakte zwischen Wissenschaft und Politik | 58 |
| 7.9 Was kann vom Ausland gelernt werden? | 59 |
| 7.10 Stellung und Funktion von Gesundheitsförderung Schweiz | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 8. Handlungsbedarf und Empfehlungen | 63 |
| 8.1 Ausgangslage beachten | 63 |
| 8.1.1 Die Vielschichtigkeit des Gesundheitsbegriffs | 63 |
| 8.1.2 Von der Mission zur kompetenten Fachberatung | 64 |
| 8.2 Ziele formulieren | 65 |
| 8.3 Botschaften zielgruppen- und situationsgerecht gestalten | 65 |
| 8.3.1 Die Kernbotschaften der Gesundheitsförderung | 65 |
| 8.3.2 Bei der Erstellung von Botschaften zu beachten | 66 |
| 8.4 Politik und Verwaltung als Zielgruppen | 66 |
| 8.5 Der Zugang zur Wirtschaft | 68 |
| 8.6 Botschaften an die Bevölkerung | 69 |
| 8.7 Weiterbildung und Forschung | 69 |
| 8.8 Die Rolle von Gesundheitsförderung Schweiz | 70 |
| Anhänge | |
| Anhang I: Gesundheitsdeterminanten | 71 |
| Anhang II: Das Ergebnismodell im Überblick | 72 |
| Anhang III: Die zehn Sinus-Milieus | 73 |
| Anhang IV: Das Organigramm des BAG | 74 |
| Anhang V: Zielgruppen ausgewählter BAG-Präventionsprogramme und -projekte | 75 |
| Anhang VI: Promoting Health | 77 |
| Anhang VII: Checklist | 78 |
| Anhang VIII: Wir sind alarmiert | 79 |
| Anhang IX: Einflussnahme auf die sozialen Determinanten der Gesundheit | 80 |
| Anhang X: Organisationen, Institutionen und wichtige Projekte | 81 |
| Anhang XI: Gesundheitsförderung und Prävention stärken: Die 15 Herausforderungen | 92 |
| Anhang XII: Einflüsse, die förderlich bzw. hinderlich sind für die Gesundheitsförderung und Prävention (GF+P) | 94 |

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht soll Gesundheitsförderung Schweiz eine Grundlage liefern für die Festlegung künftiger Strategien im neuen Kernthema «Gesundheitsförderung und Prävention stärken». Er erfüllt diese Aufgabe auf der Grundlage von wissenschaftlichen und Policyanalysen, von Kontakten mit Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen und einer mehr als 25-jährigen Berufserfahrung des Autors im Führungsstab einer kantonalen Verwaltung. Schwerpunkt des Berichts sind zum einen die Formulierung von *15 Herausforderungen*, die sich der Gesundheitsförderung und Prävention stellen und für die in einem nächsten Schritt Lösungen gesucht werden sollten (Kapitel 7). Zum anderen werden *konkrete Empfehlungen in acht verschiedenen Bereichen* formuliert (Kapitel 8).

Als wichtiger Ausgangspunkt dient die Feststellung, dass Gesundheitsförderung und Prävention in der schweizerischen Gesundheitspolitik auf Bundes-, vor allem aber auf kantonalen Ebene eine eher marginale Rolle spielen. Im politischen Alltag wird zudem noch kaum zur Kenntnis genommen, dass die Förderung und Erhaltung von Gesundheit, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation WHO verstanden wird, eine ressortübergreifende Aufgabe ist und nicht auf eine Aufgabe des Gesundheitswesens reduziert werden sollte. Konkret zeigt sich dies unter anderem darin, dass Health Impact Assessments bei politischen Entscheidungen in der Schweiz – im Gegensatz zu verschiedenen andern Ländern – noch kaum durchgeführt werden. Ursachen sind darin zu sehen, dass Massnahmen der Prävention und vor allem auch der Gesundheitsförderung meistens keine kurzfristigen Erfolge vorweisen können und dass auch der langfristige Nutzen für nicht im Fachbereich tätige Personen ungenügend dokumentiert ist. Das Gesundheitswesen hat sich zudem unter dem Druck der ansteigenden Kosten zunehmend auf das Gebiet der klinischen Versorgungsmedizin konzentriert. Ein regelmässiger Dialog zwischen Fachpersonen der Gesundheitsförderung/Prävention und Politikern findet kaum statt, nicht zuletzt darum, weil keine der beiden Seiten sich um eine gemeinsam verständliche Sprache bemüht.

Ein Rückblick auf die letzten Jahrzehnte zeigt, dass verschiedene Anstrengungen zur Verbesserung der Situation unternommen wurden. Aber weder der Entwurf für ein Präventivgesetz im Jahre 1984 noch der Anlauf für eine Nationale Gesundheitspolitik im Jahre 1998 zeigten nachhaltige Erfolge. Während auf dieser mehr strukturellen Ebene erhebliche Defizite bestehen, sieht es auf der Ebene von Projekten, Programmen und Netzwerken besser aus. Hier kann festgestellt werden, dass die Schweiz durchaus kein Brachland der Gesundheitsförderung und Prävention ist. Eine Vielzahl von Organisationen, Institutionen und Projekten erbringen hier Leistungen, die zum Teil auf hohem Niveau stehen (Anhang 4). Auch das Bundesamt für Gesundheit BAG (mit Schwerpunkt Prävention) sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung) beraten, begleiten und finanzieren solche Projekte, führen sie selbst durch oder geben sie in Auftrag. Viele Projekte sind aber nicht überlebensfähig, wenn die finanzielle Unterstützung von BAG oder Gesundheitsförderung Schweiz ausbleibt.

In der Bevölkerung ist an sich ein grosses Interesse für Gesundheit vorhanden, das aber zunehmend im Wellness-Bereich oder dann im Konsum medizinischer Leistungen befriedigt wird. Ein persönlicher Einsatz für gesündere Verhältnisse in einem Setting wie z.B. Gemeinde oder Schule ist eher selten.

Die Weiterbildungsangebote für Gesundheitsförderung und Prävention haben sich bedeutend verbessert. Allerdings waren sie bisher nicht in der Lage, in ausreichendem Mass auch Fähigkeiten zu vermitteln, sich sicher im politischen Alltag und im Umgang mit Entscheidungsträgern zu bewegen.

Die Herausforderungen (Kapitel 7), die sich aus der oben genannten Bestandesaufnahme ergeben, und die konkreten Empfehlungen (Kapitel 8) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Rolle des Staates in Gesundheitsförderung und Prävention ist zu klären. Gehören sie nach unserem Staatsverständnis zu den Hauptaufgaben von Public Health? Wenn ja, ist eine ressortübergreifende Denkweise unumgänglich (konkret: Einführung von Health Impact Assessments).
- Es sind – bei voller Anerkennung des Föderalismus und seiner Vorteile bei der lokalen Umsetzung von Massnahmen – nationale Gesundheitsziele zu formulieren. Diese sind nicht nach Krankheiten, sondern nach den für die Gesundheit bestimmenden Einflüssen beim Individuum und in der Umwelt (Gesund-

- heitsdeterminanten) auszurichten. Die «Nationale Gesundheitspolitik» sollte wieder neu belebt werden.
- Gesundheitsförderung und Prävention sind in den kantonalen Verwaltungen und in den Gemeinden zu stärken und als feste Traktanden in die Sitzungen der regionalen wie der gesamtschweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenzen einzuführen.
 - Die Kontakte zwischen Wissenschaft und Politik sind institutionalisiert und regelmässig zu pflegen. Von Seiten der Gesundheitsförderung und Prävention sind Denkweise und «Vokabular» der Politik so weit zu lernen, dass eine echte Verständigung möglich wird.
 - Der Gesundheitsbegriff der WHO muss in Denkweise und Detailformulierung für die Politik wie für die Bevölkerung verständlicher gemacht werden.
 - Das heute erfolgreiche Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ist weiter zu stärken. Das Ziel muss sein, dass die gesundheitsfördernde Schule zum Normalfall wird.
 - Die Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind in die Aus- und Weiterbildung von Führungskräften zu integrieren. Auch hier muss das Ziel darin bestehen, dass BGF (wie die gesetzlich vorgeschriebene Sicherheit am Arbeitsplatz) zum Normalfall wird.
 - Der Gemeinde als gesundheitsförderndem Lebensraum muss noch mehr Beachtung geschenkt werden. Es sind positive Anreize für Gemeindebehörden zu schaffen, die Gesundheitsförderung und Prävention in ihre Gemeindepolicy integrieren, z.B. mit dem Argument der Erhöhung der Attraktivität der Gemeinde (Standortvorteil).
 - Gesundheitsförderung und Prävention müssen bevölkerungsnäher werden. Dies kann erreicht werden durch eine konsequent zielgruppenspezifische Arbeitsweise der Gesundheitsförderung und Prävention, durch einen attraktiven, instruktiven und glaubwürdigen Auftritt der Akteure (vor allem auch von Gesundheitsförderung Schweiz) im Internet und in anderen Medien und durch Förderung der Partizipation bei gesundheitsrelevanten Entscheidungen (siehe Beispiel Kanada, wo sich die Bevölkerung via Internet an der Formulierung von nationalen Gesundheitszielen beteiligen kann).
 - Es ist zu prüfen, auf welche Weise Botschaften der Gesundheitsförderung und Prävention bei den Empfängern Betroffenheit auslösen können, da ohne Betroffenheit keine Handlungsrelevanz wahrgenommen wird.
 - Gesundheitsförderung Schweiz muss ihre Rolle im Policybereich neu definieren. Sie muss sich dazu als *die* seriöse Fachinstanz in der Schweiz profilieren, die man kennt und der man vertrauen kann. Normative Elemente sind zu vermeiden. Auch ist eine Verzettelung der Kräfte auf zu viele Arbeitsbereiche zu vermeiden. Notwendige Aufgaben, die man selbst nicht übernehmen kann oder will, sollten mit Leistungsvereinbarungen in Auftrag gegeben werden. Eine Abkehr von der bisher bewusst geübten Zurückhaltung im Auftritt nach aussen wird dabei unumgänglich sein.

1. Einleitung

«What is striking is that there has been so much written often covering similar ground and apparently sound, setting out the well-known major determinants of health, but rigorous implementation of identified solutions has often been sadly lacking.»

Derek Wanless, 2004¹

Gesundheitsförderung Schweiz hat das Thema «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» zu einem der neuen Kernthemen erklärt und den Auftrag für ein Grundlagenpapier zur Festlegung zukünftiger Strategien beschlossen. Der vorliegende Bericht erfüllt diesen Auftrag, indem er sich zur Klärung der Situation einerseits auf die vorhandene Literatur stützt und andererseits eine über 25-jährige Berufserfahrung auf diesem Gebiet in einer Stabsfunktion eines kantonalen Gesundheitsdepartements einbringt. Der Bericht enthält wissenschaftliche und Policyanalysen, Erfahrungen mit der Politik in der Schweiz, insbesondere betreffend die Rolle von Bund, Kantonen und Gemeinden, er befasst sich mit der Funktion von Entscheidungsträgern und Fachpersonen und er spricht die Bedeutung des Kontaktes mit der Bevölkerung an. Angesprochen sind nicht nur Akteure im Gesundheitswesen, sondern alle Instanzen, die einen Beitrag zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik leisten können.

Es wurde davon ausgegangen, dass dieser Bericht auch von Interessierten ausserhalb des engeren Kreises von Fachpersonen gelesen und diskutiert werden soll. Auch für den Stiftungsrat von Gesundheitsförderung Schweiz soll das Papier eine Anregung für zukünftige Schwerpunkte sein. Entsprechend wurde eine allgemein verständliche Sprache gewählt und die wissenschaftlichen Ausdrücke auf ein Minimum beschränkt. Einige Fachbegriffe, die für das Verständnis von moderner Gesundheitsförderung nötig, aber noch nicht Allgemeingut sind, werden einleitend kurz erläutert.

Es wird im Allgemeinen keine scharfe Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen, da sich die meisten Fragen der Umsetzung in beiden Gebieten gleich oder ähnlich stellen. Wo unterschiedliche Erfahrungen vorliegen oder Vorgehensweisen nötig sind, wird die Unterscheidung von Fall zu Fall vorgenommen.

Der Bericht legt einen deutlichen Schwerpunkt auf den Policybereich. Er tut dies, da in diesem Bereich der grösste Handlungsbedarf geortet wird. Die Rolle der bevölkerungsbezogenen Arbeit wird dabei keineswegs gering geschätzt, ist es doch oft erst der Druck aus der Bevölkerung, der die Politik zum Handeln bringt. Trotz versuchter Objektivität lässt es sich nicht vermeiden, dass vor allem die Schlussfolgerungen stark von der eigenen Erfahrung und von der eigenen Optik mit geprägt sind. Diese Erfahrung zeigt unter anderem die dringende Notwendigkeit, den Dialog zwischen Wissenschaft und Politik zu pflegen. Obwohl im Bereich der Evidenz noch sehr viele Fragen offen sind, wissen wir doch schon einiges. Das Problem der Gesundheitsförderung in der Schweiz sind aber nicht in erster Linie fehlende Daten, sondern die mangelhafte politische Verankerung. Der vorliegende Bericht befasst sich darum weniger mit fehlenden Daten als mit Möglichkeiten, das Bekannte möglichst gut umzusetzen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Verständlichkeit wird im Allgemeinen nur die männliche Form verwendet, dies in der Hoffnung auf Nachsicht bei den Leserinnen.

¹ Derek Wanless: Securing Good Health for the Whole Population. Final Report. Published with the permission of HM Treasury on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. Crown copyright 2004.

2. Definitionen

Diskussionen um Public Health, Gesundheitsförderung und Prävention zeigen immer wieder, dass verschiedene Begriffe zwar häufig verwendet werden, dass deren Inhalt aber oft nicht genau definiert ist oder unterschiedlich verstanden wird. Dies gilt vor allem für die Begriffe «Gesundheitsförderung», «Prävention» und «Gesundheitsschutz», aber auch «Politik» und «Policy». Im Folgenden werden darum einige ausgewählte Begriffe definiert. Ihre Auswahl erfolgte nach der Wahrscheinlichkeit, dass nicht nur Fachpersonen, sondern auch Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik mit diesen Begriffen konfrontiert werden. Die Definitionen decken sich inhaltlich mit denen von Gesundheitsförderung Schweiz. Die meisten wurden wörtlich oder sinngemäss übernommen. Eine ausführlichere Liste mit weiteren Definitionen findet sich auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz.²

Akteur

Der Begriff «Akteur» ist seit langem aus dem Bühnenschauspiel bekannt. In neuerer Zeit wird er auch für sozial Handelnde und nicht nur für Einzelpersonen verwendet. Innerhalb eines Staates oder einer Gesellschaft können beispielsweise als kollektive Akteure politische Parteien, Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbände unterschieden werden.

Anwaltschaftliches Eintreten [für Gesundheitsförderung und Prävention] (Advocacy)

Unter anwaltschaftlichem Eintreten für Gesundheitsförderung und Prävention versteht man Aktivitäten individueller und/oder sozialer Art mit dem Ziel, Lebensbedingungen zu schaffen, die für die Gesundheit und für das Erlangen gesundheitsbewusster Lebensstile förderlich sind. Anwaltschaftliches Eintreten kann verschiedene Formen und Methoden haben, wie zum Beispiel direktes Lobbying auf politischer Ebene, die Mobilisierung von Gemeinschaften oder der Bevölkerung durch Bildung von Interessengemeinschaften oder auch die Nutzung von Massenmedien.

Best Practice

Der Begriff kommt ursprünglich aus der Betriebswirtschaft. Er bedeutet, dass Programme und Projekte so angelegt sein sollen, dass man zur gegebenen Zeit und unter den gegebenen Umständen es nicht besser machen kann bzw. nichts Besseres erwarten kann. Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, dass sich die Arbeit an den drei Dimensionen Ethik, wissenschaftliche Evidenz und gegebener Kontext (gesetzlich, politisch, sozial) orientiert.

Chancengleichheit

Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit bedeutet nicht «gleiche Gesundheit», sondern vielmehr, dass ein fairer und gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit besteht. Dieser soll dazu beitragen, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben, ihre Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten. Wenn Individuen oder Gruppen aufgrund ihres Geschlechts, ihrer Ethnie oder ihrer Schichtzugehörigkeit diesbezüglich bevorzugt oder benachteiligt sind, spricht man von sozialer Ungleichheit.

Charta von Ottawa³

Die Ottawa-Charta wurde in den 1980er Jahren entwickelt und 1986 an der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) verabschiedet. Sie entstand als eine Antwort auf die wachsende Kritik an der medizinisch orientierten Prävention und an der klassischen Gesundheitserziehung, die sich vorwiegend am individuellen Risikoverhalten orientierten. Die Charta beschreibt drei grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung:

Interessen vertreten (Anwaltschaft); Befähigen und Ermöglichen; Vermitteln und Vernetzen.

Zudem bezeichnet sie fünf vorrangige Handlungsfelder der Gesundheitsförderung, nämlich die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, das Schaffen von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen, das Entwickeln von persönlichen Kompetenzen sowie eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste.

² www.gesundheitsfoerderung.ch/de/hp/default.asp

³ Text in deutscher Sprache unter www.radix.ch/d/data/data_38.pdf

Charta von Bangkok⁴

Die Charta von Bangkok wurde am 11. August 2005 an der WHO Gesundheitsförderungskonferenz in Bangkok beschlossen. Sie steht in der Nachfolge der Charta von Ottawa aus dem Jahre 1986 und ergänzt diese hinsichtlich der seither erfolgten Entwicklungen. Angesprochen sind namentlich auch Politiker und Regierungen. Sie weist auf die Veränderungen in der Gesundheit infolge der weltweiten Globalisierung hin und stellt eine zunehmende Ungleichheit in Gesundheitschancen fest. Gesundheitsförderung wird in diesem Zusammenhang als ein Hauptanliegen der Gesundheitspolitik und als zentrale Säule von Public Health bezeichnet.

Empowerment

Mit dem Begriff «Empowerment» bezeichnet man in der Gesundheitsförderung einen Prozess, durch den Menschen eine grössere Kontrolle über die Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die ihre Gesundheit beeinflussen (Befähigung zu selbstbestimmtem Handeln).

Empowerment wird üblicherweise unterteilt in individuelles Empowerment und gemeinschaftsbezogenes Empowerment. Individuelles Empowerment bezieht sich auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das persönliche Leben zu gewinnen. Gemeinschaftsbezogenes Empowerment bezieht Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, damit sie mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft gewinnen.

Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung

Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung befassen sich einerseits mit der *Vermittlung von Informationen*. Diese betreffen die sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen, wie auch die gesundheitsfördernden Lebensstile und Verhaltensweisen (einschliesslich der Nutzung von Gesundheitsdiensten). Andererseits befasst sich Gesundheitsbildung/Gesundheitserziehung mit der *Entwicklung und Stärkung von Lebenskompetenzen*.

Gesundheitsdeterminanten

Als Gesundheitsdeterminanten bezeichnet man die Einflüsse, welche die Gesundheit bestimmen. Sie sind vielfältig und stehen miteinander in Wechselwirkung. Wesentliche Einflüsse auf Gesundheit wurden nachgewiesen für:

- Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
- Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Einkommen und sozialer Status
- Physische Umwelt
- Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten
- Gesunde kindliche Entwicklung und Ausbildung
- Gesundheitsverhalten und Lebensstil
- Lebens- und Bewältigungskompetenzen

Gesundheitsförderung befasst sich mit dem Spektrum der veränderbaren Determinanten und tritt für eine Veränderung dieser Faktoren in Richtung Gesundheit ein.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bezweckt die Verbesserung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils wie auch von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Gesundheitsförderung orientiert sich nicht wie die Prävention an bestimmten Krankheiten, die es zu vermeiden gilt. Sie ist vielmehr krankheitsunspezifisch auf die allgemeine Verbesserung von Gesundheit und der Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet.

⁴ www.gesundheitsfoerderung.ch/uploads/File/news/115652_BangkokCharta.pdf

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik versucht, politische Entscheidungen auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen zu prüfen und sie in einen Gesamtzusammenhang zu stellen. Sie beschränkt sich dementsprechend nicht auf das Gesundheitswesen im engeren Sinn, sondern muss von allen politischen Sektoren und gesellschaftlichen Ebenen entwickelt und getragen werden.

Gesundheitsschutz

Der Begriff «Gesundheitsschutz» wird zu Unrecht oft gleichbedeutend mit «Prävention» gebraucht. Gesundheitsschutz ist enger gefasst und beinhaltet die Vorbeugung von Beeinträchtigungen der Gesundheit, auf deren Ursachen der einzelne Mensch keinen Einfluss hat. Im Allgemeinen handelt es sich dabei um Einflüsse von aussen (zum Beispiel Verhütung von Epidemien, Lärm, Luftverschmutzung, Strahlenbelastung am Arbeitsplatz). Der Begriff findet sich deshalb oft in der Arbeitswelt, aber auch zum Beispiel in der Lebensmittelhygiene, die den Menschen vor Schadstoffen in der Nahrung bewahren soll. Im Allgemeinen wird der Gesundheitsschutz mit hoheitlich angeordneten Massnahmen sichergestellt.

Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind in der Schweiz deutlich voneinander getrennt, auch wenn sie wie z.B. im Bundesamt für Gesundheit im gleichen Amt untergebracht sind. Auf den Gesundheitsschutz wird im Rahmen dieses Berichts nicht näher eingegangen.

Gesundheitsvorsorge

Die Verwendung des Begriffs «Gesundheitsvorsorge» ist im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht üblich, findet sich aber zum Beispiel in älteren Gesetzestexten. Der Begriff «Vorsorge» hat sich vor allem im internationalen Umweltrecht entwickelt und bezieht sich in erster Linie auf vorausschauende Massnahmen, die ergriffen werden, wenn bezüglich dem Bestehen einer Gefahr oder eines Risikos eine wissenschaftliche Unsicherheit besteht. Er wird aber auch verwendet, wenn die Schädlichkeitsschwelle bekannt ist. Massnahmen unterhalb dieser Schwelle gelten im nationalen Umweltrecht als vorsorglich und dürfen nur so weit verlangt werden, als sie wirtschaftlich und betrieblich tragbar sind. Eine Verwendung in diesem Sinn ist natürlich auch im Gesundheitsbereich möglich.

Health Impact Assessment

Der Begriff des Health Impact Assessment⁵ beinhaltet eine Kombination von Verfahren, Methoden und Instrumenten, mit deren Hilfe eine Strategie, ein Programm oder ein Projekt beurteilt werden kann in Hinblick auf dessen mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung sowie auf die Verteilung der gesundheitlichen Auswirkungen in der Bevölkerung.⁶

In vielen Ländern bestehen heute Verfahren zur Prüfung der Umweltverträglichkeit. Seit einigen Jahren fördert die WHO das Entstehen von analogen Prüfungen hinsichtlich der Folgen für die Gesundheit. Sie setzt sich dabei für ein Health Impact Assessment ein, das sich an den Prinzipien Chancengleichheit in Bezug auf Gesundheit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit orientiert. In den meisten Ländern, darunter auch die Schweiz, gibt es bis heute keinen Konsens zu solchen Verfahren und Richtlinien. Möglichkeiten zur Einführung eines Health Impact Assessment werden an verschiedenen Orten geprüft. Führend ist zurzeit der Kanton Tessin.

Policy/Politik

Im englischen Sprachraum werden die drei Begriffe «Policy», «Politics» und «Polity» unterschieden. Vor allem die ersten zwei finden auch in der deutschen Sprache Verwendung. Der Begriff «Policy» bezeichnet dabei die *inhaltliche* Dimension von Politik. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, wie und mit welchen Instrumenten gesellschaftliche Probleme angegangen und welche Wirkungen dabei erzielt werden. «Politics» oder «Politik» beschreibt die *prozessuale* Dimension von Politik. Es geht dabei um den von ge-

⁵ Im deutschen Sprachraum auch als Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bezeichnet.

⁶ Lehto J., Ritsatakis A. (1999): Health Impact Assessment As a Tool For Intersectoral Health Policy. A discussion paper for a conference on «Health Impact Assessment: From Theory to Practice» Gothenberg 28–31 October. 1999, WHO Regional Office for Europe.

gensätzlichen Interessen und daraus resultierenden Konflikten geprägten Prozess der Politikgestaltung und der Durchsetzung von Inhalten, Zielen und Interessen.

In der englischen Sprache wird zusätzlich der Begriff «Polity» verwendet. Polity beschreibt die formale Dimension von Politik. Es geht hier um die Institutionen, Verfahrensregeln und Rechtsnormen, in denen Politik abläuft.

Bei der Policy werden in der Literatur im Allgemeinen sechs Phasen eines so genannten Policyzyklus unterschieden: Problemdefinition – Agendagestaltung – Programmformulierung – Entscheidungsfindung – Implementation – Evaluation. Vereinfacht werden die ersten drei Phasen als Politikformulierung, die letzten drei als Implementation bezeichnet.

Prävention

Prävention wird oft sinnverwandt gebraucht mit Prophylaxe, Vorbeugung, Verhütung oder Gesundheitsschutz. Der Begriff wird auch ausserhalb des Gesundheitswesens verwendet. Im Gesundheitsbereich bezeichnet er die Verhütung und Früherfassung von Krankheiten, Invalidität und vorzeitigem Tod. Der Begriff geht vom Phänomen Krankheit oder Verletzung aus und versucht, die Ursachen dafür zu verstehen und ursächliche Faktoren auszuschalten. Prävention ist im Gegensatz zu Gesundheitsförderung krankheitsspezifisch und sagt immer aus, welches Leiden verhütet oder früh erkannt werden soll (zum Beispiel Prävention des Herzinfarkts, des Darmkrebses, des Verkehrsunfalls).

In der Prävention wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

- *Die Primärprävention soll bereits dann wirksam werden, wenn noch keine Krankheit bzw. kein Unfall aufgetreten ist. Sie umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und die Veränderung von Umweltfaktoren.*
- *Die Sekundärprävention umfasst alle Massnahmen zur Entdeckung symptomloser Krankheitsstadien.*
- *Die Tertiärprävention meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe.*

Public Health

Public Health befasst sich mit somatischen, psychischen, sozialen und ökologischen Bedingungen der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und der Vermeidung von Krankheit. Public Health schafft gesellschaftliche Bedingungen (Umweltbedingungen und Bedingungen der gesundheitlichen Versorgung), unter welchen Menschen gesund leben können. Public Health ist ein übergeordneter Begriff, unter den sowohl Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention wie auch die Gesundheitsversorgung fallen, soweit sie sich vorwiegend auf die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen beziehen.

Setting (in der Gesundheitsförderung)

Für «Setting» gibt es keinen adäquaten deutschen Begriff. Das Wort «Lebenswelt» geht in die richtige Richtung, ist aber nicht ausreichend. In der Gesundheitsförderung bezeichnet ein Setting ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention analysiert und definiert wird und in dem die für die konkreten Gesundheitsförderungsmaßnahmen notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden. Der Begriff Setting bezieht sich auf die lokale Ebene. Beispiele für Settings sind Schulen, Betriebe, Städte, Quartiere, Familien.

3. Problemstellung

«One of the great paradoxes in the history of health policy is that, despite all the evidence and understanding that has accrued about determinants of health and the means available to tackle them, the national and international policy arenas are filled with something quite different.»

Kimmo Leppo, Ministry of Social Affairs and Health, Finland

Die Schweiz steht im Gesundheitsbereich grundsätzlich vor ähnlichen Fragestellungen wie andere industrialisierte Länder. Das Krankheitsspektrum ist in den grossen Zügen vergleichbar. Der Anteil der nicht übertragbaren chronischen Krankheiten nimmt stetig zu. In allen westlichen Industrienationen verschiebt sich das Krankheitsspektrum immer weiter von den Akuterkrankungen zu chronischen Erkrankungen, Behinderungen und Multimorbidität.⁷

Bezüglich *Sterblichkeit* lag die Schweiz um 1950 etwa im europäischen Durchschnitt. Um 1990 gehörten die schweizerischen Sterberaten zu den niedrigsten weltweit.⁸ Die genauere Aufschlüsselung der Daten zeigt dann allerdings ein differenzierteres Bild. In der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen schneidet die Schweiz schlecht ab (besonders bei den 25- bis 34-jährigen Männern). Die Sterberaten nehmen in diesem Alterssegment sogar teilweise wieder zu. Die Unterschiede in den Sterberaten von Männern und Frauen sind in der untersuchten Zeitspanne grösser geworden. Die Autoren der Studie führen dies auf die stärker gesundheitsgefährdenden männlichen Verhaltensmuster zurück. Sie orten ein beachtliches Präventionspotenzial vor allem beim Suizid und den Unfällen. Auch zeigen sich regionale Unterschiede in der Sterblichkeit.⁹ Welche Bedeutung die letztgenannten Unterschiede allenfalls für die Gesundheitsförderung und Prävention haben, müsste in weitergehenden Analysen geklärt werden.

Über das Gesundheitsverhalten gibt die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002 Auskunft.¹⁰ Die wesentlichsten Aussagen sind:

- Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand ist gut bis sehr gut (84% der Frauen, 88% der Männer).
- 18% der Frauen und 14% der Männer haben ein chronisches gesundheitliches Problem körperlicher oder psychischer Natur, das sie im Alltag einschränkt.
- Übergewicht ist ein zunehmendes gesundheitliches Problem, und zwar vor allem im mittleren und höheren Alter.
- Der Alkoholkonsum geht leicht zurück, und der Anteil der Abstinente hat zugenommen (14,2% der Männer und 30,4% der Frauen).
- Der Anteil von Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten hat sich unter den 15- bis 24-Jährigen zwischen 1992 und 2002 beinahe verdoppelt.
- Zunahme des Rauchens gegenüber 1992, vor allem bei jungen Frauen.
- Zu den aktuellen Problemen zählt auch Bewegungsmangel. Eine Sekundäranalyse der systematisch erhobenen Daten über das Bewegungsverhalten hat gezeigt, dass die Inaktivität in der Schweizer Bevölkerung ein bedenkliches Ausmass angenommen hat.¹¹
- 47% der männlichen und 41% der weiblichen Erwerbstätigen geben an, an ihrem Arbeitsplatz einer starken nervlichen Belastung ausgesetzt zu sein.

In einigen Bereichen hat sich die Gesundheitsproblematik in der Schweiz zeitweise zumindest quantitativ anders gestellt als in den umgebenden Ländern. Die Schweiz wurde Ende der Achtziger- und zu Beginn der Neunzigerjahre aus nicht vollständig geklärten Gründen weit stärker von der Aids-Epidemie betroffen und stand während einiger Jahre diesbezüglich in Europa an der Spitze. Gleichzeitig hatte auch das

⁷ Zu einer Strategie für die Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten in der Europäischen Region der WHO. 54. Tagung des Regionalkomitees für Europa, Kopenhagen, 6.–9. September 2004.

⁸ Bopp M., Gutzwiller F.: Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950. I. Internationaler Vergleich und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Nationalität. Schweiz Med Wochenschr 1999;129:760–71.

⁹ M. Bopp, F. Gutzwiller: Entwicklung der Mortalität in der Schweiz seit 1950. II. Regionale Unterschiede innerhalb der Schweiz. Schweiz Med Wochenschr 1999;129:799–809.

¹⁰ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Bundesamt für Statistik, Neuenburg, 2004.

¹¹ Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 48 (2), 87–88, 2000.

Drogenproblem ein beunruhigendes Ausmass angenommen. Vor allem die intravenös konsumierenden Heroin- und Kokainabhängigen trugen zum grossen Teil zur Weiterverbreitung der HIV-Infektion bei. In dieser Zeit entstanden politisch abgestützte, neue Interventionsformen, und die Prävention wurde im Vergleich zu vorher (und zum Teil leider auch zu nachher) mit relativ grosszügigen finanziellen Mitteln bedacht. Auf diese Erfahrung und auf die Lektionen, die daraus für die Gesundheitsförderung und Prävention zu lernen sind, wird noch eingegangen (Kapitel 7).

Die steigenden Krankheitsversorgungskosten haben zur Einsicht geführt, dass diese Kostenentwicklung nicht unbeschränkt weiter gehen kann, praktikable Lösungen sind aber nicht in Sicht. Der Ruf nach mehr Gesundheitsförderung und Prävention ist wohl vorhanden, bis jetzt aber nur wenig über Lippenbekenntnisse hinaus gekommen.

Gesundheitsförderung und Prävention haben sich – wie die meisten anderen Bereiche der Gesundheit in der Schweiz – damit auseinander zu setzen, dass die Verantwortung für die Gesundheit grundsätzlich bei den Kantonen liegt. Der Bund nimmt Aufgaben wahr, die aus verschiedenen Gründen nicht kantonal gelöst werden können oder bei denen eine dezentrale Lösung wenig Sinn macht. Dies ist der Fall zum Beispiel bei der epidemiologischen Überwachung von Infektionskrankheiten, bei der Festlegung von Bestimmungen der Lebensmittelkontrolle oder beim Strahlenschutz. In einigen Fällen (zum Beispiel im Betäubungsmittelgesetz oder im Epidemiegesetz) werden dem Bund auch Aufgaben der «Aufklärung und Beratung» zugewiesen (rechtliche Grundlagen siehe unter 5.2, Aufgaben des BAG siehe Anhang 4). Im Übrigen gehören Gesundheitsförderung und Prävention aber zu den kantonalen Aufgaben. Die föderalistische Struktur der Schweiz hat diesbezüglich Vor- und Nachteile. Ein grosser Vorteil ist die Möglichkeit, Botschaften und Programme den lokalen Gegebenheiten optimal anzupassen. Nachteilig kann sich auswirken, dass nicht in 26 Kantonen die gleiche Fachkompetenz zur Verfügung stehen kann. Inhaltliche oder methodische Hilfestellungen vom BAG oder von Gesundheitsförderung Schweiz werden daher oft (nicht immer) geschätzt. Es ist aber immer wieder festzustellen, dass gegenüber weiter gehenden Ansprüchen oder Angeboten von Seiten des Bundes Skepsis besteht, da eine Beeinträchtigung der kantonalen Hoheit befürchtet wird. Gesundheitsförderung Schweiz und BAG können auf die bestehenden Strukturen wenig Einfluss nehmen, sondern höchstens Dienstleistungen anbieten oder Anreize schaffen.

Die Rolle des Staates wird vielerorts neu überdacht. Während im Gesundheitsbereich seine Rolle im Gesundheitsschutz unbestritten ist, wird bei der Gesundheitsförderung gerne auf die Eigenverantwortung verwiesen. Dies steht mindestens teilweise im Gegensatz zu den fachlichen Erkenntnissen. Die knapper werdenden finanziellen Ressourcen können sich insbesondere für die Gesundheitsförderung auswirken, da diese nur wenige kurzfristig wahrnehmbare Erfolge ausweisen kann. Die Prävention befindet sich diesbezüglich in einer etwas besseren Lage.

Im «Wanless Report» (Grossbritannien) wird diese Entwicklung wie folgt beschrieben: «However, over time the view of the individual's relationship to these behavioural risk factors, such as smoking, diet, lack of exercise and alcohol consumption, has changed. The view in the 1970s and early 1980s was that individuals were responsible and to be blamed for their unhealthy behaviour; this has now evolved to consider the influence of socio-economic, environmental and cultural influences on behaviour, as well as individual responsibility.»¹²

Die Wahrnehmung von Gesundheitsförderung und Prävention ist aber in der Politik wie in der Bevölkerung fast ausschliesslich individuell und verhaltensorientiert.

Für die Gesundheitsförderung und teilweise für die Prävention wird sich in Zukunft vermehrt die Frage stellen, wie weit der Staat diese Bereiche als zu seinen Aufgaben gehörend wahrnimmt. Die Beantwortung hängt nicht zuletzt vom Staatsverständnis ab (Betonung der Bedeutung sozialstaatlicher Interventionen gegenüber einem Verständnis, das in erster Linie auf die liberal-individualistische Eigenverantwortung setzt).

¹² Derek Wanless: Securing Good Health for the Whole Population. Final Report. Published with the permission of HM Treasury on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. Crown copyright 2004.

4. Grundlagen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

«We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty, and the pursuit of Happiness. – That to secure these rights, Governments are instituted among Men.»

Declaration of Independence of the United States of America, 1776

Gesundheitsförderung und Prävention werden meistens als Teilgebiete des Gesundheitswesens betrachtet. Diese Zuteilung ist insofern nicht richtig, als zahlreiche Gesundheitsdeterminanten (siehe Kapitel 3) sich in anderen Bereichen des Zusammenlebens finden (z.B. Erziehungswesen, Sozialwesen, Verkehr, Bau, Finanzen). Wenn Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz gestärkt werden sollen, besteht ein wesentliches Ziel daher im *Erreichen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik*. Diese bildet den Rahmen, in dem einerseits die Lebensumstände der Menschen so gestaltet werden, dass sie der Gesundheit zuträglich sind und diese im Rahmen des Möglichen auch fördern. Andererseits ist sie eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Menschen in die Lage versetzt werden, sich gesundheitsbewusst verhalten zu können.

Aus den Erkenntnissen von Wissenschaft und Praxis ist im Laufe der letzten Jahrzehnte ein Instrumentarium entstanden, das für das Verstehen und für das aktive Gestalten einer solchen Politik unentbehrlich ist. Im Folgenden werden einige wichtige Teile aus diesem Wissen und diesem Instrumentarium beschrieben. Dabei geht es nicht um die ausgewogene Vollständigkeit eines Lehrbuches, sondern um eine pragmatische Auswahl. Da diese nicht in erster Linie von Fachpersonen, sondern von Opinion Leaders und Entscheidungsträgern verstanden werden sollte, wurde auf eine verständliche Sprache geachtet.

Leider sind diesbezüglich viele Dokumente der Weltgesundheitsorganisation WHO nicht geeignet (unter Einschluss der für das Gebiet der Gesundheitsförderung entscheidenden Charta von Ottawa). Die Erfahrung aus der Praxis zeigt, dass die WHO-Sprache bei Politikern und anderen Entscheidungsträgern als zu geschwollen und von der Realität abgehoben wahrgenommen wird. Es ist nicht die Sprache der schweizerischen Alltagspolitik, und die vielen Dokumenten zugrunde liegende Denkweise entspricht nicht derjenigen unserer Gesundheits- und Gesellschaftspolitik. Eine erste wichtige Voraussetzung für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention besteht also darin, die wichtigen Anliegen dieser Dokumente auf verständliche Weise in einer schweizerischen Alltagssprache zu kommunizieren.

4.1 DIE GESUNDHEITSDETERMINANTEN: SCHLÜSSEL FÜR DAS VERSTÄNDNIS VON GESUNDHEIT

Die Forschung beschreibt eine Reihe von Einflüssen, die letztlich die Gesundheit eines Menschen oder einer Bevölkerung bestimmen (Gesundheitsdeterminanten). Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt sie als «das Spektrum an persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbedingten Faktoren». In Anhang 1 sind die Gesundheitsdeterminanten in der Darstellung des Bundesamtes für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz aufgeführt. Entsprechend den unterschiedlichen Aufgaben der beiden Institutionen setzen sie etwas unterschiedliche Schwerpunkte. Letztlich sind sie sich aber sehr ähnlich und zeigen, dass Förderung und Erhaltung der Gesundheit eine *Querschnittsaufgabe ist, die alle Sektoren politischen Handelns betrifft*. Einige der aufgeführten Einflüsse sind inzwischen weit herum bekannt, andere sind erst durch neuere Forschungsergebnisse ins Bewusstsein gelangt. Einflüsse wie die physische Umwelt (z.B. Luft, Lärm) oder die Lebensmittelhygiene werden weitgehend von Institutionen ausserhalb des engeren Gesundheitsförderungsbereichs behandelt und sind unbestritten. Für sie werden im Allgemeinen auch genügend finanzielle Mittel gesprochen. Bei der Zuteilung finanzieller Ressourcen, vor allem bei so genannten Sparpaketen, zeigt sich aber: Je später die gesundheitlichen Folgen einer ungenügenden Wahrnehmung der Aufgaben auftreten, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass hier finanzielle Mittel gekürzt werden.

Obwohl in einer Übersicht über Gesundheitsförderung und Prävention eine Gesamtschau über alle gesundheitsrelevanten Gebiete angezeigt wäre, beschränken sich die weiteren Ausführungen auf die Gesundheitsförderung und Prävention im engeren Sinn (ohne Gesundheitsschutz), wie es ja auch den Aufgaben von Gesundheitsförderung Schweiz gemäss KVG Art. 19 entspricht.

Die WHO hat im Jahre 2004 eine fundierte Zusammenstellung speziell der sozialen Determinanten von Gesundheit publiziert. Sie untersucht insbesondere das sozial bedingte gesundheitliche Gefälle in der Gesellschaft und erklärt, wie sich psychologische und gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Lebensdauer der Menschen auswirken. Auch zieht sie Schlussfolgerungen bezüglich des Stellenwerts der Politik bei der Gestaltung eines gesundheitsförderlicheren sozialen Umfelds. Die Publikation, die in leicht lesbarer, nicht wissenschaftlichen Sprache geschrieben ist, behandelt die folgenden Einflüsse auf die Gesundheit: Stress, Frühphase des Lebens, soziale Ausgrenzung, Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit, soziale Unterstützung, Sucht, gesunde Ernährung und Verkehrspolitik.¹³

4.2 DAS HEALTH IMPACT ASSESSMENT HIA: HAUPTWERKZEUG FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERNDE GESAMTPOLITIK

Ein Instrument von zentraler Bedeutung in einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist das Health Impact Assessment (HIA). Dabei geht es um die Beurteilung der zu erwartenden Einflüsse von politischen Entscheidungen auf die Gesundheit. Da das HIA in Konzept und Durchführung Ähnlichkeiten mit der schon länger bekannten Umweltverträglichkeitsprüfung hat, wird gelegentlich der deutsche Ausdruck «Gesundheitsverträglichkeitsprüfung» verwendet. Im Allgemeinen hat sich aber auch im deutschen Sprachraum der Begriff des Health Impact Assessment durchgesetzt. Im französischen Sprachraum wird der Begriff «Etude d'Impact sur la Santé» (EIS) verwendet. Das HIA erstellt aufgrund von Erfahrungen aus der Vergangenheit oder von fachlich fundierten Annahmen für die Zukunft Prognosen über zu erwartende Gesundheitseffekte von Entscheidungen, die noch nicht getroffen sind und demzufolge noch modifiziert werden können. Das Ziel besteht darin, «die potenziellen Auswirkungen der öffentlichen Politik auf die Gesundheit zu beurteilen und die Qualität der (in Bezug auf die öffentliche Politik) getroffenen Entscheidungen zu verbessern, indem Empfehlungen abgegeben werden, um die positiven Auswirkungen zu nutzen und die negativen Folgen zu verringern». Dieser Satz steht im Begleitbrief des Zentralsekretariates der Sanitätsdirektorenkonferenz (heute Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) vom 2. Oktober 2003 an die kantonalen Gesundheitsdepartemente. Beigelegt war ein umfassender Bericht über die Möglichkeiten der Einführung eines HIA für die öffentliche Politik in der Schweiz (mit ausführlicher Zusammenfassung in deutscher Sprache).¹⁴

Die Absicht des Autors war eine Empfehlung der SDK an die Kantone, wie sie bei wichtigen Fragen der Gesundheitspolitik erfolgen kann. Auf eine solche wurde dann aber mit folgender Begründung verzichtet: «Der Bericht wird als für die Kantone wertvoll und hilfreich erachtet. Hingegen sprach sich der Vorstand gegen eine Formalisierung..., insbesondere auf nationaler Ebene, aus. Er ist der Meinung, es gehe vielmehr um die Sensibilisierung für die Thematik als um neue Vorschriften. Der Zentralsekretär ist beauftragt worden, zusammen mit dem Direktor des BAG die weiteren Arbeiten in diesem Bereich zu koordinieren. Auch die Verantwortlichen für Gesundheitsförderung der Kantone sollen einbezogen werden.» Der Kanton Tessin hat diese Empfehlung aufgenommen und umgesetzt, auf nationaler Ebene wurde nichts mehr unternommen.

¹³ Soziale Determinanten von Gesundheit: Die Fakten. Zweite Ausgabe/Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. Weltgesundheitsorganisation, 2004.

¹⁴ Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS): Plaidoyer en faveur de la mise sur pied d'un groupe de travail intercantonal et interinstitutionnel œuvrant à l'élaboration d'une procédure standard d'Etude d'Impact sur la Santé (EIS) applicable aux politiques publiques. Elaboré par Pierre de Herdt, Adjoint, 2003.

Bereits im Jahre 1996 hatte der kürzlich verstorbene Nationalrat Jost Gross eine Motion betreffend die Einführung des HIA eingereicht. Sie wurde in ein Postulat umgewandelt, das schliesslich im Jahre 1998 abgeschrieben wurde, weil es seit mehr als zwei Jahren hängig war.

Eine Übersicht über methodische Fragen bei der Einführung des HIA vor allem auf der politischen Ebene gibt Wismar in einem übersichtlich formulierten Aufsatz, in dem er auch die relevante Literatur zum Thema angibt.¹⁵

Erfahrungen mit HIA bestehen unter anderem in Kanada¹⁶, Australien¹⁷, Grossbritannien¹⁸ und in den Niederlanden¹⁹. Sie zeigen, dass ein HIA sowohl auf nationaler wie auf regionaler Ebene realisierbar ist, allerdings mit nicht zu vernachlässigendem Aufwand. Voraussetzung ist unter anderem, dass vor allem auch bei den Partnern ausserhalb des Gesundheitswesens eine minimale Sensibilisierung für die Problematik vorhanden ist. Der interdisziplinäre und intersektorale Planungsprozess trägt dann gemäss allen Erfahrungen erheblich zur Verstärkung dieser Sensibilisierung bei. Von praktischer Bedeutung im Hinblick auf die Durchführbarkeit im Einzelfall ist unter anderem die Frage, ob ein dem HIA unterworfenen Geschäft in der Zuständigkeit der Regierung oder des Parlamentes liegt. Im letzteren Fall braucht es unter Umständen nach den Regierungsbeschlüssen noch weitere Sensibilisierungsarbeit.

Die Lektüre der Berichte aus den genannten Ländern hinterlässt den Eindruck, dass die Schweiz trotz einzelner Ansätze (z.B. in den Kantonen Jura und Tessin) in dieser Hinsicht noch weit im Rückstand ist.

4.3 WAS DIE POLITIK WISSEN WILL: DIE NOTWENDIGKEIT VON EVIDENZ UND BEST PRACTICE

Die ersten Fragen, die heute bei der Planung von Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von politischer Seite gestellt werden, betreffen den Nutzen («Ist die Bevölkerung im Kanton x gesünder als in den anderen Kantonen, wenn wir die Massnahme y treffen?»). Während langer Zeit schienen Gesundheitsförderung und Prävention gut zu sein, weil der gesunde Menschenverstand und vielleicht auch der Idealismus dies nahe legten. Die Frage nach der Evidenz ist daher noch verhältnismässig neu – vielleicht mit Ausnahme einiger «Klassiker» wie Schutzimpfungen und Zahnhygiene. Von Evidenz wird erwartet, dass sie aufzeigt,

- was wirksam ist
- wie es wirksam ist
- unter welchen Voraussetzungen es wirksam ist.

Ein Blick auf die wissenschaftliche Literatur zeigt bald, dass es eine Vielzahl von Arbeiten über die Notwendigkeit von Evidenz, von der Umsetzung der Evidenz in die Praxis und von Best Practice gibt, dass aber diesbezügliche Zusammenstellungen über den Wissensstand spärlich sind. Vorbildlich ist hier eine bereits nicht mehr ganz neue Publikation, die unter der Leitung der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) erstellt wurde, um das Thema in der Europäischen Union voranzutreiben.²⁰ Sie richtet sich an Fachpersonen und Entscheidungsträger und ist in einer wohlthuend verständlichen Sprache verfasst.

¹⁵ Wismar M.: Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. G+G Wissenschaft 4/2003, 25–35.

¹⁶ Canadian Handbook on Health Impact Assessment, A Report of the Federal/Provincial/Territorial Committee on Environmental and Occupational Health, Minister of Public Works and Government Services Canada, 1999.

¹⁷ Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra: Health Impact Assessment Guidelines, September 2001.

¹⁸ Report on the Qualitative Evaluation of Four Health Impact Assessments on Draft Mayoral Strategies for London. London Health Commission, August 2003.

¹⁹ WHO European Centre for Health Policy: Experience with HIA at national policy level in the Netherlands. A case study. Policy Learning Curve Series, Number 4, September 2001.

²⁰ International Union for Health Promotion and Education: The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. Jouve Composition & Impression, Paris, 2000.

Für die Themen Alter; psychische Gesundheit; Adoleszenz; Herz- und Kreislaufkrankheiten; Tabak, Alkohol und Drogen; Ernährung; Sicherheit; Betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, in Schulen und in Einrichtungen des Gesundheitswesens wird in systematischer Art und Weise nicht nur die Bedeutung für die Gesundheit dargestellt, sondern jeweils auch für die Gesellschaft, für die Volkswirtschaft und für die Politik. In mehreren europäischen Ländern wurden in den letzten Jahren Projekte zur Entwicklung angemessener Instrumente und Indikatoren für die Gesundheitsförderung unterstützt. Im Rahmen des von der EU mitfinanzierten GEP-Projektes (GEP = Getting Evidence into Practice) werden gegenwärtig verschiedene Ansätze gesammelt und geprüft mit dem Ziel, ein oder mehrere einfache Instrumente künftig auch für vergleichende Untersuchungen in den Mitgliedstaaten der EU nutzen zu können.

4.4 REALISTISCHE ZIELE SETZEN: DAS ERGEBNISMODELL VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Während in der Prävention wenigstens in Teilbereichen kurzfristige Erfolge eintreten und auch messbar sind, ist die Situation bei der Gesundheitsförderung komplexer. Gesundheitsförderung zielt letztlich immer auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. einzelner Bevölkerungsgruppen. Dies erfolgt nicht über die direkte Beeinflussung der Gesundheit selbst, sondern über eine positive Beeinflussung von Gesundheitsdeterminanten, d.h. von Rahmenbedingungen bzw. Gegebenheiten, die ihrerseits längerfristig einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Als Beispiel kann der Arbeitsplatz dienen. Gesunde Arbeitnehmer leisten bekanntlich bessere Arbeit. Die Prävention beispielsweise in einer Speditionsfirma wird versuchen, den Arbeitsplatz mit technischen Hilfsmitteln und Verhaltensvorschriften ergonomisch so zu gestalten, dass möglichst wenige Rückenbeschwerden auftreten. Ist die Firma schlecht geführt, wird sie dennoch hohe Absentismusraten haben, da schlecht organisierte Arbeit, Mangel an Anerkennung oder Mobbing krankheitsfördernde Auswirkungen haben. Die Gesundheitsförderung wird in diesem Fall versuchen, die Rahmenbedingungen und die Qualität der Personalführung zu verbessern. Gesundheitliche Auswirkungen auf den einzelnen Mitarbeiter werden im Allgemeinen kaum sichtbar sein. Dagegen können Erfolg oder Misserfolg der getroffenen Massnahmen am indirekten Indikator der Absentismusrate des ganzen Betriebs gemessen werden.

Wegen der langfristigen Wirkung und weil meistens zusätzliche externe, nicht beeinflussbare Faktoren mitspielen, ist die direkte Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg in Form von Gesundheitsveränderungen nur schwer möglich. Dieser Umstand erschwert die Legitimation von Gesundheitsförderungsprogrammen. Besonders in Wirtschaft und Politik werden im Allgemeinen finanzielle Mittel nur dann gesprochen, wenn ein Erfolgsnachweis in relativ kurzer Zeit erbracht werden kann. Eine gute Hilfestellung leistet in dieser Situation das so genannte Ergebnismodell. Das von Gesundheitsförderung Schweiz ausgearbeitete Modell^{21/22} geht davon aus, dass Gesundheit als Endziel von Prävention und Gesundheitsförderung nicht direkt, sondern über Zwischenstufen erreicht wird und diese Zwischenstufen auch messbar sind.²³ Es kann einerseits dazu dienen, die direkten und indirekten Wirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen darzustellen. Vor allem aber ermöglicht es die Formulierung konkreter und messbarer Zwischen-

²¹ Weiterentwicklung des Outcome Modells von Nutbeam (Nutbeam, Don [2000]: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 15, 259–267).

²² Ackermann G/ Broesskamp-Stone U/ Cloetta B/ Ruckstuhl B/ Spencer B (2005): Was bringen Gesundheitsförderung und Prävention? Wirkungen der Gesundheitsförderung und Prävention systematisch planen und evaluieren. In: focus – das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz, Nr. 24/Sept.2005.

²³ Cloetta B/ Spencer B/ Spörri A/ Ruckstuhl B/ Broesskamp-Stone U/ Ackermann G (2004): Ein Modell zur systematischen Kategorisierung der Ergebnisse von Gesundheitsförderungsprojekten. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung. 27. Jg 3/2004. Französische Version im Druck im Journal Promotion & Education XII:2.

ziele. Eine übersichtliche schematische Darstellung des Ergebnismodells findet sich in Anhang 2; eine ausführliche Anweisung zum Gebrauch kann von der Website der Stiftung heruntergeladen werden.²⁴

Allerdings ist bei der Formulierung von Zielsetzungen Vorsicht geboten. Aus den oben genannten Gründen wird man natürlich möglichst leicht messbare Ziele suchen. Was aber wirklich erreicht werden soll, ist eine Verbesserung der allgemeinen Bevölkerungsgesundheit und der Lebensqualität. Leicht messbare Ziele sind nötig, müssen aber mit der notwendigen Vorsicht behandelt werden.

Zwei einfache Beispiele: Den Erfolg eines Rauchentwöhnungsprogramms kann man leicht messen (nach Abschluss des Programms, ein Jahr später usw.). Hat das, was gemessen wird, aber auch etwas mit verbesserter Lebensqualität zu tun?

Eine Verbesserung der Absentismusrate unter einem betrieblichen Gesundheitsmanagement ist sehr erwünscht. Ist sie aber tatsächlich als Folge eines verbesserten Arbeitsklimas durch Gesundheitsförderung eingetreten, oder aus äusseren Gründen des Arbeitsmarktes?

4.5 VOM GESUNDSEIN KÖNNEN: DAS KONZEPT DER «GESUNDHEITS-KOMPETENZ» (HEALTH LITERACY)

In neuerer Zeit erscheint in der wissenschaftlichen Literatur zunehmend der Begriff der «Health Literacy», der sich am besten mit «Gesundheitskompetenz» oder «Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung» übersetzen lässt. Sehr einfach ausgedrückt: Gesund sein muss man nicht nur *wollen*, sondern auch *können*. Health Literacy wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert als die Gesamtheit der kognitiven und sozialen Fertigkeiten, welche die Menschen motivieren und befähigen, ihre Lebensweise derart zu gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich ist.²⁵ Zu diesen Fähigkeiten gehören

- der Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen
- das Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen sowie
- ein konstruktiver Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen

Das Konzept der Gesundheitskompetenz ist von Bedeutung für die Planung gesundheitsfördernder Massnahmen, da es weit über die Vermittlung von Wissen hinausgeht. Es werden drei Ebenen unterschieden, die bei gesundheitsfördernden Interventionen unterschiedlich angegangen werden müssen:

- *Die funktionale Ebene:* Sie bezieht sich auf die Lese- und Schreibkompetenz einer Person. Auf einer funktionalen Ebene sind Personen befähigt, einfache Informationen zur Gesundheit zu lesen, sich z.B. schriftlich einfach auszudrücken und das Gesundheitssystem zu benutzen.
- *Die interaktive Ebene:* Neben dem Wissen spielt zusätzlich das soziale Umfeld eine Rolle. Die Fähigkeiten gehen über das Lesen und Schreiben hinaus. Die aktive Informationsbeschaffung, der kommunikative Austausch und die Umsetzung von Informationen im Lebensalltag und im sozialen Umfeld werden wichtig.
- *Die kritische Ebene:* Hier kommt neu die Fertigkeit dazu, Informationen aus dem Gesundheitssystem kritisch zu analysieren und zu beurteilen. Soziale, wirtschaftliche und politische Determinanten der Gesundheit werden verstanden, und es findet eine kritische Auseinandersetzung mit Empfehlungen für eine gesunde Lebensführung statt.

²⁴ www.gesundheitsfoerderung.ch/de/knowhow/tools/model.asp

²⁵ Zitiert aus: Health Care Communication Laboratory, Università della Svizzera Italiana: Denkanstösse für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy. Dokument erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, April 2005.

Damit wird deutlich, dass der Umgang mit Gesundheit nicht nur durch Faktoren auf der Wissensebene bestimmt wird, sondern ebenso durch soziokulturelle Aspekte, Einstellungen und Wahrnehmungen. Die oben genannte Arbeit weist auf eine breite Literatur hin, die auf den Zusammenhang von Literacy mit dem Gesundheitswissen und mit der Fähigkeit, sich im Gesundheitswesen zu bewegen, belegt. Allerdings beschränken sich die meisten Studien auf die Messung der funktionalen Ebene.

Gesundheitskompetenz ist damit eine wesentliche Determinante von Gesundheit. Die Förderung von Gesundheitskompetenz im oben beschriebenen Sinn ist demnach ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung – ein Aspekt, über den beispielsweise bei Diskussionen um Bildung in der Schweiz noch wenig gesprochen wird.

4.6 ÜBER DIE NUTZUNG WISSENSCHAFTLICHER DATEN DURCH GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTSCHEIDUNGSTRÄGER

Bei vielen in der Gesundheitsförderung tätigen Fachpersonen herrscht der Eindruck vor, dass wissenschaftliche Erkenntnisse über gesundheitsfördernde bzw. krankmachende Einflüsse in der Umwelt (physisch oder psychosozial) von Entscheidungsträgern kaum oder gar nicht zur Kenntnis genommen werden. Insbesondere bei Einflüssen, die erst längerfristig wirksam werden, scheint der Alltagsdruck der kurzfristigen Politik oft stärker zu sein als die Berücksichtigung zwar belegter, aber kurzfristig nicht relevanter wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Im Jahre 2003 wurde eine Übersichtsarbeit über die Frage veröffentlicht, wie gesundheitspolitische Entscheidungsträger ihre Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse einschätzen und welche Faktoren eine solche Nutzung fördern bzw. behindern. Die 24 analysierten Einzelstudien mit insgesamt 2041 Interviews brachten zusammenfassend die folgenden Ergebnisse:²⁶

Faktoren, welche die Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse begünstigten

(in Klammern die Anzahl Studien, welche die günstige Wirkung zeigen in Relation zur gesamten Studienzahl):

- Persönlicher Kontakt zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern (13/24)
- Aktualität und Relevanz der Forschungsergebnisse (13/24)
- Publikationen, die eine Zusammenfassung mit klaren Empfehlungen enthalten (11/24)
- Hohe Qualität der Forschung (6/24)
- Forschung, welche die aktuelle Politik oder die Interessen des Politikers bestätigen (6/24)
- Anstösse von der Basis (4/24)
- Forschungsergebnisse, die Daten zur Effektivität enthalten (3/24)

Faktoren, welche die Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse behindern

- Fehlen eines persönlichen Kontakts zwischen Wissenschaftlern und politischen Entscheidungsträgern (11/24)
- Keine wahrgenommene Aktualität oder Relevanz der Ergebnisse (9/24)
- Gegenseitiges Misstrauen zwischen Wissenschaftlern und Politikern, wahrgenommene politische Naivität der Wissenschaftler bzw. wissenschaftliche Naivität der Politiker (8/24)
- Machtkämpfe und Budgetprobleme (7/24)
- Mangelhafte Qualität der Forschung (6/24)
- Politische Instabilität oder häufige personelle Wechsel bei den Entscheidungsträgern (5/24)

²⁶ Innvaer S., Vist G., Trommald M und Oxman A.: Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. J Health Serv Res Policy 2002, 7: 239–244.

Die Autoren warnen allerdings vor einer Überinterpretation dieser Daten. Der persönliche Kontakt ist offensichtlich ein wichtiges Element. Er muss aus ihrer Sicht aber nicht zwingend zur erwünschten Wirkung der wissenschaftlichen Daten beitragen. Es kann unter Umständen auch zu einer selektiven Wahrnehmung der Daten kommen, die den wissenschaftlich fundierten Aussagen in keiner Weise gerecht wird. In den Kapiteln 7 und 8 wird näher auf diese Thematik eingegangen.

Wismar hat in einem Aufsatz sechs Modelle der Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse durch die Politik zusammengestellt:²⁷

- *Das klassische, wissensgetriebene Modell geht von einer linearen Beziehung zwischen der Wissensproduktion und politischem Handeln aus. Dies geschieht entweder durch den öffentlichen Druck, den das neue Wissen erzeugt, oder unmittelbar durch die Entscheidungsträger, die das Wissen unverzüglich übernehmen und danach handeln.*
- *Das problemlösende Modell unterstellt ebenfalls eine lineare Beziehung zwischen der Wissensproduktion und der Entscheidungsfindung. Die Wissensproduktion erfolgt hier aber erst im Anschluss an die Problemdefinition sowie einen Auftrag an die Wissenschaft, Lösungen zu erarbeiten.*
- *Im interaktiven Modell besteht eine wechselseitige Durchdringung von politischen und wissenschaftlichen Interessen. Beide Seiten arbeiten je in einem Umfeld mit unterschiedlichen Interessen und Wahrnehmungen. Sie verstehen aber die jeweiligen Bedürfnisse der Gegenseite. Der Zusammenhang zwischen Forschung und Entscheidungsfindung ist weniger linear.*
- *Das aufklärerische Modell bestreitet einen linearen Zusammenhang zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und Entscheidungsfindung. Die Wissensproduktion wirkt hier eher durch einen Prozess der Sedimentierung von Einsichten, Theorien, Konzepten und Perspektiven.*
- *Im politischen Modell nutzt der Entscheidungsträger die wissenschaftlichen Erkenntnisse als Munition in einem hochgradig konfliktgeladenen System der Entscheidungsfindung. Aufklärerische Orientierungen spielen hier keine Rolle.*
- *Im taktischen Modell wird die Forschung durch Politiker genutzt, um auf politischen Druck zu reagieren. So kann zum Beispiel der Auftrag für eine Studie taktisch zur Verzögerung eingesetzt werden, oder aber zur zeitlichen Überbrückung, um Irrationalitäten des politischen Prozesses zu minimieren.*

Alle sechs Modelle können je nach Zeit und Situation wohl einmal zwischen den gleichen Akteuren auftreten und können unter geeigneten Rahmenbedingungen zur Förderung gesundheitlicher Anliegen dienlich sein.

Fragen der Kommunikation zwischen Politik und Wissenschaft wurden von verschiedenen Autoren untersucht. Im Auftrag der WHO wurde ein grundlegender Bericht über die verschiedenen Modelle im Verhältnis Wissenschaft/Politik erstellt, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.²⁸ Von praktischer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang aber eine Arbeit von Lavis. In dieser geht es ihm um die effiziente Übermittlung von so genannten «take-home-messages», also wissenschaftlichen Kernaussagen, die für die Situation des Entscheidungsträgers Sinn machen und zudem anwendbare Aussagen enthalten. In diesem Zusammenhang schlägt er ein einfaches Rahmenkonzept vor, das fünf Fragen enthält:²⁹

- Was sollte den Entscheidungsträgern übermittelt werden?
- Wem sollte Forschungswissen übermittelt werden?
- Wer sollte Forschungswissen den Entscheidungsträgern übermitteln?
- Wie sollte Forschungswissen übermittelt werden?
- Welche Wirkung wird angestrebt?

Es sind genau die Fragen, die in einem grösseren Zusammenhang mit dem Kommunikationsmodell in Kapitel 8 behandelt werden.

²⁷ Wismar M.: Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. *G+G Wissenschaft* 4/2003, 25–35.

²⁸ Hanney SR, Gonzalez-Block MA, Buxton MJ und Kogan M (2003): The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems* 2003, 1:2.

²⁹ Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J, *Milbank Q* (2003): How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? In: *The Milbank Quarterly*, 2/81, 221–48.

4.7 AN WEN GEHT DIE BOTSCHAFT? DAS ZIELGRUPPEN-SEGMENTIERUNGSMODELL «SINUS-MILIEUS»

«Wenn uns die Zielgruppe nicht versteht, ist sie nicht unsere Zielgruppe.»

Markus Kutter, ehemaliger Chef der GGK Werbeagentur

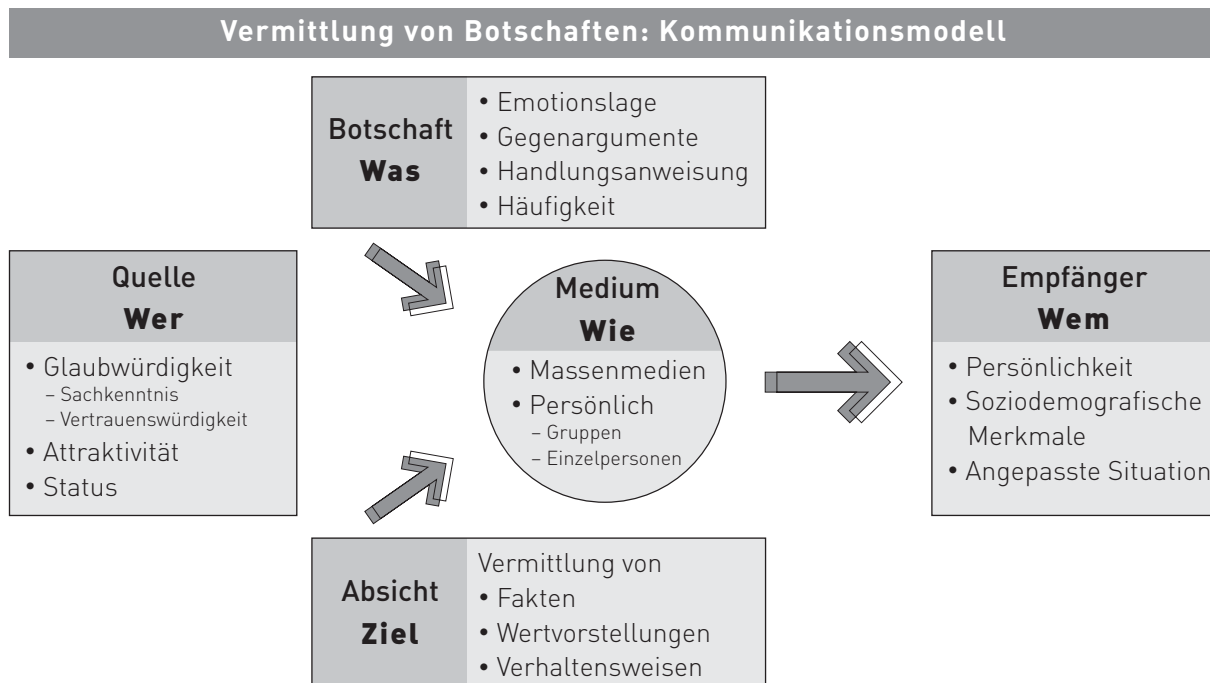
Die oben stehende Aussage eines bekannten Werbefachmanns erfolgte auf der Höhe seines beruflichen Erfolges und war – sicher mit einer Spur von Überheblichkeit verbunden – durchaus ernst gemeint. Im Umfeld der Gesundheitsförderer hat man gelegentlich den Eindruck, dass sie – durchaus unbewusst und unfreiwillig – nach diesem Prinzip arbeiten.

Im Bundesamt für Gesundheit war man sich dieser Problematik bewusst. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit eines gezielten Mitteleinsatzes bei der Durchführung von Kampagnen hat man darum beschlossen, ein im Konsumgütermarkt eingesetztes System der Zielgruppenorientierung auch für den Bereich der Gesundheitskampagnen zu testen. Eine Reihe von Fragen zum Rauchen und zur wahrgenommenen Störung durch Passivrauchen wurde in eine «Omnibus-Befragung» eingefügt. Diese erfolgte nach dem Modell der so genannten «Sinus-Milieus». Sinus-Milieus arbeiten nicht mit den traditionellen Merkmalen z.B. nach Bildung, Einkommen oder sozialer Schicht. Sie fassen vielmehr Menschen in Gruppen zusammen, die sich hinsichtlich ihrer Lebensauffassung und Lebensweise ähneln. Wichtige Kriterien dafür sind grundlegende Wertorientierungen sowie Einstellungen zum Alltagsleben, zu Arbeit, Freizeit, Familie, Konsum und Medien. Das Analysetool ermöglicht somit eine optimale Abstimmung von Inhalten auf die spezifischen Interessen und Bedürfnisse jeder einzelnen Zielgruppe. Die Anwendung der Sinus-Milieus hilft, Gesundheitsförderungs- und Präventionsthemen am richtigen Ort – bei den relevanten Gruppen – zu positionieren, damit Streuverluste minimal werden. In Anlehnung an das Zielgruppen-Segmentierungsmodell «Sinus-Milieus» des deutschen Forschungs- und Beratungsunternehmens «Sinus Sociovision»³⁰ wurden für die Schweiz zehn verschiedene Milieus – Gruppen von Gleichgesinnten – identifiziert, die sich durch unterschiedliche Kombinationen aus individuellen Werthaltungen, Einstellungen, Freizeitgestaltung und Alltagsästhetik kennzeichnen. Die zehn Sinus-Milieus sind in Anhang 3 näher beschrieben.

4.8 BEKANT, ABER OFT VERGESSEN: DAS KOMMUNIKATIONS-MODELL

Als eine wesentliche Hilfe bei der Planung und Durchführung gesundheitsfördernder und präventiver Aktivitäten erweist sich immer wieder das *Kommunikationsmodell*. Es ist auch in der Lage, Schwächen aufzuzeigen und zu lokalisieren. Versteht man die Gesundheitsförderung als Kommunikationsprozess und die in den in Kapitel 5 erwähnten Organisationen als relevante Akteure, so müssen die nachfolgenden Überlegungen angestellt werden. Obwohl das Modell bei Fachpersonen der Gesundheitsförderung bekannt ist, wird es in Rahmen dieses Berichts aufgeführt. Die Praxis zeigt nämlich, dass die Grundsätze des Modells zu wenig angewandt werden. Die aufgeführten Beispiele stammen aus der langjährigen Praxis des Autors. Schlussfolgerungen aus diesen Überlegungen werden in den Kapiteln 7 und 8 gezogen.

³⁰ www.sinus-sociovision.de



Modifiziert nach R. Hornung

4.8.1 Eigenschaften der Quelle (Sender)

Glaubwürdigkeit: Dass eine Quelle glaubwürdig sein sollte, ist allgemein bekannt. Bei den Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention ist die Glaubwürdigkeit (Sachkenntnis und Vertrauenswürdigkeit) im Allgemeinen gut. Im Bereich Sachkenntnis ist die Qualität eines Teils der Akteure vor allem in kleineren Organisationen allerdings noch verbesserungsfähig. Die Vertrauenswürdigkeit ist mit wenigen Ausnahmen (z.B. von der Tabakindustrie bezahlte Aufträge) gegeben.

Ein eindrückliches Beispiel dafür, dass Glaubwürdigkeit unabdingbar ist, für sich allein aber nicht genügt, war die Verunsicherung der Bevölkerung nach den ersten Meldungen über die Gesundheitsrelevanz der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl. Die Vielzahl der «Experten» stiftete zunächst mehr Verwirrung als Klarheit. Die dem aktuellen Wissenstand entsprechende «richtige» Botschaft des BAG war im Chor der Experten durchaus vorhanden und wurde schliesslich – gestützt auf die Glaubwürdigkeit des Absenders – für die Schweiz auch übernommen.

Attraktivität: Wenn Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden sollen, müssen Akteure vorhanden sein, die für Entscheidungsträger attraktiv sind. Richten wir uns hier ausreichend nach diesem Zielpublikum aus? Warum wurde Gesundheitsförderung Schweiz bei früheren Befragungen in den Kantonen oft als unattraktiv wahrgenommen? Sind wir nicht zu oft «weltfremde Idealisten» ohne politisches Gespür? Können wir die Sprache unseres Zielpublikums sprechen?

Als nicht geglücktes Beispiel sei hier die seinerzeitige Vorstellung der Nationalen Gesundheitspolitik in den Kantonen erwähnt. Eine gute Sache wurde damals teilweise inhaltlich korrekt, aber hinsichtlich Präsentation und Didaktik in einer nicht der Zuhörerschaft angepassten Art vorgestellt.

Status: Für Kontakte mit Entscheidungsträgern besteht in diesem Punkt vielerorts ein erhebliches Defizit. Wie werden z.B. die Beauftragten für Gesundheitsförderung von den Gesundheitsdirektoren bzw. den Kantonsregierungen wahrgenommen? Haben sie direkten Zugang zur Chefetage? Hört man im entscheidenden Moment auf sie? Oder sind sie einfach nette fachkundige Leichtgewichte?

Dieser Punkt wurde deutlich anlässlich der Einführung der ersten Aidspräventionsmassnahmen. Nur den Fachpersonen mit adäquatem Status nahm man auf Bundes- wie auf Kantonebene die damals sehr unbequemen Empfehlungen ab.

4.8.2 Eigenschaften der Botschaft

Wie gestalten wir unsere Botschaften?

Die Gestaltung der Botschaften ist verhältnismässig einfach, wenn die Folgen eines gesundheitsschädigenden Verhaltens kurzfristig eintreten (z.B. Lebensmittelhygiene: Einen Kartoffelsalat lässt man nicht ungestraft mehrere Stunden an der Wärme stehen). Es sind aber auch hier die Gebote der konkreten Handlungsanweisung und der Wiederholung zu beachten. Im Bereich der kurzfristig wirksamen Botschaften besteht zurzeit kein grösserer Handlungsbedarf.

Allerdings kann auch bei kurzfristig wirksamen Massnahmen eine mehr «weltanschauliche» Komponente die Lage komplizieren. Bei der Zahnhygiene lehnen beispielsweise gewisse Kreise die Fluorprophylaxe ab, obwohl deren Wirkung und Unschädlichkeit einwandfrei bewiesen sind und von glaubwürdigen Quellen propagiert werden. Das gleiche Phänomen wird bei Impfungen beobachtet. Gegen diese Form von Ablehnung präventiver Massnahmen ist man in einer demokratischen Gemeinschaft wohl machtlos. In solchen Fällen muss aber je nach Situation die Frage nach der Verantwortung des Individuums gegenüber der Gesellschaft gestellt werden. Wenn, wie in den Niederlanden mehrfach vorgekommen, Eltern in einer grösseren Zahl Impfungen ihrer Kinder aus religiösen Gründen ablehnen und aus diesem Grund wiederkehrende kleine Epidemien auftreten, oder wenn, wie in der Schweiz in den letzten Jahren immer wieder diskutiert, ein Teil des Krankenpflegepersonals die Grippeimpfung verweigert und dadurch das Virus auf betagte Risikopatienten übertragen kann, stösst die Freiheit des Individuums an Grenzen. Allgemein gültige Antworten liegen hier zurzeit nicht vor.

Erfahrungsgemäss weit schwieriger zu vermitteln sind Botschaften, die kurzfristiges Handeln verlangen, deren Folgen – im positiven wie im negativen Sinn – sich aber erst langfristig zeigen. Betrachtet man erfolgreiche Beispiele für erst längerfristig wirksame Aktionen, so zeigt sich, dass die verbreiteten Botschaften in der Lage waren, beim Zielpublikum Betroffenheit auszulösen. Eine besonders ausgeprägte Form der Betroffenheit ist der Leidensdruck. Impfungen beispielsweise stiessen in einer Zeit, als die Folgen einer durchgemachten Krankheit noch direkt erlebbar waren und die Erfolge der Impfung wahrnehmbar wurden, kaum je auf Widerstand.

Ein anderes Beispiel sind die offenen Drogenszenen der Neunzigerjahre. Die direkte Sichtbarkeit des Elends, vor allem aber eine wahrgenommene (meistens objektiv gar nicht vorhandene) Beeinträchtigung der eigenen Sicherheit schaffte vorübergehend eine Betroffenheit. Diese hatte zur Folge, dass der Ruf nach Prävention unüberhörbar wurde und die Parlamente plötzlich Mittel dafür sprachen. 15 Jahre später haben wir nicht weniger Abhängige, aber sie stören das Alltagsbild nicht mehr so stark. Entsprechend hat die Betroffenheit abgenommen, und die finanziellen Ressourcen wurden gekürzt. Das ausserhalb der direkten Gesundheitsförderung liegende Beispiel der aussergewöhnlichen Spendefreudigkeit nach der Tsunami-Katastrophe ist ein weiteres Beispiel für Betroffenheit; dank der Medien konnte man sich die Situation vorstellen, und es waren eigene Landsleute mit betroffen.

Ein bekanntes Mittel zur Schaffung von Betroffenheit ist die Provokation. Die Stop-Aids-Kampagne hat stark mit diesem Mittel gearbeitet, und sie ist bis heute erfolgreich damit (siehe die «Pfarrer-Inserate»). Provokation ist aber eine Gratwanderung und muss zielgruppenspezifisch genau durchdacht sein. Noch wenig gearbeitet wird mit der Emotionalität von Inhalten. Viele der heute vorwiegend auf der kognitiven Ebene vermittelten Botschaften liessen sich möglicherweise mit Vorteil etwas emotionaler gestalten. Diese Methode setzt aber voraus, dass die Glaubwürdigkeit des Absenders intakt ist und die Emotionen sich nicht von den Fakten entfernen.

Ein eindrückliches Beispiel fand im Jahre 2003 im Kanton St. Gallen statt. Die Überweisung eines parlamentarischen Vorstosses im Zusammenhang mit Werbeverböten für Tabakwaren drohte im Parlament zu scheitern. Fachpersonen (mehrheitlich Lungenfachärzte) der Lungenliga St. Gallen wandten sich mit Unterstützung einer Fachperson im Kommunikationsbereich daraufhin in teils ganzseitigen Inseraten an die Bevölkerung. Die Aussage war sehr emotional («Wir sind alarmiert», «wir sind betroffen» «wir sind genervt» [siehe Anhang 8]), blieb inhaltlich aber streng bei den Fakten. Die Überweisung des Vorstosses im Parlament liess nicht lange auf sich warten.

4.8.3 Die Absicht

Bei Botschaften der Gesundheitsförderung und Prävention ist nicht immer klar, welche Absicht verfolgt wird. Wenn täglich 30 Minuten körperliche Aktivität empfohlen werden, liegt das Ziel klar auf der Verhaltensebene, und auch das Erfordernis nach klaren Handlungsanweisungen ist optimal erfüllt. Wenn in der Schule das Thema Sexualität behandelt wird, ist die Situation schwieriger. Hier muss bezüglich Absicht klar unterschieden werden zwischen der notwendigen Vermittlung von Fakten und allenfalls vermittelten Werthaltungen.

Die ersten Berichte zu den grossen wissenschaftlichen Arbeiten über die Folgen des Rauchens in den Fünfzigerjahren des letzten Jahrhunderts konnten sich zunächst auf die Vermittlung der damals nicht weit herum bekannten Fakten beschränken. Für einen Teil der Raucher ergab sich die Handlungskonsequenz daraus von selbst.

Ein weiteres interessantes Beispiel ist die Stop-Aids-Kampagne, die mit ihrer Mischung von Faktenvermittlung und Handlungsanweisungen regelmässig bewusst auch die Ebene der Wertvorstellungen berührt.

4.8.4 Das Medium

Betreffend den Einsatz der Medien wurden in den letzten Jahren grosse Fortschritte erzielt. Im professionellen Bereich werden die Medien heute meistens richtig eingesetzt. Allerdings ist teilweise auch bei Fachpersonen der Gesundheitsförderung und Prävention noch zu wenig bekannt, welche Effekte mit welchem Medium (nicht) erreicht werden können. Umstritten ist der Einsatz von Karikaturen oder paradoxen Botschaften. Dies musste auch bei der Kampagne «Feel your Power» festgestellt werden.

Die dem Fahrverbot nachempfundene runde Verbotstafel mit der durchgestrichenen Zigarette wirft ebenfalls Fragen betreffend richtigem Einsatz auf. Unbestritten ist sie dort richtig, wo eine unmittelbare Brandgefahr besteht. In anderen Situationen kann sie aber als moralisierend angesehen werden. Eine rechteckige blaue Hinweistafel mit dem gleichen Inhalt wird unter Umständen besser akzeptiert.

4.8.5 Der Empfänger

Im Bereich der Anpassung der übermittelten Botschaften an den Empfänger besteht wohl am meisten Handlungsbedarf. Im Prinzip handelt es sich um die gleichen Überlegungen, die bereits beim Sender angestellt wurden. Die Mehrheit der eingesetzten Bemühungen zur Förderung der Gesundheit geht implizit von einer Mittelschicht-Wahrnehmung aus und orientiert sich nicht daran, dass Gesundheit nicht für alle Menschen den gleichen Stellenwert hat. Menschen, für die Gesundheit einen Symbolwert hat, wird man damit vielleicht erreichen; nicht aber diejenigen, für die Gesundheit in erster Linie Gebrauchswert hat.³¹ Wird beispielsweise bei der Personalauswahl einer Institution, die sich mit Gesundheitsförderung und

³¹ Buchmann, M.: Krankheitsverhalten. In: Gebert, A. J. et al.: Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit, Schriftenreihe der SGGP Nr. 9, Horgen 1985 (S. 71–91).

Prävention befasst, darauf geachtet, dass verschiedene Bevölkerungsschichten angesprochen werden müssen, dass ab und zu ein Kontakt mit dem Gemeindepräsidenten oder vielleicht mit der Gesundheitsdirektorin, mit der Direktion eines Betriebs nötig ist?

Während der Zeit der offenen Drogenszenen besuchten eine Journalistin und ein Journalist der BBC die Schweiz, um sich ein Bild über die Situation zu machen. Von der Bundesverwaltung über kantonale Instanzen bis hin zur Drogenszene selbst waren Besuche geplant. Offenbar war diese Planung sehr sorgfältig, denn vor jedem Wechsel des Zielpublikums wurde aus dem entsprechend umfangreichen Reisegepäck die passende Kleidung ausgesucht. Der Versuch der Umsetzung dieses Prinzips in einer Präventionsstelle erwies sich aber als ausserordentlich schwierig (man hat doch sein eigenes «Image», das so und nicht anders zu akzeptieren ist).

Die Krebsliga Schweiz führte im März 2005 einen Workshop durch unter dem Titel « Was brauchen Menschen, um ihr Verhalten in Richtung «gesünderer Lebensstil» zu ändern?» Im Workshopbericht findet sich da und dort ein Hinweis auf das Bestehen unterschiedlicher Zielgruppen. Praktische Konsequenzen wurden aber keine gezogen.

Eine Orientierung am unter 4.7 dargestellten Zielgruppen-Segmentierungs-Modell «Sinus-Milieus», das explizit auch unterschiedliche Werthaltungen der Zielgruppen mit einbezieht, kann hier behilflich sein.

5. Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz

5.1 KURZER RÜCKBLICK

5.1.1 Der Entwurf für ein Präventivgesetz 1984

Seit den frühen Sechzigerjahren gab es immer wieder parlamentarische Vorstösse in Richtung «Krankheitsvorbeugung», «Gesundheitsgesetz» und «Bundesgesetz gegen die Suchtkrankheiten».³² In seiner Botschaft vom 22. März 1978 über die Volksinitiative gegen Suchtmittelreklame («Guttempler-Initiative») gab der Bundesrat bekannt, dass er der Bundesversammlung in der Legislaturperiode 1979–1983 den Entwurf zu einem Präventivgesetz vorzulegen beabsichtige. In seinem Bericht vom 16. Januar 1980 über die Richtlinien der Regierungspolitik in der Legislaturperiode 1979–1983 bemerkte der Bundesrat dann in Bezug auf ein solches Gesetz Folgendes:

«Ziel eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung ist es, vom Einzelnen vermeidbare Gesundheitsschäden zu verhüten. Als Massnahme kommt vor allem eine umfassende Gesundheitserziehung in Frage. Die Gesetzgebung soll sich auf jene gesundheitlichen Risikofaktoren konzentrieren, die Krankheiten und Gebrechen verursachen können, die wegen ihrer Schwere, Häufigkeit, Invalidisierungsfolge und der wirtschaftlichen Folgen für den Einzelnen, seine Familie und die Gesellschaft besonders schwerwiegend sind. Die Hoheit der Kantone im Gesundheitswesen soll aber gewahrt bleiben. Vielmehr wird der Bund gewisse Dienstleistungsaufgaben, wie die Information und die Dokumentation, übernehmen und auch die Kompetenz erhalten müssen, den Rahmen für landesweite Gesundheitsaktionen abzustecken und diese zu koordinieren.»

Am 13. September 1979 wurde durch den Chef des Eidgenössischen Departements des Innern eine interne Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz des damaligen Direktors des BAG beauftragt, einen Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung zu unterbreiten. In ihrem Bericht vom August 1982 kam die Arbeitsgruppe zum Schluss, dass Artikel 69 der Bundesverfassung eine gesetzliche Grundlage für ein allfälliges Gesetz über Krankheitsvorbeugung darstellen würde, dass das Gesetz inhaltlich den Zweck definieren («Bund und Kantone treffen Massnahmen zum Schutze und zur Förderung der Gesundheit durch erzieherische und vorbeugende Massnahmen») und die Aufgaben des Bundes und der Kantone festlegen müsste. Zudem wurden die finanziellen Auswirkungen auf Bund und Kantone kurz dargelegt. Inhaltlich hätte ein solches Gesetz folgende Ziele zu verfolgen:

- Information, Dokumentation
- Koordination
- Forschungsförderung
- Durchführung von Aktionen auf gesamtschweizerischer Ebene
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Kantonen und privaten Organisationen
- Ausbau der Gesundheitsstatistik

Die Vernehmlassung über den Bericht des BAG über ein Präventivgesetz ergab geteilte Auffassungen. Zwar wurde die Notwendigkeit vermehrter Anstrengungen auf dem Gebiet der Prävention kaum bestritten. Ob es hierfür jedoch eines Bundesgesetzes bedürfe, wurde sehr unterschiedlich beurteilt. So lehnten insbesondere die Kantone – bis auf zwei (Bern, Tessin) – ein Bundesgesetz ab. Die meisten Gesundheitsorganisationen und Ligen versprachen sich demgegenüber von einer bundesrechtlichen Regelung eine bessere Koordination der Massnahmen und eine bessere interkantonale Zusammenarbeit. Vor allem aber erwarteten sie von einem Präventivgesetz eine Signalwirkung auf die gesamte Bevölkerung. Die Haltung der politischen Parteien war unterschiedlich, diejenige der Wirtschaft vorwiegend ablehnend. Der Bundesrat beschloss in der Folge, die Vorarbeiten zum Präventivgesetz einzustellen. Er beauftragte dann aber am 3. Dezember 1984 das EDI, «die Möglichkeiten zur Schaffung eines Schweizerischen Präventivfonds und dessen finanzielle Äufnung abzuklären».

³² Eine genaue Übersicht über die einzelnen Vorstösse findet sich im Bericht der damaligen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung (August 1982, S. 1ff., 11 Vorgeschichte).

In neuester Zeit wurde die Frage eines Präventivgesetzes wieder aufgenommen. Das EDI hat das BAG beauftragt, diesbezüglich Abklärungen und Vorschläge zu unterbreiten.

5.1.2 Die Leitbilder der Fachgesellschaft

Um zur Diskussion über ein Bundesgesetz zur Krankheitsvorbeugung beizutragen, veröffentlichte die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (SGSPM) das «Leitbild 83».³³ Dieses äusserte sich unmissverständlich betreffend die Verpflichtung des Staates im Bereich der Prävention: «Während die Befolgung krankheitsvorbeugender Massnahmen durch das Individuum freiwillig sein sollte, solange nicht Dritte in Mitleidenschaft gezogen werden, muss es als eine *verbindliche Aufgabe des Staates* betrachtet werden, dass dieser durch Massnahmen der Gesundheitserziehung und der präventiven Öffentlichkeitsarbeit *allen Bürgern den Zugang zur Krankheitsvorbeugung ermöglicht.*» Der nachfolgende Auszug aus diesem Leitbild bekräftigt noch einmal diese Staatsaufgabe. Zur Illustration der bis heute aktuellen Gedankengänge dieses Leitbildes wird nachfolgend ein etwas ausführlicherer Auszug zitiert:

«Dazu seien einige grundsätzliche Gedanken angeführt:

- Die Beträge betreffen eine reguläre Staatsaufgabe und sollten nicht von wesensfremden Bedingungen (z.B. Einsparungen in anderen Sektoren des Gesundheitswesens oder des Staatshaushaltes) abhängig gemacht werden.
- Die Beträge sollten nicht aus zweckgebundenen Sondersteuern finanziert werden, deren Ertrag mit einem fortgesetzten Suchtmittelmissbrauch verbunden ist.
- Die Beträge könnten – bei entsprechender Vergütung durch den Bund – als Prozentabgabe der Krankenkassen für Zwecke der primären Prävention konzipiert werden und zum Beispiel über einen neu zu schaffenden nationalen Fonds für Krankheitsverhütung ihren Zwecken zugeführt werden.

Steuern auf Tabak und Alkohol sind nach moderner finanzwissenschaftlicher Auffassung primär als fiskalpolitische und nicht als gesundheitspolitische Massnahmen zu verstehen. Vermehrte Einnahmen aufgrund erhöhter Tabak- und Alkoholsteuern könnten sehr wohl zur Entlastung der Bundeskasse beitragen. Angesichts der weiter oben diskutierten sozialen Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten und besonders auf den Suchtmittelkonsum wäre es aber fragwürdig, solche Steuern im Sinne einer Bestrafung für selbstverschuldetes Fehlverhalten zu verstehen. Andererseits wäre mit einer Preiserhöhung eine präventivmedizinisch wünschbare Lenkungswirkung verbunden.»

Im Mai 1984 schlug die SGSPM zudem vor, durch Erhebung bescheidener Kopfbeiträge der Krankenkassenmitglieder einen Gesundheitsfonds zu äpfnen, der es ermöglichen würde, gesamtschweizerische Massnahmen und Kampagnen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und der primären Prävention zu finanzieren.

Im April 1986 legte die SGSPM ein ausführliches Konzept («Leitbild 86») vor,³⁴ mit dem Ziel aufzuzeigen, «auf welchem Weg die Prävention in der Schweiz auch ohne Bundesgesetz gefördert werden kann».

Im Jahre 1997 publizierte die Gesellschaft, die inzwischen den Namen «Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen» SGPG trug, ein mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit erstelltes neues Dokument mit Zielen zur Gesundheitspolitik für die Schweiz. Die Publikation basierte auf den 38 Zielen von «Gesundheit für alle» der Weltgesundheitsorganisation WHO und schlug aufgrund einer Standortbestimmung für jedes einzelne Ziel quantifizierbare Einzelmassnahmen und Einzelziele für die Gesundheitsförderung in der Schweiz vor, die weit über den Bereich des traditionellen Gesundheitswesens und der kurativen Medizin hinausreichten. So wurden Aspekte der Umwelt, aber auch Entwicklungsstra-

³³ Zeitschrift «Sozial- und Präventivmedizin» 1983, 28: 177–180.

³⁴ Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin: Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz: Leitbild 1986.

tegien bezogen auf verschiedene Zielgruppen der Bevölkerung und auf prioritär anzugehende Gesundheitsprobleme diskutiert.

Schliesslich adaptierte die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) zusammen mit dem Bundesamt für Gesundheit und dem Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz die europäische Programmatik «Gesundheit 21» für die Schweiz. Die Publikation «Gesundheitsziele für die Schweiz»³⁵ bildete eine Orientierung für Verantwortliche beim Bund und bei den Kantonen sowie für Fachkreise und spezialisierte Institutionen im Gesundheitsbereich.

5.1.3 Die «Nationale Gesundheitspolitik»

Im Herbst 1998 setzten sich das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und die Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK, heute Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK) zum Ziel, die Gesundheitspolitiken von Bund und Kantonen besser aufeinander abzustimmen. Sie beschlossen, eine gemeinsame Dialog- und Arbeitsplattform zu schaffen. Der Bundesrat nahm den Auftrag, zusammen mit den Kantonen eine Nationale Gesundheitspolitik zu definieren, in seine Legislaturplanung 1999–2003 auf.

Die gesteckten Ziele lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gesundheit der Bevölkerung stärken und verbessern;
- Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den verschiedenen sozialen Bevölkerungsschichten verkleinern.

An konstituierenden Tagungen im Mai 1999 in Interlaken und Mai 2000 in Fribourg legten die politischen Entscheidungsträger im Gesundheitswesen von Bund und Kantonen die ersten Fundamente für diesen Prozess. Sie beschlossen, als erstes (1999) die Schaffung eines schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Datenaufbereitung im Gesundheitswesen an die Hand zu nehmen und als zweites (2000) in den drei als prioritär eingestuften Themenbereichen «Psychische Gesundheit», «Empowerment der Bevölkerung» und «Kriterien der Angebotsplanung» konkrete politische Prozesse mit Zielen, Massnahmen und Empfehlungen zu entwickeln. Die dritte Arbeitstagung (Rüschlikon, Oktober 2001) thematisierte – erstmals im Beisein wichtiger ausserbehördlicher Akteure des Gesundheitswesens – die bestimmenden Faktoren der Gesundheit (Determinanten) und ihre Bedeutung für die Gesundheitspolitik. Das Wissen um die Zusammenhänge von sozioökonomischen, ökologischen und biologischen Determinanten der Gesundheit sollte für die Nationale Gesundheitspolitik wegleitend sein. Die hohe inhaltliche Qualität dieser Tagungen wurde in der Folge aber politisch kaum umgesetzt. Immerhin wurde das Thema «Psychische Gesundheit» weiter bearbeitet bis zu einem Aktionsplan mit zehn Empfehlungen.³⁶

Das Projekt «Nationale Gesundheitspolitik» wurde Ende 2003 abgeschlossen. Es wurde darauf verzichtet, eine eigenständige Struktur zwischen den Ebenen Bund und Kantone anzusiedeln. Im Anschluss wurde aber zwischen EDI und GDK ein ständiger Dialog (Plattform) in Form regelmässiger Treffen von Delegationen der beiden Seiten eingerichtet. Seit 2004 finden dreimal jährlich Gespräche zwischen dem Bund (Departementschef EDI und betroffene Amtsdirektionen) und dem Vorstand der GDK statt, die durch geschäftsführende Ausschüsse des EDI und der GDK gemeinsam vorbereitet werden. Ziele sind unter anderem der Informationsaustausch, die Identifikation gemeinsamer Handlungsbereiche, gemeinsame Stellungnahmen sowie die Förderung von gegenseitigem Verständnis und Vertrauen. Daneben wird auch die jährliche Arbeitstagung weitergeführt.

³⁵ Gesundheitsziele für die Schweiz. Herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002.

³⁶ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. [www.nationalegesundheit.ch/main/Show\\$Id=1316.html](http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show$Id=1316.html)

5.1.4 Die Entstehung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz

Im Jahre 1989 wurde auf Initiative des Kantons Waadt die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung gegründet. Mit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG³⁷ wurden im Jahre 1996 dann die gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheitsförderung in der Schweiz geschaffen. Mit der Umsetzung wurde die bereits bestehende Stiftung betraut, die in Anlehnung an den Gesetzesartikel den Namen «Stiftung 19» übernahm. Seit 2002 heisst sie «Gesundheitsförderung Schweiz». Artikel 19 bezeichnet die Aufgaben der Stiftung wie folgt:

- «Sie regt Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten an.
- Sie fördert und koordiniert die Umsetzung entsprechender Projekte von nationaler und regionaler Bedeutung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten leistet sie finanzielle Beiträge, technische Hilfe und Beratung.
- Sie evaluiert und beurteilt die Wirkung der Massnahmen.»

Weitere Beschreibung siehe Anhang 10.

5.2 RECHTLICHE GRUNDLAGEN UND KOSTEN

5.2.1 Rechtliche Grundlagen

Die nachfolgende Zusammenstellung der für die Prävention und die Gesundheitsförderung bestehenden gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene bezweckt lediglich einen Überblick über die Vielfalt der Gesetzgebung auf Bundesebene. Nicht aufgeführt sind die dazugehörigen Vollzugsverordnungen sowie die Gesundheitsgesetze und weitere Erlasse der Kantone. Ein detaillierter Überblick über die Gesetzgebung auf Bundesebene wurde im April 2005 im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz erstellt.³⁸ Dieser zeigt die gesetzlichen Erlasse im Einzelnen und kommentiert ihre Bedeutung für die Prävention und Gesundheitsförderung.

Gesetzliche Grundlagen für die Gesundheitsförderung und die Verhütung von Krankheiten finden sich auf Bundesebene in folgenden Erlassen (für Einzelheiten siehe das oben erwähnte Arbeitspapier):

- Krankenversicherungsgesetz KVG (SR832.10):
 - Art. 19 Förderung der Verhütung von Krankheiten (Rechtsgrundlage für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz);
 - Art. 26 (Medizinische Prävention).
- Lebensmittelgesetz LMG (SR 817.0):
 - Art. 12 Information der Öffentlichkeit;
 - Art. 60 Übergangsbestimmung betreffend Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke und für Tabak.
- Epidemiengesetz (SR 818.101) Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.
- Tuberkulosegesetz (SR 818.102) Massnahmen zur Verhütung, Erkennung und Kontrolle der Tuberkulose.
- Bundesgesetz über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten:
 - Art. 2 (SR 818.21) Beiträge an Forschung und Verbreitung der gewonnenen Erkenntnisse.
- Betäubungsmittelgesetz:
 - Art. 15a (SR 812.121) Kantone fördern Aufklärung und Beratung.
- Bundesgesetz über die Förderung von Turnen und Sport (SR 415.0).

³⁷ www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/index.html

³⁸ Rechtsgrundlagen, Strukturen und öffentliche Finanzierung der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene. Arbeitspapier erstellt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz von Mark Ita, April 2005.

- Bundesgesetz über die gebrannten Wasser «Alkoholgesetz» (SR 680).
- Bundesgesetz über Radio und Fernsehen (SR 784.40):
 - Art. 18: Werbung für alkoholische Getränke und Tabak.
- Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung (SR 641.31):
 - Art. 28: Tabakpräventionsfonds.
- Arbeitsgesetz (SR 822.11): Regelt den allgemeinen Gesundheitsschutz mit der Zielsetzung, nicht nur Schäden zu verhindern, sondern gesundheitlich möglichst gute Arbeitsbedingungen zu schaffen.
- Bundesgesetz vom 17. Dezember 1993 über die Information und Mitsprache der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Betrieben (Mitwirkungsgesetz): Sieht vor, dass Vertreter der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer bei der Planung und Durchführung von Massnahmen gemeinsam vorgehen.
- Unfallversicherungsgesetz (SR 832.20) Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten wie auch von Nichtberufsunfällen.
- Bundesgesetz über einen Beitrag für die Unfallverhütung im Strassenverkehr (SR 741.81).
- Strassenverkehrsgesetz (SR 741.01) Alkohol am Steuer.

Bei einem Blick auf die rechtlichen Grundlagen fällt auf, dass es auf Bundesebene kein eigenes Gesetz über Gesundheitsförderung und/oder Prävention gibt. Ein erster Entwurf für ein Präventionsgesetz aus dem Jahre 1984 scheiterte bereits im Vernehmlassungsverfahren aufgrund der grossmehrheitlich negativen Stellungnahmen der Kantone (siehe 5.1).

5.2.2 Kosten

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung

Gemäss einer Erhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS) betragen die erfassbaren Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahre 2002 CHF 1,05 Mia. bzw. 2,2% der Gesamtkosten von CHF 48 Mia. für das schweizerische Gesundheitswesen³⁹ (Bund, Kantone, Gemeinden, Sozialversicherungen, Private). Die effektiven Zahlen liegen mit Sicherheit höher, da besonders in der Gesundheitsförderung kaum alle Aktivitäten vollständig erfasst werden können. Zudem fehlen einige Institutionen in der Statistik des BFS (Alkoholverwaltung, Fonds für Verkehrssicherheit). Das Verhältnis von 1:50 zu den Kosten für die Gesundheitsversorgung gibt aber einen Hinweis auf den Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention. Genauere Angaben zu den Ausgaben finden sich im unter 5.2.1 erwähnten Bericht über die Rechtsgrundlagen und in einem im Auftrag des BAG erstellten Arbeitspapier über die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz.⁴⁰

5.3 ORGANISATIONEN, INSTITUTIONEN UND WICHTIGE PROJEKTE

In der Schweiz findet sich eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen, die sich vorwiegend oder teilweise mit Fragen oder Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Die Zusammenstellung in *Anhang 10* gibt einen Überblick über einige wichtige Organisationen in diesem Bereich. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und die Auswahl musste teilweise willkürlich erfolgen. Im Rahmen dieses Berichts besteht der Zweck einer solchen Zusammenstellung nicht in erster Linie in der vollständigen Aufzählung, sondern in einer Demonstration der Vielfalt der Tätigkeiten. Nicht berücksichtigt wurde die noch grössere Zahl der Akteure auf regionaler, kantonaler und kommunaler Ebene.

³⁹ Bundesamt für Statistik: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2002, Neuchâtel 2004.

⁴⁰ Zusammensetzung der expliziten Ausgaben für die Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Internes Arbeitspapier zu Händen des Bundesamts für Gesundheit und des Eidgenössischen Departements des Innern, erstellt von Mark Ita, März 2005.

5.4 WEITERBILDUNG

«If you don't know where you are going, you will probably end up somewhere else.» D. Campbell, 1990

Eine Grundausbildung, die direkt zu Kompetenzen im Public-Health-Bereich führt, gab es bisher nicht. Die vorhandenen Angebote sind alle auf der Basis Weiterbildung konzipiert. Die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention können zwar in einzelnen Modulen von universitären Kursen belegt werden, sind aber für die Erreichung eines Diploms in umfassende Public-Health-Angebote integriert. Seit 1990 gibt es verschiedene Möglichkeiten, sich im Modulsystem auf universitärem Niveau in Public Health weiterzubilden. Für Gesundheitsförderung und Prävention stehen die drei folgenden Angebote im Vordergrund:

- Das interuniversitäre Weiterbildungsprogramm Public Health der Universitäten Basel, Bern und Zürich (seit 1992).
- Diplôme de formation continue en santé publique der Universität Genf (seit 1990).
- Master in International Health des Schweizerischen Tropeninstitutes in Basel (seit 1995).

Die Studiengänge sind im Bausteinprinzip aufgebaut und wenden sich an Fachpersonen aus verschiedenen Richtungen. Sie schliessen mit einem Diplom ab, das den internationalen Standards entspricht. Einzelne Module stehen grundsätzlich allen an Public Health Interessierten offen. Für das Erreichen des Diploms «Master of Public Health» (MPH) wird aber in der Regel ein Hochschulabschluss in einem Public Health relevanten Studienfach vorausgesetzt. Die Absolventinnen und Absolventen sollen nach Abschluss der Programme in der Lage sein:

- Sich ein Bild über den Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen zu machen.
- Auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen die notwendigen Interventionen vorzuschlagen, zu planen und durchzuführen.
- Durchgeführte Interventionen zielgerichtet zu evaluieren.

Im Juni 2005 wurde neu die «Swiss School of Public Health» gegründet. Die Eröffnungsfeier fand am 18. Oktober 2005 statt.

Auf nichtuniversitärem Niveau gibt es eine relativ grosse Zahl von Weiterbildungsmöglichkeiten, die auf der Website von Gesundheitsförderung Schweiz eingesehen werden können.⁴¹ Sie betreffen die Bereiche Arbeit, Public Health, Schulen und Sozialbereich, sind also häufig bereits in eine bestimmte Richtung spezialisiert.

An dieser Stelle sei nur eine kleine Auswahl beispielhaft erwähnt: Die ETH bietet auf Hochschulniveau das *Nachdiplomstudium Arbeit und Gesundheit* an. Es wird seit 1993 gemeinsam vom Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie (IHA) der ETH Zürich und dem Institut Universitaire Romand de Santé au Travail de Lausanne (IST) angeboten. Es beinhaltet die Weiterbildung zum Spezialisten/zur Spezialistin für Arbeitshygiene bzw. Arbeitsmedizin in der Schweiz. Das Nachdiplomstudium ist die Grundlage für die gesetzlich anerkannte Berufsausübung als ASA-Spezialist/-in. ASA steht für «Arbeitsärzte und Spezialisten für Arbeitssicherheit». Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner betreuen als Mitarbeitende von Unternehmen oder als unabhängige Berater Arbeitgebende und Arbeitnehmende im Sinne eines umfassenden Gesundheitsmanagements. Sie sind verantwortlich für die Verhütung und Früherkennung von berufsbezogenen Beschwerden und Erkrankungen sowie für Massnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Auf der Ebene Fachhochschule ist das modular aufgebaute Nachdiplomstudium in Gesundheitsförderung vom Departement Soziale Arbeit der Fachhochschule Aargau erwähnenswert. Es richtet sich an Fach-

⁴¹ www.promotionsante.ch/common/files/activities/learning/weiterbildungsangeboteGF_2003.pdf

leute aus den Bereichen Soziale Arbeit, Bildung, Pflege sowie Verwaltung, die Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung übernehmen. Das Nachdiplomstudium Gesundheitsförderung setzt sich aus zwei Pflicht-Nachdiplomkursen (Nachdiplomkurse Grundlagen der Gesundheitsförderung, Projektmanagement in der Gesundheitsförderung) und einem Wahlpflicht-Nachdiplomkurs zusammen. Ein ähnliches Nachdiplomstudium in Gesundheitsförderung wird auch von der Pädagogischen Hochschule Zentralschweiz in Luzern angeboten.

5.5 FORSCHUNG UND EVALUATION

«If we knew what we were doing, it wouldn't be called research, would it?»

Albert Einstein

Bereits in der Zusammenfassung zur Forschungsstrategie für die Jahre 2000 bis 2003 des BAG⁴² steht an prominenter Stelle der Hinweis auf den notwendigen Paradigmenwechsel: *Von der krankheits- zur gesundheitsorientierten Forschung*. Während im Bereich der Naturwissenschaften neue Erkenntnisse zur Prävention und Therapie entstanden sind, gibt es im Bereich der Sozialwissenschaften neue Erkenntnisse über Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitsverhalten. Das nachfolgend kurz vorgestellte Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007 setzt diese neuen Gewichtungen noch deutlicher.

Das BAG spricht von drei Forschungsrichtungen in der Gesundheitsforschung: Die *klinische Forschung*, die *biomedizinische Forschung* und die *Public-Health-Forschung*. In einem begleitenden Strategiepapier⁴³ zum neuen Forschungskonzept postuliert Kickbusch als zukünftige Forschungsschwerpunkte für die Schweiz die Erforschung der Gesundheitsdeterminanten und der sozioökologischen Interventionen. Diese würden einen neuen Pfeiler innerhalb der Public-Health-Forschung bilden und gleichzeitig auch neue Erkenntnisse für die bisherigen Säulen, insbesondere bei chronischen Krankheiten wie Diabetes und Krebs, liefern.

Das Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007

Das Bundesgesetz über die Forschung vom 7. Oktober 1983 bezeichnet die Bundesverwaltung als Forschungsorgan, das Forschungsaufträge erteilen oder sich an Forschungsvorhaben beteiligen kann. Das BAG hat in diesem Zusammenhang im März 2001 bereits zum zweiten Mal (nach 1998) den Auftrag erhalten, als federführendes Amt das Forschungskonzept Gesundheit zu erstellen. Ein guter Überblick über die weit verzweigten Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsforschung findet sich im Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007 des Bundesamtes für Gesundheit.⁴⁴ Darin wird unterschieden zwischen *Ressortforschung* (soll den Bundesstellen die notwendigen Entscheidungsgrundlagen zur Erfüllung ihrer Aufgaben liefern) und *Evaluation* (Beurteilung der Effektivität, der Effizienz und der Relevanz der Regierungs- und Verwaltungstätigkeit). Der Gesamtaufwand für die Gesundheitsforschung in der Schweiz betrug im Jahre 2000 rund CHF 2,5 Mia. Der weitaus grösste Teil dieser Aufwendungen (ca. 90%) wurde von der Privatwirtschaft getragen. Das BAG weist darauf hin, dass infolge der zahlreichen neuen Fragestellungen der Bedarf an finanziellen Mitteln steigt, währenddem die zur Verfügung stehenden Mittel eher rückläufig sind.

Der Public-Health-Bereich wird im Forschungskonzept 2004–2007 vom Paradigmenwechsel von der krankheits- zur gesundheitsorientierten Forschung geprägt. Im Mittelpunkt dieser Neuausrichtung stehen die Fragen «Was macht und hält die Menschen gesund?» «Welche Bedeutung hat die Gesundheit

⁴² Bundesamt für Gesundheit: Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in den Jahren 2000–2003 : Forschungsstrategie für die Gesundheit, März 1999.

⁴³ I. Kickbusch: Research strategies for a new public health.

⁴⁴ Bundesamt für Gesundheit: Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007, Dezember 2002.

für die Zukunft der Schweiz?» und «Mit welchen Interventionen kann das gewonnene Wissen im Interesse der Öffentlichkeit erfolgreich umgesetzt werden?» Die Ressortforschung des BAG orientiert sich an den drei nachfolgend aufgeführten Handlungsfeldern:

1. *Gesunde Politiken*

- Wie können politische Prozesse und Entscheide gesundheitsfördernd gestaltet werden?
- Wie wird der Einfluss auf die Gesundheit zu einem wichtigen Kriterium für politische Entscheide?
- Wie kann dieser Einfluss gemessen werden?
- Welche Massnahmen braucht es zur Umsetzung von gesunden Politiken?
- Welche Methoden und Instrumente sind zu entwickeln und anzuwenden?
- Welche ethischen Richtlinien und gesetzlichen Rahmenbedingungen sollen diese Umsetzungen steuern und gegebenenfalls begrenzen?

2. *Lebensstil und Gesundheit*

- Welchen Einfluss haben der soziale Wandel und die Technologieentwicklung auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Menschen?
- Welche Lebensstile und Verhaltensweisen sind gesundheitsfördernd, welche schädigend?
- Warum verhalten sich Menschen trotz besseren Wissens oft gesundheitsschädigend?
- Wie können gesunde Verhaltensweisen unterstützt werden?
- Wie kann die Gesundheitsförderung für Individuen weiterentwickelt werden in Richtung einer Gesundheitsförderung für Lebensgemeinschaften oder ganze Bevölkerungsgruppen?

3. *(Neue) Risiken für die Gesundheit*

- Wie ist akuten Krisen (z.B. Grippepandemie, Anthrax, BSE) zu begegnen, damit eine kurz- und langfristige Gesundheits- oder Lebensgefährdung der Menschen vermieden werden kann?
- Welche gesundheitsspezifischen Massnahmen erfordert die demografische Veränderung der Schweizer Bevölkerung?
- Wie kann die gesundheitliche Unbedenklichkeit und Sicherheit von Lebensmitteln, Chemikalien oder Heilmitteln überprüft, beurteilt und verständlich kommuniziert werden?
- Welche Strategien sind sinnvoll, um die nach wie vor bestehenden Risiken von z.B. Suchtverhalten oder HIV-Infektionen zu vermindern bzw. die Risikogruppen zu resensibilisieren?

Die Forschungsprojekte im Einzelnen sind im Bericht des BAG «Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007» ausführlich dargestellt.⁴⁵

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)

Die Forschungsabteilung der SFA befasst sich vor allem mit dem Themenbereich der sozialen Epidemiologie des Gebrauchs psychoaktiver Stoffe. Neben epidemiologischen Fragestellungen konzentriert sie sich auf die Erforschung der Ursachen des Suchtverhaltens aus psychosozialer Sicht, um so Grundlagen für eine bessere Präventionsarbeit zu liefern. Die grosse Zahl der wissenschaftlichen Publikationen auf diesem Gebiet⁴⁶ bildet eine wertvolle Grundlage für die Formulierung der Politik im Bereich der psychoaktiven Substanzen.

⁴⁵ www.bag.admin.ch/forschung/konzepte/strateneu/d/konzept04.htm

⁴⁶ Eine Übersicht findet sich unter www.sfa-isp.ch/index.php?IDcat=36&IDcat36visible=1&langue=D

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz

Am Departement Soziale Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz wird in zwei Instituten (Institut Forschung und soziale Innovation und Institut Soziale Arbeit und Gesundheit) anwendungsorientierte Forschung in sozialer Arbeit geleistet. Verschiedene Themen haben einen klaren Bezug zu Gesundheitsförderung und/oder Prävention (zum Beispiel «Male Sexworker, Freier und Safer Sex», «Zwäg und stark» (Gesundheitsförderung an der Oberstufe), und «Kondomgebrauch bei heterosexuellen Männern».

5.6 WEITERE WICHTIGE ASPEKTE

Santésuisse, SVV und die Neuregelung der Prävention

Santésuisse und der Schweizerische Versicherungsverband SVV haben dem Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern ein (nicht datiertes) Arbeitspapier mit Vorschlägen zur Neuregelung der Prävention übergeben. Die Ausführungen sind von so grundsätzlicher Bedeutung und haben potenziell weit reichende Folgen, dass sie in diesem Bericht nicht unerwähnt bleiben dürfen.

Die Autoren stellen zusammengefasst fest, dass

- in der «Präventionslandschaft»⁴⁷ zehn verschiedene Institutionen (unter Einschluss der Unfallversicherer) ohne gemeinsame Strategie und ohne Koordination eigene Programme (Berufsunfälle und -krankheiten ausgenommen) durchführen (alle Institutionen sind im Anhang 10 aufgeführt),
- zahlreiche Kompetenzüberschneidungen und Doppelspurigkeiten vorhanden sind,
- die Abgrenzung zwischen Aufsicht, Mittelvergabe und Durchführung unklar ist,
- die Mittelallokation unausgewogen ist,
- es insbesondere an einer Gesamtstrategie fehlt.

Unter verschiedenen Lösungsvorschlägen wird eine Variante favorisiert, in der die zehn erwähnten Institutionen in zwei «Präventionsagenturen» zusammengefasst werden, eine für die Verhütung von Krankheiten und die Förderung der Gesundheit und die andere für die Verhütung von Nichtberufs- und Verkehrsunfällen. Die Autonomie der Kantone wird respektiert – diese sollen weiterhin eigene Programme durchführen. Auf nationaler Ebene dagegen sollen in Zusammenarbeit mit den Kantonen verbindliche nationale Gesundheitsziele definiert werden.

Die nachfolgende Passage fasst die Vorstellungen der Versicherer gut zusammen:

Um eine effiziente und effektive Mittelvergabe zu gewährleisten, muss die Institution «präventionspolitische strategische Grundlagen gemäss den vorgegebenen Gesundheitszielen entwickeln und diese in einer praktikablen Vergabepolitik realisieren. Diese besteht einerseits aus der Erarbeitung von operativ-mittelfristigen Plänen, Leistungsaufträgen an Dritte sowie Anreizfinanzierungen (paritätische Projekt- und Programmfinanzierung) an Kantone und Versicherer. Die Erfüllung der Leistungsaufträge wird über Controlling- und Qualitätsmanagement-Instrumente überprüft. Die Agentur führt keine eigenen Projekte durch, sondern spricht Gelder zugunsten Dritter. Die Verwaltungskosten sind auf maximal 10% des Jahresbudgets zu begrenzen. Idealerweise sollte die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz diese Aufgaben mit entsprechenden organisatorischen Anpassungen wahrnehmen. Bereits bestehende Aufgaben, Strukturen und Inhalte prädestinieren diese Institution. Wichtig ist, dass Mittel in langfristige präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen fliessen. Die einseitige Konzentration auf die medizinischen Leistungserbringer ist zu vermeiden».

⁴⁷ Die Terminologie des Papiers ist unbefriedigend. Es wird im Prinzip vor allem von Prävention im Sinne eines übergeordneten Begriffs gesprochen. Mit gemeint und sporadisch auch erwähnt ist aber offenbar auch die Gesundheitsförderung. An den zutreffenden Aussagen über die aktuelle Mittelallokation ändert dies aber nichts.

6. Ein Blick ins Ausland

Bei einem Blick auf ausländische Modelle steht man zunächst vor der Qual der Wahl. Die nachfolgende Auswahl von ausländischen Beispielen kann nicht für sich in Anspruch nehmen, einen auch nur einigermaßen repräsentativen Überblick zu geben. Die Auswahl erfolgte letztlich subjektiv mit dem Blick auf einen möglichst hohen Lerneffekt für die Schweiz. Ein Blick auf die Literatur zeigt immerhin, dass zurzeit Schweden konzeptionell in der Gesundheitspolitik am weitesten fortgeschritten ist; Verweise auf Schweden finden sich fast überall. In den weiteren aufgeführten Ländern finden sich jeweils interessante Ansätze, deren Übernahme für die Schweiz mindestens diskutiert werden sollte (siehe Kapitel 7).

6.1 SCHWEDEN

Schweden hat zurzeit wohl die konsequenteste Neuausrichtung der Gesundheitspolitik im Sinne von Public Health. Man stützt sich dabei explizit auf eine ethische Grundhaltung: In der Einführung zu den Gesundheitszielen steht zum Beispiel die Bemerkung, es sei schwer akzeptierbar, dass Menschen mit vermeidbaren Krankheiten leben und dass beeinflussbare Unterschiede in der Gesundheit nach sozialer Schicht bestehen. Die Rolle des Staates für die Gesundheit wird primär als positiv bewertet. Da die Gesellschaft ein Interesse an der Gesundheit der Bevölkerung hat, wird hier eine Aufgabe für den Staat gesehen.

Schweden hat eine lange Public-Health-Tradition. Bevölkerungsregister wurden bereits 1748 eingeführt, entstanden aus einer Sorge um die zu kleinen Bevölkerungszahlen und mit dem Ziel, die Geburtenrate zu erhöhen. Die Public-Health-Orientierung blieb bis zum zweiten Weltkrieg erhalten. Anschliessend fand dann aber, wie in anderen Ländern, eine Medizinalisierung des Gesundheitswesens statt, und die Gesundheitspolitik wurde immer mehr zu einer Politik der medizinischen Versorgung.

In den Achtzigerjahren des letzten Jahrhunderts führte die Aidsepidemie zu einem Umdenken, und es erfolgte eine Änderung der Strategie von einer Gesundheitsversorgungspolitik hin zu einer Gesundheitspolitik («from medical policy to health policy»). Im Jahre 1992 wurde dann das Nationale Institut für Public Health (NIPH) gegründet.

1997 wurde eine parlamentarische Kommission beauftragt, gemeinsam mit Experten und Interessenvertretern Gesundheitsziele zu erarbeiten. Ende 2002 verabschiedete die Regierung dann 11 Gesundheitsziele.

Die Ende 2002 verabschiedeten Gesundheitsziele orientieren sich nicht an Krankheiten, sondern an den Determinanten für die Gesundheit. Im April 2003 wurden die folgenden 11 Interventionsgebiete zur Zielerreichung vom Reichstag genehmigt:

1. Partizipation und Einflussnahme in der Gesellschaft
2. Ökonomische und soziale Sicherheit
3. Sichere und günstige Bedingungen während Kindheit und Adoleszenz
4. Gesundere Arbeitsbedingungen
5. Gesunde und sichere Umwelt und Produkte
6. Gesundheitsversorgung, die aktiver gute Gesundheit fördert
7. Wirksamer Schutz gegen übertragbare Krankheiten
8. Sichere Sexualität und gute reproduktive Gesundheit
9. Vermehrte körperliche Aktivität
10. Gesunde Essgewohnheiten und sichere Nahrungsmittel
11. Verminderter Konsum von Tabak und Alkohol, eine Gesellschaft ohne illegale Drogen und Doping, eine Verminderung der schädlichen Folgen exzessiven Spielens

Die Ziele wurden in einer übersichtlichen Broschüre mit entsprechenden Erläuterungen auch in englischer Sprache publiziert.⁴⁸

⁴⁸ Sweden's new public health policy. National public health objectives for Sweden. National Institute of Public Health, revised edition 2003; im Internet unter www.fhi.se/shop/material_pdf/newpublic0401.pdf

Die ersten sechs Ziele sind struktureller Natur, die letzten fünf betreffen den Lebensstil, auf den der Einzelne Einfluss nehmen kann, wobei auch hier das soziale Umfeld eine wichtige Rolle spielt. Diese Ziele haben eine Verlagerung der Public-Health-Arbeit weg vom Gesundheitsversorgungssystem zur Folge. Es wird geschätzt, dass für die Umsetzung dieser Ziele um die 50 staatliche Instanzen mit eingebunden sind und dass auch lokale Institutionen eine grosse Rolle spielen, da sich dort der Lebensraum der Menschen befindet.

Grosses Gewicht wird auf die Zugänglichkeit von Gesundheitsinformationen für die Bevölkerung gelegt. Besondere Aufmerksamkeit bekommt dabei der Alkoholmissbrauch. Es wird so versucht, mit Massnahmen der Steuerung der Nachfrage die Zunahme des Alkoholkonsums zu kompensieren, der als Folge der im Rahmen der EU-Vorschriften erfolgten Preissenkung für alkoholische Getränke eingetreten ist.

Für die Auswertung der Zielerreichung wurde für die 11 Ziele ein Public Health Monitoring eingeführt. Das NIPH hat bisher 38 Indikatoren ausgearbeitet, die je nach Situation auf kommunaler, regionaler oder nationaler Ebene erhoben werden.⁴⁹ Alle vier Jahre ist die Erstellung eines Public Health Policy Reports vorgesehen (erstmals 2005).

Das NIPH hat systematische Reviews über effektive Methoden von Public-Health-Interventionen geplant. Bisher sind zwei entsprechende Handbücher publiziert worden.^{50/51}

6.2 KANADA

Kanada erbrachte sehr früh eine Pionierleistung im modernen Verständnis der Einflüsse auf die Gesundheit. Bereits im Jahre 1974 wurde vom damaligen Gesundheitsminister Marc Lalonde ein für die damalige Zeit bahnbrechender Bericht publiziert (A new Perspective on the Health of Canadians).⁵² Lalonde führte als Erster die heute allgemein anerkannte Einteilung der Einflüsse auf die menschliche Gesundheit (Biologie, Umwelt, Lebensstil und Gesundheitsversorgung) ein.

Kanada ist heute bestrebt, wiederum einen Innovationsschub für das Gesundheitswesen zu erbringen. Unter den Strategien werden explizit die Gesundheitsförderung und die Verbreitung relevanter Gesundheitsinformation genannt. Gesundheit wird dabei mit dem Begriff der Lebensqualität in Zusammenhang gebracht (als die Möglichkeit, in Freiheit eine Wahl zu treffen und Befriedigung im Leben zu finden). Als neue Herausforderungen werden genannt:

- Gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern
- Die Prävention zu stärken
- Die Bewältigungsstrategien des Menschen zu verbessern.

Die Antwort darauf wird in der Gesundheitsförderung gesehen mit den Strategien:

- Förderung der Partizipation der Bevölkerung
- Stärkung der kommunalen Gesundheitsdienste
- Die Gesundheitspolicys koordinieren.

⁴⁹ Lundgren B.: Indicators for monitoring the new Swedish public health policy. National Institute of Public Health, 2004; im Internet unter www.fhi.se/upload/ar2005/seminarium/indicators_bl0501.pdf

⁵⁰ Hedin A., Källestål C.: Knowledge based Public-Health work; Handbook for Reviews of Published Reviews on Interventions in the Field of Public Health. National Institute of Public Health, Stockholm, 2002; im Internet unter www.fhi.se/shop/material_pdf/knowledge.pdf

⁵¹ Hedin A., Källestål C.: Knowledge based Public-Health work Part 2; Handbook for compilation of reviews on interventions in the field of public health. National Institute of Public Health, Stockholm, 2004; im Internet unter www.fhi.se/shop/material_pdf/r200410knowledgebased2.pdf

⁵² Lalonde M.: A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Minister of Supply and Services, 1974; auch unter www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf

Die verschiedenen Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention sind neu in einer Public Health Agency zusammengefasst. Erwähnenswert unter der Vielzahl der Aktivitäten ist vor allem das «Canadian Health Network», an dem sich staatliche und private Organisationen des Gesundheitsbereichs beteiligen.⁵³ Es bietet der Bevölkerung im Internet in einer leicht verständlichen Sprache eine breite Vielfalt an Informationen an, die neben mehr traditionellen Themen auch alle Aspekte aus den Gebieten der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen. In einer Photo Gallery können zu den einzelnen Themen illustrierende Bilder heruntergeladen werden.

Unter dem Titel «It's Your Health» werden der Bevölkerung unter den Stichworten «Diseases, Environment, Food, Medica, Lifestyles und Products» eine Fülle von Informationen über die traditionelleren Fragen betreffend Gesundheit zur Verfügung gestellt.⁵⁴

Auch im Bereich der Früherkennung von Krankheiten hat Kanada weltweit anerkannte Richtlinien publiziert, die nicht im Public-Health-Bereich, sondern unter der Gesundheitsversorgung über das «Health Care Network» abgerufen werden können.⁵⁵

Kanada ist zurzeit daran, Gesundheitsziele auf nationaler Ebene zu formulieren. Zu diesem Zweck wird die Bevölkerung mit einbezogen. Im Internet sind entsprechende vorstrukturierte Fragebogen abrufbar.⁵⁶ Für Opinion Leaders und Entscheidungsträger wurde eine gut lesbare Broschüre entwickelt.⁵⁷

6.3. NIEDERLANDE

Die Gesundheitsförderung in den Niederlanden ist in 40 Regionen aufgeteilt. Gemäss den Angaben von «HPSource.net»⁵⁸ (Mai 2005) arbeiten auf der lokalen Ebene etwa 1200 Gesundheitsförderungs-Spezialisten. Für Programme auf nationaler Ebene ist das Nationale Institut für Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie NIGZ) zuständig. Es arbeitet mit einem Budget von 7,5 Millionen Euro, das zu einem Drittel vom Gesundheitsministerium bestritten wird (der Rest muss mit Dienstleistungen und Produkten selbst erwirtschaftet werden). Das NIGZ beschäftigt ca. 125 Personen (auf Vollzeitstellen umgerechnet). Ein Schwerpunkt wird gesetzt bei der Unterstützung von lokalen Behörden und Gesundheitsförderungsinstitutionen bei Entwicklung, Einsatz und Auswertung von Projekten und Programmen. Das NIGZ unterstützt auch im Gesundheitswesen tätige Personen bei Lehrtätigkeiten im Bereich der Gesundheitsinformation. Die Arbeit stützt sich auf die Prinzipien der Ottawa Charta. Als zentrale Voraussetzung für die Förderung der Gesundheit wird die Förderung der Health Literacy gesehen, und Advocacy ist expliziter Teil der Strategie.

Das NIGZ hat gemeinsam mit anderen Institutionen das Qualitätsinstrument «Preffi» (Preventie Effectmanagement) entwickelt. Dieses setzt sich zum Ziel, die Effektivität von Gesundheitsförderungsprojekten zu verbessern.

Bemerkenswert ist bei allen Projekten und Produkten des NIGZ die konsequente Orientierung an Zielgruppen (zurzeit 6 Hauptgruppen: jüngere Menschen, ältere Menschen, Arbeitnehmer, Eingewanderte,

⁵³ www.canadian-health-network.ca

⁵⁴ www.hc-sc.gc.ca/english/iyh/index.html

⁵⁵ www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical_preventive/

⁵⁶ www.healthycanadians.ca

⁵⁷ Canadian Public Health Association: Public Health Goals for Canada, Background for a Discussion, nicht datiert. Abrufbar unter www.healthycanadians.ca/BkgDisc-e.html

⁵⁸ www.hp-source.net

sozioökonomisch Benachteiligte und Patienten). Vor dem Erstellen neuer Projekte werden vorgängig die notwendigen Informationen über die vorgesehene Zielgruppe beschafft.

Eindrücklich ist die Website für das Publikum⁵⁹. Man findet dort laufend wechselnde Aktualitäten aus den zahlreichen im Land durchgeführten Projekten, über Kongresse und über internationale Aktivitäten. Die weitere Einteilung orientiert sich an den oben genannten Zielgruppen, wo zielgruppenspezifische weitere Informationen ganz praktischer Art abgerufen werden können (z.B. Factsheets für Eltern über Sexualität, über Alkohol oder zu ganz praktischen Einzelfragen wie «Ihr Kind geht zum ersten Mal allein in die Ferien. Worauf ist zu achten?»). In einer «Qui-Datenbank» können Themen und Projekte nach Stichworten abgerufen werden.

Das NIGZ ist auch an einer Reihe von internationalen Projekten beteiligt (AIDS & Mobility Europe, Getting Evidence into Practice, Workplace Health Promotion, Closing the Gap, Healthy Ageing).

Die Niederländische Organisation für Gesundheitsforschung und -entwicklung ZonMw (ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen) hat seit 2001 als nationale Organisation die Aufgabe, Qualität und Innovation in der Gesundheitsforschung, in der Prävention und in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Sie unterstützt die Entwicklung neuer Strategien und finanziert entsprechende Forschungsprojekte. Die Pflicht zur regelmässigen Evaluation ist gesetzlich festgehalten.

Grössere Forschungsprojekte werden im übergeordneten Nationalen Institut für Public Health und Umwelt (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM) durchgeführt. Dieses Institut mit 1500 Angestellten steht als Kompetenzzentrum für Gesundheits-, Lebensmittel- und Ernährungsfragen sowie Fragestellungen mit Umweltrelevanz den entsprechenden Ministerien zur Verfügung.

Die Aus- und Weiterbildung im Public-Health-Bereich (von einfachen Kurzkursen bis zur MPH-Ausbildung) erfolgt in der «Netherlands School of Public & Occupational Health».

Zusammenfassend beeindruckt bei diesen niederländischen Organisationen auf der einen Seite die ausgesprochene Orientierung am Alltag der Bürger mit auf die jeweilige Zielgruppe angepasstem Niveau und auf der anderen Seite das Bestreben, alle Arbeiten zu dokumentieren und zu evaluieren.

6.4 DEUTSCHLAND

Von Interesse sind in Deutschland vor allem die Bestrebungen für ein Präventionsgesetz. Im Jahre 2004 hatten sich Bund und Länder auf die Eckpunkte für ein solches Gesetz geeinigt. Ziel des Gesetzes sollte sein, die Prävention im Gesundheitswesen als vierte Säule neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen. Am 22. April 2005 stimmte der Bundestag dem Gesetzesentwurf zu. Mit dem Präventionsgesetz würde

- die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung und die soziale Pflegeversicherung (soziale Präventionsträger) zur Finanzierung der Prävention verpflichtet,
- festgelegt, dass die im Gesetz genannten sozialen Präventionsträger insgesamt 250 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung stellen müssen,
- die Erarbeitung von Präventionszielen verbindlich festgelegt,
- eine Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung gegründet,

⁵⁹ www.nigz.nl/sites/index.cfm?action=sites

- die Finanzierung der Massnahmen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auf den Ebenen des Bundes, der Länder bzw. Regionen und der Sozialversicherungsträger geregelt,
- Vorkehrungen zur Sicherung der Qualität der Massnahmen getroffen.

Das Gesetz fördert *individuelle Leistungen zur Verhaltensänderung* (z.B. von den Versicherern angebotene Kurse), *Settingleistungen* z.B. in Schulen, Jugendtreffpunkten oder Altersheimen sowie die *betriebliche Gesundheitsförderung*.

Die Mittel werden aufgeteilt auf die Bundesebene (€ 50 Mio.), die Länderebene (€ 100 Mio.) und die Ebene der Sozialversicherungsträger (€ 100 Mio.). Auf Bundesebene werden von der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung Modellprojekte und Kampagnen durchgeführt. Auf Länderebene sollen Settingangebote der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit den bereits vorhandenen Akteuren durchgeführt werden, und auf der Ebene der Versicherer sollen diese selbst Informations- und Beratungsangebote durchführen.

Von eher konservativ orientierten Kreisen wurde der Gesetzesentwurf aber aus verschiedenen Gründen kritisiert (unter anderem: Überregulierungen, Bürokratie, fehlende Ausführungsbestimmungen, keine Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit, Gründung einer bundesweit tätigen Stiftung).

Am 27. Mai 2005 wurde das Gesetz dann vom Bundesrat (der Länderkammer), in dem die konservativen Kräfte in der Mehrheit sind, abgelehnt. Der daraufhin eingesetzte Vermittlungsausschuss bemühte sich im Juli 2005 um einen Kompromiss und setzte einen nächsten Termin im September an. Wegen der inzwischen erfolgten Auflösung des Bundestags gilt das Gesetz vorläufig als zurückgestellt. Es wird davon ausgegangen, dass die neue Regierung nach den Wahlen das Thema wieder aufgreifen wird.

6.5 AUSTRALIEN

Erwähnenswert sind hier vor allem die Public-Health-Aktivitäten im Bundesstaat Victoria. Das Department of Human Services des State Government of Victoria stellt über die sehr dynamische Organisation «Victorian Health Promotion Foundation» (VicHealth) im Gesundheitsbereich eine breite Palette an Informationen zur Gesundheitsförderung zur Verfügung. Die Informationen sind nicht nur fachlich fundiert und mit Literaturhinweisen belegt, sondern auch leicht verständlich für nicht fachlich Geschulte mit Interesse an Gesundheitsfragen. Anhang 6 zeigt ein Beispiel, wie Gesundheitsdeterminanten auf didaktisch geschickte Weise dargestellt werden können.⁶⁰ Anhang 7 zeigt eine gut verständliche Checkliste für die Durchführung eines integrierten Gesundheitsförderungsprogramms auf Gemeindeebene.⁶¹ Die treibende Kraft in dieser Organisation ist ihr CEO Rob Moodie, der auch umfangreiche Artikel und Bücher über konkrete Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention und über die vorhandene Evidenz publiziert hat.⁶²

⁶⁰ Victoria Health Promotion Foundation: Strategic Directions 2003–2006, www.vichealth.vic.gov.au/rhadmin/articles/files/3495%20VCH%20StrategicPlan_DR.pdf

⁶¹ Integrated Health Promotion. A practice guide for service providers. State Government of Victoria, Department of Human Services, Melbourne, 2003, www.bnpc.org.au/publications/items/2004/07/00156-upload-00001.pdf

⁶² Eine Zusammenstellung findet sich unter www.cshs.unimelb.edu.au/staff/bio/moodie.html

6.6. GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN UNION

Die Europäische Gemeinschaft verfügt seit dem Jahre 2000 über eine gesundheitspolitische Strategie mit einem Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit und einer Strategie zum Gesundheitsschutz.⁶³ Im Jahre 2005 wurden die Politiken und Programme in den Bereichen öffentliche Gesundheit und Verbraucherschutz in einem einzigen Gesamtrahmen zusammengelegt, dem «Aktionsprogramm der Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheit und Verbraucherschutz (2007–2013)».

Es wurden die folgenden gemeinsamen Zielvorgaben beschlossen:

- Schutz der Bürger vor Risiken und Gefahren, auf die der Einzelne keinen Einfluss hat und denen auch die einzelnen Mitgliedstaaten nicht wirksam begegnen können (z.B. Gesundheitsbedrohungen, unsichere Produkte, unlautere Geschäftspraktiken).
- Stärkung der Entscheidungsfähigkeit der Bürger in Bezug auf ihre Gesundheit und ihre Verbraucherinteressen.
- Einbeziehung aller Ziele der Gesundheits- und Verbraucherschutzpolitik in alle Politikbereiche der Gemeinschaft, damit Gesundheits- und Verbraucherfragen in den Mittelpunkt der Politikgestaltung gelangen.

Die EU geht von einem Recht auf Gesundheit als Grundrecht des Menschen aus und hat sich für die zukünftigen Aktionen für den Gesundheitsbereich die folgenden Ziele gesetzt:

- Schutz der Bürger vor Gesundheitsbedrohungen
- Förderung von Strategien, die zu einem gesünderen Lebensstil führen
- Beitrag zur Senkung der Inzidenz schwerer Krankheiten in der EU
- Verbesserung von Effektivität und Effizienz in den europäischen Gesundheitssystemen
- Unterstützung der vorgenannten Ziele durch Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und -analysen.

Die Grundthemen aller gesundheitsbezogenen Massnahmen im Rahmen des Aktionsprogramms sind Ungleichheiten im Gesundheitsbereich, die Alterung der Bevölkerung und die Gesundheit von Kindern.

⁶³ Im Internet unter http://europa.eu.int/comm/health/index_de.htm

7. Beurteilungen und Herausforderungen

«A society that spends so much on health care that it cannot or will not spend adequately on other health enhancing activities, may actually be reducing the health of its population.»

Evans and Stoddard, 1994⁶⁴

Die vorangehenden Kapitel zeigen die fast unübersichtlich gewordene Vielfalt an Institutionen, die sich mit Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Diese Vielfalt ist gerade in einem föderalistisch aufgebauten und denkenden Land bereichernd. Sie kann dann zum Problem werden, wenn stark divergierende Botschaften ausgesandt werden⁶⁵ oder zu viele nicht produktive Doppelspurigkeiten vorkommen. Die Rollenverteilung unter den Akteuren hängt unter anderem stark vom Staatsverständnis ab.

Im Folgenden wird keine scharfe Trennung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen. Grundsätzlich stehen beide Gebiete vor den gleichen Fragen. Die Prävention kann sich dann leichter durchsetzen, wenn sie relativ kurzfristig Erfolge vorweisen kann. Sie lässt eher, aber bei weitem nicht immer, ein Denken in relativ einfachen Kausalketten zu.

Eine sehr stark verkürzte und vereinfachte tabellarische Zusammenfassung über förderliche bzw. hinderliche Einflüsse für Gesundheitsförderung und Prävention findet sich im Anhang 12. *Dieser will und kann jedoch keinesfalls ein Ersatz für die folgenden Ausführungen sein.*

Aufgrund der Darstellungen in den vorangehenden Kapiteln ergeben sich die folgenden Überlegungen:

7.1 DIE ROLLE DES STAATES IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Das Staatsverständnis und die Frage, welche Aufgaben ein Staat übernehmen soll, sind von zentraler Bedeutung für den ganzen Public-Health-Bereich. Aussagen dazu finden sich in Kapitel 3. Der Gesundheitsschutz, also Massnahmen gegen Einwirkungen, die der Einzelne nicht beeinflussen kann, ist wohl auch in Zukunft unbestritten eine staatliche Aufgabe. Das Wissen, dass sich unter den Gesundheitsdeterminanten (4.1) aber Einflüsse zum Beispiel aus dem sozioökonomischen Bereich befinden, die der Einzelne von sich aus ebenfalls nicht beeinflussen kann, die aber nicht unter den traditionellen Gesundheitsschutz fallen, ist noch bei weitem kein politisches Allgemeingut. Die unter anderem aus der Charta von Ottawa für Gesundheitsförderung⁶⁶ stammende Forderung nach einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik beginnt in der Schweiz bestenfalls im theoretischen Bereich der Politik Fuss zu fassen. Die staatliche Verantwortung für die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen wurde im August 2005 in der Charta von Bangkok für Gesundheitsförderung in Zeiten der Globalisierung ausdrücklich bekräftigt.⁶⁷

Ein Problem bei der gegenwärtigen Staatsverwaltung besteht dabei darin, dass Gesundheit fast immer ausschliesslich dem Gesundheitswesen zugeordnet wird. Dass Bildung, Wohnungsbau und Strassenverkehr, um nur drei Beispiele zu erwähnen, sehr viel mit Gesundheit zu tun haben, wird vielleicht theoretisch anerkannt, hat aber in der Praxis noch kaum Folgen. Die Einführung von Health Impact Assessments könnte diesbezüglich Verbesserungen bringen. Gesundheitsförderung gehört zwar beim Bund wie

⁶⁴ Evans, R. and G. Stoddard, 1994, «Producing Health, Consuming Health Care,» in Evans, R. M. Barer, and T. Marmor, eds., *Why Are Some People Healthy and Others Are Not? The Determinants of Health of Populations*, A. de Gruyter, New York.

⁶⁵ Ein typisches Beispiel für divergierende Botschaften findet sich in der Geschichte der Aidsprävention. Das BAG und die «Aids-Hilfe Schweiz» vertraten ein der Art der Bedrohung gut angepasstes Präventionsmodell, während die «Aids-Aufklärung Schweiz» stark divergierende Empfehlungen zur praktischen Prävention verbreitete.

⁶⁶ Ottawa Charta für Gesundheitsförderung: www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

⁶⁷ The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World: www.gesundheitsfoerderung.ch/uploads/File/news/115652_BangkokCharta.pdf

bei einigen Kantonen durchaus mit zu den staatlichen Massnahmen im Gesundheitswesen. Als Kernanliegen der Gesundheitspolitik findet man sie aber nie. In Anwendung von Art. 19 KVG wurde dieses Anliegen der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zugeordnet. Sie ist die Institution, die Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Mit diesem Schritt wurden die zentralen Anliegen der Charta zunächst einmal ausgelagert, und damit bilden sie keinen integrierten Bestandteil der Politik. Nationale Gesundheitsziele fehlen, und auch in den Kantonen als Verantwortliche für das Gesundheitswesen findet man sie selten.

In dieser Hinsicht ist das schwedische Modell (6.1) von Interesse. Schweden orientiert sich heute an den Gesundheitsdeterminanten. Diese sind (im Gegensatz zu Krankheiten) für politische Entscheidungen zugänglich. An Gesundheitsdeterminanten orientierte Gesundheitsziele müssen relevant für die Bevölkerung sein; sie liegen im Allgemeinen ausserhalb des medizinischen Bereichs. Für die Formulierung von Gesundheitszielen wurde in Schweden im Jahr 1997 eine parlamentarische Kommission aus allen Parteien (angereichert mit Experten und Interessengruppen) eingesetzt. Auch das Monitoring erfolgt auf der Basis der Gesundheitsdeterminanten; Veränderungen sind daher mit politischen Mitteln möglich. Gesundheitsziele sowohl auf struktureller Ebene wie auch auf Ebene Lifestyle erleichtern eine ganzheitliche Sichtweise, da sie bekannte Elemente (z.B. Strahlenschutz, saubere Luft, Wohnhygiene) enthalten. Es ist interessant, dass in Schweden offenbar erst das Aufkommen von Aids in den Achtzigerjahren zum Umdenken von einer bis dahin medizin-orientierten Gesundheitspolitik auf das heutige Modell erfolgte, obwohl die Aidsraten in Schweden wesentlich tiefer als in der Schweiz waren.

Die schwedische Gesellschaft und ihre Sicht auf die Rolle des Staates mag eine andere sein als in der Schweiz. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Fragen, die dann vielleicht zu anderen Antworten führt, sollte aber im Anschluss an die neue Charta von Bangkok vorgenommen werden. Ein Instrument dazu wäre mit der Nationalen Gesundheitspolitik (7.1.1) vorhanden.

Dass sogar zwischen Ländern innerhalb von Europa recht grosse Unterschiede in der Wahrnehmung von Gesundheitsförderung bestehen – dies im Gegensatz zur Präventivmedizin, in der weit mehr Übereinstimmung besteht – weist darauf hin, dass Gesundheitsförderung letztlich kein gesundheitspolitisches, sondern ein gesellschaftspolitisches Thema ist. Hier liegt wohl auch eines der Probleme, warum Gesundheitsförderung ausserhalb des Gesundheitswesens (und auch dort nur marginal) als relevant wahrgenommen wird. Das Wort «Gesundheit» ist eine Etikette, die sofort in die Schublade «Gesundheitswesen» abgelegt wird. Die Suche nach Alternativen wie zum Beispiel der Begriff «Lebensqualität» hat bisher noch nicht zu wirklich befriedigenden Resultaten geführt.

Die Gesundheitspolitik befasst sich in der Schweiz immer noch und zunehmend in erster Linie mit der Bereitstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung. Die sozialen Determinanten der Gesundheit werden fast ausschliesslich in Fachkreisen erörtert. Die medizinische Versorgung, die selbst eine der Determinanten für Gesundheit ist, führt ohne Zweifel vor allem bei schweren Erkrankungen zu verlängerter Lebenserwartung und besserem Krankheitsverlauf. Schwergewichtig sind aber die sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung weitaus bedeutender.

Änderungen in der Politik sind von gewissen Voraussetzungen abhängig. Ganz am Anfang steht einmal das Interesse an einem Thema. Wenn in einer Exekutive oder in einer Partei das grundsätzliche Interesse am Thema Gesunderhaltung fehlt, nützt das ganze Instrumentarium der Gesundheitsförderung nichts. Änderungen sind dann im Prinzip nur mit Druck von der Basis und letztlich mit dem Stimmzettel möglich. Politische Basisarbeit kann den Boden dafür vorbereiten. Auch bei vorhandenem Interesse, was heute immerhin bei einem Teil der Politik der Fall sein dürfte, müssen zunächst auf der kognitiven Ebene die grundlegenden Zusammenhänge der Gesundheitsdeterminanten verstanden werden. Die Risikofaktoren mit der Ausrichtung auf Krankheit sind heute als Begriff nicht mehr lange erklärungsbedürftig. Auf Gesundheit ausgerichtete Begriffe wie Gesundheitsdeterminanten oder Health Literacy dagegen sind nicht nur sprachlich, sondern auch inhaltlich noch weitgehend Fremdwörter. Es sind aber diese Begriffe, die

für Entscheidungsträger verständlich gemacht werden müssen. Ob aus dem «Verstehen» dann auch die richtigen Konsequenzen gezogen werden, ist wiederum eine andere Frage.

- **Herausforderung 1: Wie befähigen wir die Politik, die Kernbegriffe der Chartas von Ottawa und Bangkok als handlungsrelevant zu verstehen, damit Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitisches Anliegen in die Gesamtpolitik integriert werden kann?**

7.1.1 Bund und Kantone

Wichtig für die Arbeit der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz ist die Berücksichtigung der stark föderalistischen Struktur gerade auch im Gesundheitswesen. Der Föderalismus hat auch in der Gesundheitsförderung und Prävention grosse Vorteile, indem er optimal an lokale Situationen angepasste Vorgehensweisen ermöglicht. Er erschwert aber nationale Lösungen. Unter den Fachpersonen der Gesundheitsförderung und Prävention besteht gesamtschweizerisch eine recht gute Zusammenarbeit, teilweise auch über die Sprachgrenzen hinweg. Aber die Regierungen und Verwaltungen der Kantone wachen aufmerksam über ihre Hoheit. Die Geschichte der Arbeiten an einem Präventivgesetz (1984) wie auch an der «Nationalen Gesundheitspolitik» (1999–2003) zeigt den engen Handlungsspielraum auf. In beiden Fällen entstanden inhaltlich gute Ideen, die sich aber schliesslich nicht oder nur in einem stark reduzierten Umfang umsetzen liessen.

Die «Nationale Gesundheitspolitik» ist ein instruktives Beispiel für die zurzeit vorhandenen Möglichkeiten und Grenzen. Man setzte (bewusst oder unbewusst) vieles daran, dieses Projekt nicht zu stark werden zu lassen. Ein Projekt dieser Art benötigt in der Vorbereitungs- und Aufbauphase eine starke Struktur und Führung, die hohe Fachlichkeit, vor allem aber auch die notwendige politische Durchschlagskraft besitzt. Im Rückblick auf das damalige Vorgehen gewinnt man den Eindruck, dass ein wirklicher Wille für das Gelingen höchstens ansatzweise vorhanden war. Die Weiterführung nach der Projektphase erfolgte schliesslich in einem stark reduzierten Umfang, ohne die Kantone bis jetzt sehr stark zu verpflichten.

Die Vereinbarung zwischen Bund und Gesundheitsdirektorenkonferenz vom 15.12.2003 «zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz» ist neben der Erwähnung des Informationsaustausches und einigen allgemeinen Formulierungen (z.B. «Identifikation von gesundheitspolitischen Themenfeldern und Aufgaben, an denen die Kantone und der Bund ein paralleles oder sich ergänzendes Interesse an einer koordinierten Entwicklung haben») eher dürftig hinsichtlich umfassenden Gesundheitszielen und Gesundheitspolitik.

Dass dabei der ursprüngliche Schwerpunkt «Empowerment» nicht weiter verfolgt wurde, mag zunächst nur als bedauernswertes Detail erscheinen, weist aber darauf hin, dass zentrale Elemente der Gesundheitsförderung bis heute nicht verstanden oder ungenügend übermittelt wurden. Die Vernehmlassungsergebnisse zum Entwurf für ein Präventivgesetz 1984 waren mehrheitlich positiv; es waren die Stellungnahmen der Kantone (und teilweise der Wirtschaft), die das Vorhaben scheitern liessen. Auch beim Gesundheitsobservatorium gab es zunächst Widerstand, vor allem bei den Ostschweizer Kantonen. Dieses Projekt konnte aber schliesslich dank der Beharrlichkeit der Verantwortlichen in eine definitive Form übergeführt werden. Das Gesundheitsobservatorium leistet seither sehr gute Dienste. Die genannten politischen Erfahrungen zeigen die *Macht der Kantone* in der Gesundheitspolitik deutlich auf.

Auch die Arbeit des BAG zeigt, dass Gesundheitsförderung nicht einfach umsetzbar ist. Viele Projekte mit Inhalten, die aus fachlicher Sicht eigentlich selbstverständlich sein sollten, müssen, um sie umsetzen zu können, vom BAG mit finanziellen Anreizen versehen werden. Zurzeit ist zum Beispiel nicht ersichtlich, wie ein Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ohne finanzielle Unterstützung weiter bestehen könnte. Jeder Versuch, in diesem doch schon lange dauernden Projekt mehr finanzielle Selbstverantwortung der Schulen einzuführen, ist bis jetzt gescheitert. Gute Dienstleistungen und Hilfestellungen werden von den Kantonen und Gemeinden gerne entgegengenommen, da die eigenen fachlichen Ressourcen häufig doch ungenügend sind. Sobald aber eine Eigenfinanzierung nötig wird, bestehen andere Prioritäten. Wenn zu-

dem von Seiten des Bundes gar noch ein Koordinations- oder ein Steuerungsanspruch vermutet wird, regt sich offener Widerstand. Hier stellt sich natürlich die im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht beantwortbare Frage, inwieweit es zu den Aufgaben des Staates gehört, längerfristig nicht nur im Bereich des Gesundheitsschutzes tätig zu sein, sondern auch Projekte der Gesundheitsförderung auf Dauer finanziell zu unterstützen. Die Kernaufgaben des BAG liegen in der Prävention. Dass gegenwärtig zusätzlich auch Projekte der Gesundheitsförderung unterstützt werden, ist sehr zu begrüssen. Es stellt sich aber die Frage, wo das BAG die Prioritäten setzen muss, wenn weiterhin in allen Bereichen staatlicher Tätigkeit gespart werden muss.

Ein Blick auf die Traktandenlisten der Gesundheitsdirektorenkonferenz zeigt, dass Gesundheitsförderung und Prävention heute in der kantonalen Gesundheitspolitik praktisch keine Rolle spielen. Ein Beispiel dafür ist auch die Reaktion der Kantone auf den unter 4.2 erwähnten Bericht über das Health Impact Assessment. Der Vorstand der GDK brachte es dort nicht zu einer bindenden Empfehlung an die Kantone.

Nicht zu befriedigen vermag die Rolle der Beauftragten für Gesundheitsförderung in den Kantonen. Ihre Stellung in der Hierarchie der kantonalen Verwaltungen (meistens als dem Kantonsarzt unterstellte Mitarbeiter) weist auf einen politischen Denkfehler hin. Wenn Gesundheitsförderung und Prävention den Einfluss auf die Gesundheit haben, der aufgrund der Gesundheitsdeterminanten zu erwarten ist, wäre eine Stellung auf der obersten Stabsstufe angebracht. Nur dort ist eine direkte und nicht nur auf Abruf gegebene Möglichkeit zur Meinungsäusserung vorhanden. Diese Stellung setzt allerdings eine hohe fachliche Qualifikation voraus. Hier liegt eine weitere Schwäche des ganzen Fachbereichs: Es sind zahlreiche und zum Teil anspruchsvolle Weiterbildungen verfügbar, aber diese produzieren kaum je Studienabgänger, die sowohl fachlich kompetent wie auch fähig sind, sich in einem politischen Umfeld zu bewegen und zur Kenntnis genommen zu werden. Ob dieser Umstand auf die Art der Weiterbildungsangebote oder auf ein generelles politisches Desinteresse von Fachpersonen im Public-Health-Bereich zurückzuführen ist, bleibt offen. Tatsache ist, dass in der Schweiz auch die Mehrheit der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte nicht aus dem Public-Health-Bereich stammt.

Zusammenfassend fällt auf, dass auf nationaler Ebene immer wieder gute Schritte unternommen wurden und auch heute unternommen werden, in erster Linie vom BAG und von Gesundheitsförderung Schweiz. Beiden Institutionen wurde bisher politisch eine gewisse «Narrenfreiheit» zugestanden, die aber bei allgemein schrumpfenden finanziellen Ressourcen keineswegs auf die Dauer gesichert erscheint. Ein handlungsrelevanter Transfer guter Projekte in die Verantwortung von Kantonen und Gemeinden ist bis heute höchstens ansatzweise gelungen. Da Gesundheitsförderung Schweiz als nichtstaatliche Institution und infolge ihres Finanzierungsmodus hinsichtlich finanzieller Kürzungen weniger gefährdet als das BAG erscheint, könnte sie sich – wo angebracht und wohl dosiert – ein etwas forscheres Auftreten bezüglich Durchsetzung gesundheitsförderlicher Anliegen in der Politik leisten.

Eine allgemeine Verbesserung der Situation könnte allenfalls längerfristig gesehen eintreten. Die beharrliche Weiterverfolgung des Projektes Gesundheitsobservatorium zeigt dies. Weitere Umsetzungsprojekte können aber meistens nicht nur auf nationaler Ebene erfolgen, sondern man wird gerade bei der Gesundheitsförderung auf kulturelle Unterschiede vor allem zwischen den Sprachregionen Rücksicht nehmen müssen.

- **Herausforderung 2: Wie veranlasst man die Kantone, die Gesundheitsförderung als staatliche Aufgabe anzuerkennen, damit die Krankheitsversorgungspolitik zur gesundheitsfördernden Gesamtpolitik wird?**⁶⁸
- **Herausforderung 3: Wie richten wir unsere Weiterbildungsangebote aus, damit wir mehr qualifizierte Fachpersonen in hohe Stabsfunktionen der kantonalen Verwaltungen bringen?**

⁶⁸ Anhang 9 beinhaltet eine Checkliste, was eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik im Idealfall bedeuten würde.

7.1.2 Gemeinden

Zahlreiche Projekte von Gesundheitsförderung Schweiz und vom BAG setzen sich zum Ziel, Gesundheitsförderung und Prävention zu einem Thema der Gemeindepolitik zu machen. Die Umsetzung dieser Projekte vor Ort erfolgt teilweise im Auftragsverhältnis durch Radix Gesundheitsförderung.⁶⁹ Die Ergebnisse sind bis jetzt zufrieden stellend, auch wenn das Thema Gesundheitsförderung kaum ein Haupttraktandum darstellt. Viele Gemeinden kannten oder kennen die Institution einer örtlichen Gesundheitsbehörde. Diese wird meistens für die örtliche Lebensmittelkontrolle eingesetzt. Versuche, auch die Gesundheitsförderung und die Prävention in deren Pflichtenhefte einzuführen, sind aber oft schwer bis unmöglich, da die Denkweise der gewählten Mitglieder stark von der Kontrollaufgabe her geprägt ist. Da der Begriff der Gesundheit von Gemeindebehörden wie von der Bevölkerung oft eng mit der Gesundheitsversorgung verbunden ist, versucht Gesundheitsförderung Schweiz, mit dem Begriff der Lebensqualität zu arbeiten.

Als entscheidend für den Erfolg von Projekten in der Gemeinde haben sich folgende Bedingungen erwiesen:

- Die Gemeindebehörde muss aktiv und sichtbar hinter dem Projekt stehen und dieses vom Gemeinderat aus in Auftrag geben.
- Die Bevölkerung muss aktiv an der Formulierung von Entscheiden und Prioritätensetzungen mitbeteiligt werden.
- Konkrete Teilprojekte sind erfolgreicher als die zu abstrakt empfundene Gesundheitsförderung.
- Projekte können im Bereich der Gesundheitsförderung oder der Prävention angesiedelt sein.

Ein gutes Beispiel ist das Projekt «Die Gemeinden handeln», das von Radix im Auftrag des BAG durchgeführt wird. Es geht dabei um die Entwicklung einer lokalen Alkoholpolitik, die in rund 60 Gemeinden in Angriff genommen wurde. Entstanden sind ganz unterschiedliche Projekte. Während sich in den einen Gemeinden Jugendarbeiter oder die für Veranstaltungen zuständige Behörde besonders engagieren, sind es in anderen Orten Vereine oder das Gastgewerbe. Als Massnahmen werden beispielsweise Handbücher für die Durchführung von Veranstaltungen, Zertifikate für Wirte, die Alkohol verantwortungsbewusst ausschenken, oder Systeme für die Honorierung von Vorbildverhalten in Vereinen erarbeitet.

Gemeindeprojekte müssen genau auf die lokalen Bedürfnisse abgestimmt werden, was zumindest in kleineren Gemeinden wegen der Übersichtlichkeit der Verhältnisse gut möglich ist. Zu theoretische Abhandlungen vor dem Gemeinderat bringen hier nichts.

Von Interesse ist die folgende Beschreibung eines solchen Prozesses durch das BAG: «Ernüchternd ist, dass oft der Druck seitens der Bevölkerung notwendig ist, damit Gesamtbehörden der Prävention mehr Beachtung schenken oder vom Souverän die dafür nötige Unterstützung erhalten. Dieser Druck entsteht oft in Schulen, durch Beschwerden der Bewohner über Vandalismus oder durch Vorfälle mit gesundheitlichen Konsequenzen wie Alkoholvergiftungen oder Unfälle. Zur Projektteilnahme führt nicht zuletzt das gewonnene Bewusstsein, dass etwas gemacht werden muss und dass dabei gebündelte Kräfte mehr Erfolg bringen. Oft ist man sich durchaus bewusst, dass ohne eine griffige Prävention mit erheblichen Folgekosten zu rechnen ist.»

Das Beispiel erläutert eindrücklich die Notwendigkeit, neben dem policy-orientierten Ansatz der Gesundheitsförderung auch direkt an der Basis zu arbeiten.

Auch wenn die Arbeit in den Gemeinden viele positive Aspekte aufweist, gelingt es bis jetzt erst in seltenen Fällen, eine gesundheitsförderliche Dynamik ohne Unterstützung von aussen aufrechtzuerhalten.

- **Herausforderung 4: Wie fördern wir mehr Eigenaktivität der Gemeinden, damit die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf dieser Basisebene verankert werden kann?**

⁶⁹ www.radix.ch/gemeinde/html/

7.2 ROLLE DER SCHULE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Schule als Institution, die wesentlich zur Prägung junger Menschen beiträgt und in der alle Bevölkerungsschichten erreichbar sind, nimmt in der Gesundheitsförderung eine besondere Stellung ein. Für das Erwerben von Health Literacy ist die Schule unentbehrlich. Auch weitere für ein gesundes Leben wichtige Fähigkeiten wie Verantwortung übernehmen, Solidarität oder Konfliktfähigkeit werden in der Schule eingeübt. Von ihrem Bildungsauftrag her liegt sie sehr nahe bei der Gesundheitsförderung. Zudem hat die Schule eine klare und fassbare Struktur, die sich grundsätzlich gut für die Verbreitung von Botschaften eignet.

Die Schulen, die der Gesundheitsförderung einen grossen Stellenwert beimessen, sind im Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen zusammengefasst (Beschreibung im Anhang 10 unter 4.). Mit 356 Mitgliedern ist es wohl eines der erfolgreichsten Projekte der Gesundheitsförderung. Die Schule war schon immer eine beliebte Struktur für die Vermittlung von Botschaften aus dem Gesundheitsbereich.

Unschätzbar gross war die Bedeutung der Schule in den ersten Jahren der Aids-Epidemie. Das Grundwissen sowie die wichtigen und unmittelbar handlungsrelevanten Botschaften, deren Verbreitung im Hinblick auf die Bedrohungslage keinen Aufschub duldete, konnten kurzfristig und flächendeckend in für Lehrkräfte wie Schüler obligatorischen Veranstaltungen vermittelt werden.

Als vor Jahrzehnten die Gesundheitserziehung im Vordergrund der Bemühungen stand, wurde an verschiedenen Orten sogar versucht, diese als eigenes Schulfach einzuführen. Dagegen wehrte sich die Schule dann allerdings zu Recht und mit Erfolg.

Die aktuellen Bestrebungen für eine gesundheitsfördernde Schule verlangen von allen Teilnehmenden recht viel, das weit über die Wissensvermittlung hinausgeht. Wie vielfach in der Gesundheitsförderung setzt es ein inneres Engagement der Verantwortlichen voraus. Das Thema Gesundheit steht in Konkurrenz mit zahlreichen anderen neuen Erkenntnissen, für deren Vermittlung die Hilfe der Schule erwartet wird. So gesehen ist es verständlich, dass Gesundheitsförderung an den Schulen noch nicht flächendeckend verbreitet ist. Die bisherigen erfolgreichen Ansätze geben aber zu Hoffnungen Anlass. Ungelöst bleibt allerdings das Problem der Finanzierung. Das Netzwerk funktioniert bisher nur, solange finanzielle Unterstützung vom BAG und von Gesundheitsförderung Schweiz vorhanden ist. Hier stellt sich die Frage, ob Gesundheitsförderung im Grundsatz ein selbstverständlicher Bestandteil des Schulsystems sein soll und damit auch von der Gemeinde finanziert werden muss oder ob der Kanton im Rahmen seines Public-Health-Auftrags auch längerfristig Beiträge an gesundheitsfördernde Schulen ausrichten soll. Je nach politischem Standort wird diese Frage unterschiedlich beantwortet werden.

Das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ist noch in einer anderen Hinsicht bemerkenswert: Es wird von Radix Gesundheitsförderung als einer Institution mit spezifischem Know-how in der Umsetzung von Projekten seit Jahren im Auftrag von BAG und Gesundheitsförderung Schweiz betrieben. Es hat sich als erfolgreich erwiesen, die Umsetzung von dezentralen Projekten nicht durch BAG oder Gesundheitsförderung Schweiz selbst zu organisieren, sondern eine dezentral tätige Organisation, die auf Umsetzungsfragen spezialisiert ist und optimal auf lokale Gegebenheiten eingehen kann, damit zu beauftragen.

- **Herausforderung 5: Wie stellen wir sicher, dass in einer Zeit mit knapper werdenden finanziellen Ressourcen und ständig wachsenden Anforderungen an das Schulsystem der Gesundheitsförderung die notwendige Aufmerksamkeit zukommt?**

7.3 ROLLE DER WIRTSCHAFT IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

«Die Arbeitswelt und die Art, wie das Arbeitsleben in unseren Gesellschaften heutzutage organisiert ist, sind ein wesentlicher, vielleicht sogar der stärkste einzelne Bestimmungsfaktor für Gesundheit.»

Barcelona Deklaration des ENWHP⁷⁰

In der EU geht man davon aus, dass arbeitsassoziierte Gesundheitsstörungen die nationalen Volkswirtschaften mit direkten und indirekten Kosten in der Grössenordnung von einigen Prozenten des Bruttoinlandproduktes belasten.⁷¹ Auch wenn detaillierte Daten für die Schweiz fehlen, ist anzunehmen, dass dies auch für unser Land zutrifft. Viele Fragen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz stellen sich ähnlich wie beim Staat. Ein wesentlicher Unterschied besteht unter anderem aber darin, dass die Interessen an der Institutionalisierung der Gesundheitsförderung nicht identisch sind. Geht es beim Staat um die Wahrnehmung einer Public-Health-Aufgabe, von deren Wahrnehmung die Politik im Allgemeinen keinen kurzfristigen und direkt wahrnehmbaren Nutzen hat, kann sich Gesundheitsförderung in einem Betrieb direkt auf das Betriebsergebnis auswirken. Führungskräfte in der Wirtschaft haben ein direktes, letztlich finanziell messbares Interesse an gesunden Mitarbeitenden, während eine Führungsfunktion im staatlichen Gesundheitswesen oft mehr oder weniger zufällig erlangt wurde und das Interesse an einer gesunden Bevölkerung eher mittelbar ist. Umso mehr erstaunt es, dass die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) (auch als betriebliches Gesundheitsmanagement bezeichnet) trotz interessanten und erfolgreichen Modellen noch eher eine Randerscheinung ist.

Seit 1996 unterstützt die Europäische Kommission eine Initiative zum Aufbau eines *Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP* (European Network for Workplace Health Promotion). Die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes für BGF sind Organisationen aus allen 25 EU-Mitgliedsstaaten, den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Schweiz und Kanada. In jedem Land befindet sich eine nationale Kontaktstelle – jene der Schweiz im Staatssekretariat für Wirtschaft (seco). Im November 1997 wurde von den Mitgliedern die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union verabschiedet.⁷²

Die Luxemburger Deklaration geht von einem tief greifenden Wandel in der Arbeitswelt aus und bezeichnet als wichtige Rahmenbedingungen unter anderem Globalisierung, Arbeitslosigkeit, wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien, Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse (z.B. befristete und Teilzeitarbeit, Telearbeit), älter werdende Belegschaften, wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors, Personalabbau (Downsizing), wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) sowie Kundenorientierung und Qualitätsmanagement.

Von Interesse sind die Faktoren, die gemäss dieser Deklaration die Gesundheit der Beschäftigten verbessern. Sie machen deutlich, dass es dabei nicht um die Vermittlung traditioneller Gesundheitsbotschaften geht, sondern dass betriebliche Gesundheitsförderung tief in die Unternehmensstruktur eingreift und letztlich ein Teil dieser Unternehmensstruktur ist. Zu diesen Faktoren gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor.
- Eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen.
- Eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten sowie Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung andererseits.

⁷⁰ Barcelona Deklaration des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP, 2002 (www.enwhp.org/download/declaration_englisch_a3.pdf)

⁷¹ Europäische Kommission Hrsg. Facts 9: Bestandsliste sozioökonomischer Informationen über arbeitsbedingte Muskel-Skelett-Erkrankungen in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Bilbao; 2000.

⁷² www.oekobriefe.de/archiv/material/bgf-eu-lux-dekl.pdf

- Eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt.
- Ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Diese Faktoren stehen in einem deutlichen Gegensatz zu immer noch vielfach verbreiteten Vorstellungen von Betriebsleitungen, für die sich Gesundheitsförderung im Bereitstellen von Sportplätzen oder von einer ausgewogenen Kantine Ernährung erschöpft. Das Einhalten dieser Grundsätze in einem Betrieb braucht nicht in erster Linie mit Gesundheit begründet zu werden, sondern ist Teil einer guten Führungskultur. Das Erlernen einer solchen Kultur erfolgt im Allgemeinen über die Aus- und Weiterbildung in Führungsfragen und nicht über Institutionen der Gesundheitsförderung. Hier liegen die Schwierigkeiten, aber auch die Chancen für die betriebliche Gesundheitsförderung, die auf diese Weise ihre Botschaften über bestehende Strukturen ausserhalb des Gesundheitswesens vermitteln kann. Für solche Aufgaben müssen hoch qualifizierte Fachpersonen der Gesundheitsförderung, die sich in Betriebsabläufen der Wirtschaft auskennen, auf Anfrage zur Verfügung stehen.

Die gesetzlichen Grundlagen in der Schweiz (Arbeitsgesetz, Unfallversicherungsgesetz und Mitwirkungsgesetz) gehen von der mehr traditionellen Sicht der Gesundheit aus, bieten aber an sich gute Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Institutionen, welche auf nationaler Ebene die gesetzlichen Aufträge erfüllen (seco, BAG, Suva, EKAS; die kantonalen Arbeitsinspektorate und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz), sind in Anhang 10 kurz beschrieben. Aufgrund der historischen Entwicklung der Gesetzgebung und der Institutionen bestehen zum Teil Doppelspurigkeiten, die eine vermehrte Koordination und Kooperation als notwendig erscheinen lassen. Der Bedeutung von Faktoren wie Autonomie und Unterstützung bei der Arbeit, soziales Umfeld, Arbeitsorganisation, angemessene Entlohnung sowie soziale Anerkennung wird noch bei weitem nicht überall Rechnung getragen. Aus diesem Grund haben sich bereits im Vorfeld und dann im Nachgang der nationalen Arbeitstagung im September 2003 in Aarau verschiedene Akteure mit der Thematik «Arbeitsbedingungen und Gesundheit» auseinandergesetzt. Gemeinsam von Gesundheitsförderung Schweiz, dem seco und der EKAS sind Bestrebungen für die Gründung eines nationalen Forums für betriebliche Gesundheitsförderung im Gang. Mitglieder dieses Forums sollen unter anderem öffentliche Ämter, Sozialpartnerorganisationen, Versicherer und mit der Umsetzung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz beauftragte Stellen sein. Bis jetzt konnte aber noch keine Übereinstimmung in der Frage erzielt werden, ob und wie sich die angesprochenen Organisationen für die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung engagieren sollten.

Die praktische Erfahrung zeigt, dass es sehr schwer ist, Betriebe für eine umfassende Sicht der Gesundheit und deren positive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden zu gewinnen. Obwohl sich Faktoren wie ein intaktes Betriebsklima in einem durchaus überschaubaren Zeitraum positiv auf die Gesundheit auswirken, ist die Wirkung eben doch nicht ganz kurzfristig. Zudem erfordert die Einführung und die Umsetzung einer betrieblichen Gesundheitsförderung etwas Zeit, die man beim oft kurzfristigen Erfolgsdenken nicht zu haben glaubt. Auch kann betriebliche Gesundheitsförderung zu Veränderungen in der Betriebskultur führen, die für die Unternehmensleitung als bedrohlich wahrgenommen werden.

Eine besondere Stellung nehmen Betriebe ein, die Produkte mit Gesundheitsrelevanz herstellen oder vertreiben (z.B. Hersteller von Nahrungsmitteln, aber auch das Gastgewerbe mit Ausschank von alkoholhaltigen Getränken). Kommerzielles und Gesundheitsinteresse können sich hier im Wege stehen, zwingend ist dies aber nicht.

So konnte beispielsweise mit einem Hersteller von Lebensmittelkonserven eine sukzessive Verminderung des zu hohen Salzgehaltes erreicht werden, und an einer Konsummesse mit zahlreichen Gastwirtschaftsbetrieben mit Alkoholausschank konnte vor der Eröffnung eine Policy für den Umgang mit gefährdeten Jugendlichen vereinbart werden.

- **Herausforderung 6: Wie können Arbeitgeber überzeugt werden, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung auch wirtschaftlich letztlich auszahlt, damit betriebliche Gesundheitsförderung zum Normalfall in der Betriebsführung wird?**

7.4 WEITERE AKTEURE IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Die Zahl der Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention ist sehr gross (5.3 und Anhang 10) und nicht vollständig aufgezählt. Alle aufgeführten Institutionen leisten ihre berechtigten, notwendigen und oft sehr guten Beiträge. Ein Blick auf die zahlreichen Aktivitäten lässt klar werden, dass die Schweiz auf der Ebene von Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention kein Entwicklungsland ist. Die historisch gewachsene Vielfalt der Akteure lässt aber die Frage nach der Abgrenzung der Aufgabenbereiche und nach Doppelspurigkeiten aufkommen. Eine unscharfe Abgrenzung kann durchaus eine Bereicherung bedeuten, solange es nicht zu sich widersprechenden Botschaften oder zu offensichtlichen Doppelspurigkeiten kommt. Aber: Gesundheitsförderung und Prävention sind auf eine hohe fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewiesen. Die nicht sehr grosse Zahl von qualifizierten Personen spricht daher je nach Bereich eher für eine Bündelung der Kräfte. Auch im Hinblick auf die beschränkten Ressourcen ist eine bessere Koordination der Anstrengungen nötig. Andererseits lebt Gesundheitsförderung von lokalen Akteuren in den verschiedenen Settings. Die Wahl zwischen der gewünschten Vielfalt und der notwendigen Koordination ist also nicht einfach und mit Sorgfalt zu treffen.

Beispiele für Doppelspurigkeiten mit möglichem Koordinationsbedarf:

- bei Projekten im Gemeinde- und im Schulbereich (BAG und Gesundheitsförderung Schweiz, zahlreiche lokale Akteure)
- bei der Unfallverhütung im Nichtberufsunfallbereich (SUVA, bfu, SVV, Fonds für Verkehrssicherheit)
- bei der Tabakprävention (BAG, Krebsliga, Lungenliga, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention [AT], Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Nichtraucher [SAN])

Positiv zu vermerken sind die zunehmenden Bestrebungen, verschiedene Akteure in einem Netzwerk zusammenzuschliessen (Beispiele in Anhang 10 unter 4.), was die Nachteile allfälliger Doppelspurigkeiten entschärft. Besonderer Erwähnung bedarf das Projekt Suisse Balance, das im Wesentlichen gemeinsam von Gesundheitsförderung Schweiz und dem BAG getragen wird. Die Evaluation der 1. Phase⁷³ zeigt unter anderem, dass die Zusammenarbeit zwischen den beiden Trägerorganisationen gut ist und dass das Projekt als Netzwerk gut funktioniert. Bemerkenswert ist aber noch eine andere Beobachtung: Die kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung kannten das Projekt zu wenig, und wenn sie es kannten, waren sie eher kritisch eingestellt. Diese Beobachtung wirft Fragen auf sowohl betreffend Koordination zwischen Projektleitung und Kantonen wie auch betreffend Rolle der kantonalen Beauftragten. Auch auf der politischen und eidgenössischen Ebene sei gemäss Evaluation das Projekt zu wenig bekannt.

Spezielle Aufgaben erfüllen z.B. der Tabakpräventionsfonds (vorwiegend Finanzierung) oder Radix Gesundheitsförderung (nur operative Umsetzung im Auftrag anderer Organisationen).

Auch die Rolle der praktizierenden Ärzte im Public-Health-Bereich wirft Fragen auf. Die ausgesprochene Orientierung auf das Individuum, die für die ärztliche Tätigkeit nötig ist, erschwert den Blick auf bevölkerungsbezogene Fragestellungen. Der naturwissenschaftliche Schwerpunkt der Ausbildung verbaut oft den Blick vor allem auf die psychosozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Der Soziologe Leonard Syme pflegte seine Studenten im MPH-Programm jeweils mit der Aussage zu erschrecken: «Doctors have no special insight on causes of ill-health.» Wer länger in Public Health tätig ist, kann dies nur bestätigen. Die Ärztereinigung verfügt zwar über eine Abteilung Prävention im Generalsekretariat, die qualitativ guten Dienstleistungen konzentrieren sich aber im Wesentlichen auf die Prävention beim Individuum. Dennoch ist es wichtig, die Ärzteschaft auch bei anderen Public-Health-Fragen und speziell auch in der Gesundheitsförderung als Partner einzubinden, da sie zum meinungsbildenden Segment der Bevölkerung gehören. Zudem haben Ärzte trotz häufiger Kritik am Ärztestand als Einzelpersonen immer noch eine hohe Glaubwürdigkeit in der Bevölkerung. Die Aktivitäten der Ärzte für Umweltschutz haben gezeigt,

⁷³ www.suissebalance.ch/pdf/Executive_summary_Evaluation_de.pdf

dass dieser Einfluss auch in der Politik geltend gemacht werden kann. Längerfristig wäre natürlich eine etwas weniger einseitige Ausbildung der Ärzte zu wünschen.

Die Gesundheitsligen sind wichtig für die Verbreitung von Botschaften, meistens im Bereich der Prävention. Vom Aufgabenbereich der einzelnen Liga aus betrachtet ist es einleuchtend, dass die Berichte und Empfehlungen krankheitsspezifisch ausgerichtet sind. Dass der krankheitsspezifische Ansatz sehr relevant sein kann, zeigen unter anderem die breit angelegten Kampagnen der Krebsliga zur Verhütung des Hautkrebses. Auch hier stösst man aber an die Grenzen des Möglichen, wie am nach wie vor bestehenden Schönheitsideal der gebräunten Haut zu sehen ist. Besonders aktiv mit einem von den anderen Absendern unterscheidbaren Stil ist die Lungenliga bei der Bekämpfung des Tabakmissbrauchs.

Auf die Rolle der Krankenversicherer wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen. Sie können über ihren direkten Kontakt zu den Versicherten Botschaften vor allem im Bereich der Prävention verbreiten. Ihre Publikationen haben gegenüber der Flut von gesundheitlichen Themen in der übrigen Laienpresse den Vorteil, dass sie fachlich seriös sind.

- **Herausforderung 7: Wie binden wir die Ärzteschaft nachhaltig in die Gesundheitsförderung ein, damit die Sensibilisierung der Bevölkerung für Gesundheitsförderung über diesen Kanal verstärkt wird?**

7.5 GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSVERHALTEN IN DER BEVÖLKERUNG

Die Daten liefern widersprüchliche Signale. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung fühlt sich gesund, die gesamte Lebenserwartung steigt. Aber: Übergewicht nimmt zu, ebenso der Bewegungsmangel. Die Raucherraten haben sich auf hohem Niveau eingependelt, der Cannabiskonsum ist auf Rekordhöhe. Auch die Mortalitätsdaten der jüngeren Generation geben Anlass zur Besorgnis. Die tiefer liegenden Ursachen für die höheren Risiken vor allem der jungen Männer sind nicht klar, zumal auch die regionalen Verteilungen der Mortalität keine schlüssigen Aussagen erlauben. Ähnliche Signale kommen aus anderen Ländern: Der frühere Leiter des niederländischen Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention NIGZ gab am 10. August 2005 in einer Medienmitteilung bekannt, die auf Jugendliche ausgerichtete Kampagne gegen Alkoholmissbrauch habe keinerlei Verbesserung der Situation gebracht und sogar eher kontraproduktiv gewirkt. Warum nimmt Übergewicht zu? Warum befindet sich die Schweiz immer noch in der Spitzengruppe beim Konsum psychoaktiver Substanzen?

Parallel dazu beobachten wir eine Zunahme von psychosozialen Belastungen. Daten dazu sind vor allem aus der Arbeitswelt vorhanden. So gaben beispielsweise in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 47% der männlichen und 41% der weiblichen Erwerbstätigen an, an ihrem Arbeitsplatz einer starken nervlichen Belastung ausgesetzt zu sein. Dieses Risiko nimmt mit steigendem Bildungsniveau und höherer sozioprofessioneller Stellung zu.⁷⁴ Auf der anderen Seite ist das hohe Erkrankungsrisiko bei Arbeitsplatzunsicherheit bekannt. Dieses ist bei Erwerbstätigen mit nur obligatorischer Schulausbildung deutlich höher als bei Erwerbstätigen mit einer Tertiärausbildung (20% gegenüber 8% haben Angst vor Stellenverlust). Warum wirken sich solche psychosozialen Belastungen je nach sozialer Schicht unterschiedlich auf die Gesundheit aus?

Angesichts der zahlreichen Unsicherheiten sind vermehrte Anstrengungen der Ursachenforschung auf der Ebene der Motivationen für Risikoverhalten und den Zusammenhängen von psychosozialen Belastungen und Gesundheit heute dringlicher als weitere traditionelle Gesundheitskampagnen mit unsicherem Effekt. Wir wissen, dass Risikoverhalten, soziale Benachteiligung oder psychosoziale Belastungen schäd-

⁷⁴ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 2004. Im Internet unter www.statistik.admin.ch

lich für die Gesundheit sind. Aber warum? Rose⁷⁵ formulierte es treffend und Marmot wird nicht müde, die einfache und einleuchtende Formulierung zu wiederholen:⁷⁶ Wir brauchen mehr Wissen über «*The causes of the causes*».

Im Individualbereich beobachten wir ein tendenziell zunehmendes Interesse an Gesundheit und Lebensqualität. Der Wellness-Boom zeigt, dass dieses Interesse inzwischen einen nicht unerheblichen Marktwert hat. Die Einsicht in den Zusammenhang zwischen individuellem Verhalten und Gesundheit scheint leichter vermittelbar zu sein als das Verständnis für gesundheitsfördernde bzw. -schädigende Verhältnisse. Bei letzteren zeigen die Erfahrungen der praktischen Arbeit auf Gemeindeebene (7.1.2), dass die Bevölkerung dann aktiv wird, wenn konkrete Tatbestände oder Ereignisse vorhanden sind, welche die Lebensqualität einer Gemeinschaft beeinträchtigen. Allerdings zeigte sich, dass es auch in einer solchen Situation nur dann zu einer Spontanaktivität der Bevölkerung kommt, wenn ein minimales Gefühl einer Zusammengehörigkeit besteht. In einer Vorortsgemeinde, die fast nur die Funktion einer Schlafgemeinde hat, kommt es kaum zu spontanen Äusserungen der Bevölkerung. Beobachtungen dieser Art lassen es zusätzlich als dringend erscheinen, das Wissen über die Zusammenhänge von sozialen Problemen und Gesundheit zu verbessern. Dabei wird immer zu berücksichtigen sein, dass wir Menschen, für die Gesundheit einen Symbolwert hat, leichter ansprechen als wenn Gesundheit nur einen Gebrauchswert hat.⁷⁷

- **Herausforderung 8: Wie gewinnen wir mehr und spezifisch auf die Schweiz ausgerichtete Erkenntnisse über «The causes of the causes», damit für die Gesundheit unzuträgliche Verhältnisse wie auch Verhaltensweisen ursächlich angegangen werden können?**
- **Herausforderung 9: Wie kann die Bevölkerung animiert werden, vermehrte Aktivitäten für einen gesunden Lebensraum zu entwickeln, damit das Ideal eines gesundheitsförderlichen Zusammenlebens verwirklicht werden kann?**

7.6 WANN SIND GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION ERFOLGREICH?

Es gibt viele Beispiele für Aktionen, Kampagnen oder Projekte, die erfolgreich waren oder sind. Darum lohnt es sich, auf einige Beispiele aus der Vergangenheit kurz einzugehen. Allerdings muss auch bei den erfolgreichen Programmen eingeräumt werden, dass nicht alle von Anfang an begrüsst wurden und dass immer wieder auch Widerstände zu überwinden waren. Es lassen sich aber bei den letztlich erfolgreichen Beispielen einige Gemeinsamkeiten festhalten. Naturgemäss sind sie mehrheitlich im Bereich der Prävention angesiedelt:

- **Jodierung des Kochsalzes:** Der infolge Jodmangels in der Schweiz endemische Kropf sowie die schwereren Fälle von Kretinismus gingen innerhalb einer Generation auf praktisch Null zurück, als Ende der Zwanzigerjahre des letzten Jahrhunderts mit der Jodierung des Kochsalzes begonnen wurde. Heute dagegen mehren sich die Stimmen, die die Jodierung bekämpfen und – sachlich weitgehend unbegründet – auf Gesundheitsgefahren durch Jod hinweisen.⁷⁸

⁷⁵ Schwartz S. and Diez-Roux R.: Commentary: Causes of incidence and causes of cases – a Durkheimian perspective on Rose. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:435–439.

⁷⁶ Marmot M.: Historical perspective: the social determinants of disease – some blossoms. *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2005, 2:4.

⁷⁷ Buchmann, M.: Krankheitsverhalten. In: Gebert, A. J. et al.: *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit*, Schriftenreihe der SGGP Nr. 9, Horgen 1985 (S. 71–91).

⁷⁸ Bekämpfung des Jodmangels mit jodiertem Salz. Orientierung im Bulletin des BAG vom 22. Juli 2002.

- *Zahnhygiene*: Von 1960 bis 2000 gingen die kariesbedingten Zahnschäden bei Schulkindern um einen Faktor 8 bis 10 zurück dank fluoridierten Zahnpasten und fluoridhaltigem Kochsalz sowie wegen besserer Mundhygiene und Ernährung.⁷⁹ Auch hier wird immer wieder von bestimmten Kreisen dem Fluorid eine bei normaler Dosierung nicht vorhandene Schädlichkeit unterstellt.
- *Impfungen*: Nach Einführung der Impfung gegen Kinderlähmung im Jahre 1957 ging die Zahl der Erkrankungen von jährlich etwa 1000 innerhalb von acht Jahren auf Null zurück.⁸⁰ Gegen Masern, Mumps und Röteln bestehen sehr gute, von der WHO empfohlene Impfstoffe. Trotz Empfehlungen der WHO und des BAG liegt die Durchimpfung der Schweizer Kinder im Schweizer Durchschnitt aber lediglich bei 81%⁸¹ (je nach Kanton zwischen 69 und 93%), was immer wieder kleinere Masernepidemien zur Folge hat. Der Widerstand gegen die Impfung (etwa 7% der Eltern) nimmt tendenziell zu.
- *Grippeimpfung bei Pflegepersonal*: Dem Pflegepersonal mit Kontakt zu betagten Patienten wird empfohlen, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Damit kann vermieden werden, dass die Patienten von Virus-träger/-innen angesteckt werden. Beim Medizinal- und Pflegepersonal lag die Durchimpfung im Jahre 2002 bei 21%, bei den Ärztinnen und Ärzten bei 74,6%.⁸² Eine Kampagne soll die Durchimpfung beim Pflegepersonal anheben, bis jetzt mit einem gewissen, aber nicht überwältigenden Erfolg.
- *Stop-Aids-Kampagne*: Zu Beginn der HIV/Aids-Epidemie hatte die Schweiz die höchste Zahl an Neuerkrankungen in Europa. Mit der international bekannt gewordenen Stop-Aids-Kampagne fand ein starker Rückgang der Neuerkrankungen statt, so dass sich die Schweiz heute im «Mittelfeld» befindet.⁸³ Die neusten Daten lassen aber ein Nachlassen der individuellen Präventionsmassnahmen befürchten.
- *slowUp*: slowUp sind aktive Erlebnistage mit Zielpublikum Gesamtbevölkerung. In einer touristisch attraktiven Region wird die Hauptstrasse einen Tag für Motorfahrzeuge gesperrt und denen zur Verfügung gestellt, die sich mit eigener Kraft auf Rädern, Rollen oder zu Fuss bewegen. Entlang der Strecke lädt ein kulinarisch, kulturell und sportlich vielfältiges Rahmenprogramm zum Verweilen ein. Nationale Träger sind die Stiftung Veloland Schweiz und Schweiz Tourismus. Unterstützt wird slowUp durch Gesundheitsförderung Schweiz als Hauptpartner sowie durch Energie Schweiz und den Verkehrs-Club der Schweiz VCS. slowUp ist eine Kombination von Bewegung und Vergnügen und soll die Teilnehmenden motivieren, auch im Alltag mehr mit dem Velo, mit Skates oder zu Fuss unterwegs zu sein. Die hohen Teilnehmerzahlen und die mediale Aufmerksamkeit lassen diese Anlässe als erfolgreich erscheinen. Gemäss einer im Jahre 2004 durchgeführten Evaluation wirkte der slowUp bei 20% der Teilnehmenden als Auslöser zu mehr Bewegung im Alltag.
- *AllezHop*: AllezHop will die weit verbreitete körperliche Inaktivität in der schweizerischen Bevölkerung ändern. Für inaktive Personen werden schweizweit Bewegungskurse angeboten. Es besteht ein vielfältiges Kursangebot mit pulskontrolliertem Ausdauertraining, Dehnen und Kräftigen der Muskulatur sowie Entspannung. Die Angebote werden von sporttechnisch und medizinisch ausgebildeten kompetenten Personen geleitet. Die Trägerschaft besteht aus Gesundheitsförderung Schweiz, Swiss Olympic Association, Bundesamt für Sport BASPO und Santésuisse. Durch die geringen Kurskosten sollen auch Personen aus sozioökonomisch tiefen Schichten Zugang zu Bewegungskursen geboten werden. Im Zentrum steht die Motivation zu einer täglich minimalen körperlichen Aktivität von 30 Minuten. Eine Evaluation von Akzeptanz und Userprofil Ende 1999 hat gezeigt, dass die Zielgruppe erreicht wird und Struktur und Design gut bis sehr gut akzeptiert werden. Die Schlusserwertung durch das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich ist in Bearbeitung.

⁷⁹ Menghini G.: Orale Gesundheit in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, März 2003.

⁸⁰ Infektionskrankheiten in der Schweiz 1999, Bundesamt für Gesundheit, 2001.

⁸¹ Antrag der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte sowie des BAG an die Gesundheitsdirektorenkonferenz vom Januar 2004, den Kantonen die Einführung eines Monitoring der Durchimpfung in der Schweiz zu empfehlen (die Empfehlung erfolgte dann am 21. April 2004).

⁸² Müller D.A.: Start ins dritte Jahr der Kampagne: Das Medizinal- und Pflegepersonal im Focus. Schweiz. Ärztezeitung 2003; 84, 2021–2023.

⁸³ Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008. Bundesamt für Gesundheit, Dezember 2003.

Die fünf ersten Beispiele weisen einige Gemeinsamkeiten auf, die für den Erfolg (und auch für die heute vorhandene Gefährdung dieses Erfolges) massgebend waren:

- Für die zu bekämpfende Krankheit bestand ein *Problembewusstsein*. Die Krankheit war sichtbar und man war potenziell selbst betroffen.⁸⁴ Es bestand ein Leidensdruck oder zumindest eine Betroffenheit.⁸⁵
- Die Bekämpfungsmassnahmen zeigten kurzfristig eine Wirkung.
- Oft war die Einführung einer Bekämpfungsmassnahme mit starken Persönlichkeiten verbunden, die ihr persönliches oder fachliches Gewicht in die Waagschale werfen konnten. So entstand die Kropfprophylaxe aufgrund der Studien eines engagierten praktizierenden Arztes.⁸⁶ Auch im Falle der Stop-Aids-Kampagne muss von einer glücklichen personellen Konstellation zwischen der im BAG zuständigen Fachperson, dem Amtsleiter und dem zuständigen Vorsteher des Departements ausgegangen werden. Die Kampagne arbeitete mit bewussten Provokationen, was sich über die Jahre als Gratwanderung mit gelegentlichen Ausrutschern, aber letztlich mit gutem Erfolg erwies.
- Mit dem (echten oder scheinbaren) Nachlassen des Problems verschwindet allmählich die Betroffenheit, so dass die einst erfolgreichen Massnahmen kritisch hinterfragt oder gar als unnötig empfunden werden.

Etwas anders gelagert ist die Situation bei den beiden letztgenannten Beispielen. Die oben beschriebene Betroffenheit wegen der Befürchtung kurzfristig eintretender Folgen besteht hier nicht. Wohl ist bekannt, dass Bewegungsarmut langfristig schädlich ist. Dieses Wissen dürfte aber nur eine Teilmotivation sein. Körperliche Bewegung entspricht offenbar für einen Teil der Bevölkerung einem spontanen Bedürfnis, wie auch der Dauererfolg der Vita Parcours zeigt. Die Spontanbenützung ohne spezielle Anreizprogramme liegt dort etwa bei einem Fünftel der Bevölkerung.

Eine vom Bundesamt für Sport in Auftrag gegebene Studie zu Anreizsystemen für körperliche Bewegung findet unter anderem: «Der Anreiz oder die Motivation, sich körperlich zu bewegen oder an einem Bewegungsangebot teilzunehmen, ist im unmittelbaren persönlichen Erleben verankert. Bewegung soll Zufriedenheit bewirken. Freude an der körperlichen Bewegung oder am «Anlass Bewegung», d.h. an der Bewegung in einem angenehmen Kontext (gemeinsam mit anderen Menschen; in der Natur) werden angestrebt. Bewegung hat somit einen intimen Charakter. Der hohe Anspruch, sich aus eigener Motivation zu bewegen, ist verbreitet. Ein spürbares körperliches Erfolgserlebnis (ohne Leistungsanspruch) kann einen attraktiven Anreiz bieten.»⁸⁷

- **Herausforderung 10: Wo müssen wir ansetzen, damit wir bei der Übermittlung unserer Botschaften sowohl bei Entscheidungsträgern als auch in der Bevölkerung eine Betroffenheit auslösen, die auch ohne kurzfristig wahrnehmbaren Nutzen gesundheitsförderliches Verhalten bewirkt?**
- **Herausforderung 11: Wie übertragen wir offensichtliche Erfolge bei bewegungsorientierten Programmen auf andere Verhaltensbereiche, damit gesundes Verhalten nachhaltig mit der Wahrnehmung einer verbesserten Lebensqualität verbunden wird?**

⁸⁴ Die eigene Angst des Autors vor einer Ansteckung mit Kinderlähmung in der Schule im Epidemiejahr 1954 bleibt in nachhaltiger Erinnerung.

⁸⁵ Unter Betroffenheit wird hier die emotionale Verstärkung des Problembewusstseins verstanden, die dazu führt, dass eine mehr intellektuelle Einsicht auch handlungsrelevant wird.

⁸⁶ Hunziker H.: Der Kropf, eine Anpassung an jodarme Nahrung. Aporistische Gedanken über Wesen und Verhütung des Kropfes. Verlag von A. Francke, Bern, 1915.

⁸⁷ Ceesay-Egli K.: Evaluation von Anreizsystemen zur Bewegungsförderung. Fokusgruppen mit körperlich inaktiven Menschen im mittleren Lebensalter. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2003.

7.7 PRÄVENTION ÜBER GESETZGEBENDE MITTEL

Nicht behandelt in diesem Bericht wird das Gebiet der präventiven Massnahmen über Regulierungen, Preisgestaltungen und andere Vorschriften, obwohl die Evidenz der Wirksamkeit hier oft leichter erbracht werden kann (z.B. Rückgang der Unfälle im Strassenverkehr, Preiselastizität beim Alkoholkonsum). Sie sind aber wichtiger Bestandteil einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und sollten nicht zuletzt auch wegen ihrer Wirksamkeit mit in die Überlegungen einbezogen werden. Zudem haben Bestimmungen mit primär präventivem Charakter nebenbei durchaus auch eine gesundheitsfördernde Wirkung (zum Beispiel die 0,5-Promille-Grenze beim Alkoholkonsum im Strassenverkehr).

Wenn Gesundheitsförderung Schweiz in Zukunft den Schwerpunkt auf Policy setzen will, wird sie sich in diesen Fragen mitentscheidend beteiligen müssen und sich unter Umständen auch in einer Deutlichkeit äussern können, die staatlichen Institutionen oft verwehrt ist.

7.8 KONTAKTE ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND POLITIK

Im bereits unter 4.2 erwähnten Aufsatz geht Wismar auf die Notwendigkeit der Politikberatung durch Wissenschaftler ein.⁸⁸ Er unterscheidet dabei zwischen «Politikberatung» und «Politikerberatung». Letztere erachtet er zwar als durchaus notwendig. Da Politiker im Lauf der Zeit aber wechseln, kann eine zu starke Orientierung an Einzelpersonen gefährlich sein.

Er zitiert dazu ein Beispiel aus British Columbia, wo zwischen 1989 und 1995 die Einführung einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung bis ins Detail vorbereitet war und der Prozess unumkehrbar schien. Nach einem Regierungs- und Politikwechsel im Jahre 1996 wurden dann aber die gesamten diesbezüglichen Aktivitäten eingestellt.⁸⁹

Bei der individuellen Ansprache von Politikern betont er die Notwendigkeit einer «take-home-message», die für den Politiker bei der Vertretung des Anliegens weiter verwendet werden kann. Die genannten Erfahrungen zeigen auf, wie wenig weit fortgeschritten der Kontakt zwischen Gesundheitsförderung und Politik in der Schweiz ist, zumindest auf kantonaler Ebene.

Das Gespräch zwischen Wissenschaft und Politik muss institutionalisiert sein. Bei der Übermittlung der erwähnten «take-home-messages» ist darauf zu achten, dass sie für den Politiker handlungsrelevant sind, dass er auf dieser Grundlage politisieren kann. Die eigene Erfahrung zeigt, dass dies oft ebenso nötig wie schwierig und zeitaufwändig ist. Wer in den Achtzigerjahren diese Aufgabe im Bereich der Aidsprävention wahrnehmen musste, weiss auch, dass sich der Zeitaufwand lohnen kann. Andererseits muss die Fachperson, die diesen Kontakt hat etablieren können, sich davor hüten, in interne Machtkämpfe der Politik miteinbezogen zu werden.

Der Inhalt von Take-home-messages hängt vom besprochenen Thema ab. Wichtig ist, dass sie einfach und «eindimensional» ist und gut in Erinnerung behalten werden kann. Vereinfachungen bis an den Rand des wissenschaftlich Erträglichen lassen sich dabei nicht vermeiden.

⁸⁸ Wismar M. Health Impact Assessment – Politikberatung als Bindeglied zwischen Wissensproduktion und Entscheidungsfindung. GGW 4/2003 (Oktober), 3. Jg.

⁸⁹ Banken R.: Strategies for Institutionalising HIA. ECHP Health Impact Assessment Discussion Papers, Number 1. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, September, 2001.

Vereinfachungen brauchte es zum Beispiel in der Zeit der offenen Drogenszenen. Bei der Planung der heroingestützten Behandlung lautete beispielsweise eine präventiv orientierte Botschaft: «Mit der Einführung der heroingestützten Behandlung bringen wir die Drogenszene von der Strasse weg.» Die Vereinfachung ist offensichtlich, aber die Botschaft war wirksam und erfolgreich.

Take-home-messages müssen auch einfach transportierbar sein. Ein Politiker wird in seinem Handeln bestätigt, wenn er aus dem Kreis der politischen Partei, der Presse oder der Bevölkerung eine Rückmeldung bekommt, welche die Botschaft bestätigt. Im Bereich der Prävention ist es naturgemäss einfacher als in der Gesundheitsförderung, solche Botschaften zu formulieren.

- **Herausforderung 12: Welche «take-home-messages» formulieren wir in der Gesundheitsförderung für die Politik, damit unsere Botschaften leichter auch in die Bevölkerung transportiert werden können?**

7.9 WAS KANN VOM AUSLAND GELERNT WERDEN?

- Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz können sich im internationalen Vergleich durchaus sehen lassen. BAG, Gesundheitsförderung Schweiz und weitere Organisationen arbeiten mit einer grossen Ideenvielfalt und einer hohen fachlichen Qualifikation. Das Geld, das in der Schweiz für diesen Bereich eingesetzt wird, ist gut eingesetzt. Aber es ist zu wenig. Auch inhaltliche Schwachstellen und Verbesserungsmöglichkeiten sind vorhanden. Aus den untersuchten ausländischen Modellen lassen sich die folgenden für die Schweiz relevanten Beobachtungen ableiten (der politische Teil wurde bereits unter 7.1 behandelt):

Wer im deutschsprachigen Raum nach einer guten Übersicht über Evidenz in der Gesundheitsförderung sucht, wird lange suchen. Es gibt zahlreiche Artikel über die Notwendigkeit von Evidenz, über Anstrengungen auf diesem Gebiet und natürlich zu einzelnen speziellen Themen wie Impfen oder betriebliche Gesundheitsförderung. Es ist eigentlich erstaunlich, dass die wichtigste Frage, welche die Politik an die Gesundheitsförderung stellt, kaum beantwortbar ist. Bereits unter 4.3 wurde die Publikation erwähnt, welche von der International Union for Health Promotion and Education im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft erstellt wurde.⁹⁰ Bei der Beschreibung der Entstehungsgeschichte findet sich ein bemerkenswerter Satz: «*The active participation of politicians helped the academicians understand how to better communicate effectively to a non-scientific audience.*» Wenn die Politik in der Schweiz vom Nutzen der Gesundheitsförderung überzeugt werden soll, wäre eine Zusammenfassung dieser Texte in unseren Landessprachen ohne Zweifel von grossem Nutzen.

- Bei der Erstellung von Gesundheitszielen auf nationaler Ebene wendet Kanada in vorbildlicher Weise das Prinzip der Partizipation an (6.2). Zu diesem Zweck wird die Bevölkerung in die Formulierung dieser Ziele mit einbezogen. Im Internet sind entsprechende vorstrukturierte Fragebogen abrufbar.⁹¹ Für Opinion Leaders und Entscheidungsträger wurde eine gut lesbare Broschüre entwickelt.⁹² Dies könnte auch für die Schweiz ein Weg sein, die Bevölkerung mit dem Gedankengut der Gesundheitsdeterminanten vertraut zu machen.
- Von Interesse ist in den Niederlanden die konsequente Zielgruppenorientierung bei der Gesundheitsinformation (6.3). Zurzeit geht man von 6 Hauptgruppen aus: Jüngere Menschen, ältere Menschen, Arbeitnehmer, Eingewanderte, sozioökonomisch Benachteiligte und Patienten. Vor dem Erstellen neuer Projekte werden vorgängig die notwendigen Informationen über die vorgesehene Zielgruppe beschafft. Ob diese generelle Zielgruppenorientierung immer genügt oder ob die Zielgruppen von Fall zu Fall zum Beispiel mit den Sinus-Milieus (4.7) festgelegt werden müssten, wäre näher zu untersuchen.

⁹⁰ International Union for Health Promotion and Education: The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. Jouve Composition & Impression, Paris, 2000.

⁹¹ www.healthycanadians.ca

⁹² Canadian Public Health Association: Public Health Goals for Canada, Background for a Discussion, nicht datiert. Abrufbar unter www.healthycanadians.ca/BkgDisc-e.html

- Am eindrucklichsten fällt bei den unter 6. beschriebenen Ländern die Qualität der Gesundheitsinformation für die Bevölkerung auf. Gesundheitsinformationen können grundsätzlich nach Stichwort abgerufen werden; die Antworten sind – soweit untersucht – von guter Qualität. Die Websites sind attraktiv aufbereitet und mit laufend wechselnden Aktualitäten aus dem Gesundheitsbereich aufgefrischt. Lohnend ist ein kurzer Blick auf die folgenden Websites:
 - www.canadian-health-network.ca (Kanada)
 - www.nigz.nl/sites/index.cfm?action=sites (Niederlande, allgemein)
 - www.oudersonline.nl/ (Niederlande, für Eltern)
 - www.vichealth.vic.gov.au (Bundesstaat Victoria, Australien)
 Für Teilbereiche gibt es in der Schweiz sogar weiter gehende und interaktive Informationsmöglichkeiten, z.B. für Jugendliche die mit Hilfe von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte Site www.tschau.ch (deutsch) bzw. www.ciao.ch (französisch). Die Website www.gesundheit.ch (vom Pressebüro Bachmann betrieben) liefert zwar nützliche Informationen, ist aber weder an Umfang noch Qualität mit den erwähnten ausländischen Beispielen vergleichbar.
- Gesundheitsförderung Schweiz betreibt verschiedene qualitativ hoch stehende Produkte. Über die Websites www.healthorg.ch und www.healthproject.ch können von Fachpersonen Informationen über laufende Projekte in der Schweiz abgerufen werden. Für Personen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen, besteht die Website www.quint-essenz.ch. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten. Der Hauptauftritt im Internet unter www.promotionsante.ch ist zwar sehr informativ über die Stiftung und über das Fachgebiet Gesundheitsförderung, für die Allgemeinheit aber viel zu intellektuell und wohl auch nicht interessant. Für die Allgemeinbevölkerung liefert Gesundheitsförderung Schweiz keine direkten Informationen, was im Hinblick auf die notwendige Imagebildung der Institution zu bedauern ist.
- **Herausforderung 13: Wie vermitteln wir den Entscheidungsträgern die Erkenntnisse über Evidenz und Best Practice, damit die Chancen einer politischen Umsetzung erhöht werden?**
- **Herausforderung 14: Wie kommunizieren wir verständlich und erfolgreich mit der Bevölkerung, damit unsere Botschaften als attraktiv wahrgenommen werden?**

7.10 STELLUNG UND FUNKTION VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Bewusst wird für Gesundheitsförderung Schweiz ein eigener Abschnitt eingefügt. Gesundheitsförderung Schweiz kommt für die Zukunft der Gesundheitsförderung und der Prävention in der Schweiz eine entscheidende, wenn nicht **die entscheidende** Rolle zu. Bis heute hat sie diese noch nicht im notwendigen Ausmass wahrnehmen können. Kurz und stark vereinfacht zusammengefasst besteht ihre Stärke in einer hohen fachlichen Kompetenz, die sich auch im internationalen Vergleich sehen lassen kann, und ihre Schwäche darin, dass sie ihre Erkenntnisse noch zu wenig in den politischen und gesellschaftlichen schweizerischen Alltag einbringen konnte. Ein Nachteil für Gesundheitsförderung Schweiz besteht sicher im unter 5.1.3 beschriebenen Umstand, dass in der Schweiz eine Nationale Gesundheitspolitik, wenn überhaupt, nur dem Namen nach besteht und verbindliche Ziele für Gesundheitsförderung und Prävention fehlen. Sie hat es aber auch nicht geschafft, diesen politischen Prozess wesentlich voranzubringen. Vom schweizerischen Gesundheitssystem her betrachtet gibt es aus fachlichen wie aus strukturellen Gründen aber keine andere Institution, die diese Rolle wahrnehmen könnte. Allenfalls käme das Bundesamt für Gesundheit in Frage. Alle Erfahrungen zeigen aber, dass die Wahrnehmung von Führungsaufgaben durch diese Bundes-Institution mit Ausnahme des Bereiches Gesundheitsschutz in den Kantonen auf Widerstand stösst. Zudem stellt sich die Frage, wie weit das Bundesamt für Gesundheit in Zukunft noch in der

Gesundheitsförderung aktiv sein kann, wenn weiterhin mit einschneidenden Budgetkürzungen zu rechnen ist. Gesundheitsförderung Schweiz sollte sich – in enger Absprache mit dem Bundesamt für Gesundheit – auf eine solche Eventualität vorbereiten.

Die Schwächen von Gesundheitsförderung Schweiz bei der Wahrnehmung von Policy-Aufgaben sind bereits im Evaluationsbericht von PriceWaterhouseCoopers (PWC) erwähnt. Die Beurteilung aufgrund der im vorliegenden Bericht gewonnenen Erkenntnisse kommt zu fast identischen Schlussfolgerungen. Es lässt sich daher nicht vermeiden, dass einige Punkte aus den Vorschlägen von PWC wiederholt werden.

Aus der internationalen Literatur ergeben sich aus zum Teil ganz verschiedenen Gesichtswinkeln immer wieder die gleichen Erkenntnisse: Gesundheitsförderung muss, um sich etablieren zu können, nahe bei der Politik und nahe bei der Bevölkerung sein. Beides ist in der Schweiz bis heute nicht in ausreichendem Ausmass erfüllt.

PWC formuliert dies in Bezug auf Gesundheitsförderung Schweiz wie folgt: «Der Stiftung fehlt für ein effektives Wirken damals wie heute der Rahmen einer schweizweit klaren Politik der Gesundheitsförderung und Prävention, ihre Positionierung im Kontext der wesentlichen Akteure (Bund, Kantone, Versicherer), deren Anerkennung und die Konkretisierung ihrer Rolle. Dazu kommt die institutionell enge, aber inhaltlich sehr offene Aufgabenumschreibung im KVG. Die Stiftung selbst vermochte bislang diese Mängel im Umfeld nicht zu kompensieren. Ihr fehlte das selbstbewusste politische Management. Die Beziehungen und Vernetzung zu den Kantonen und Versicherern – obgleich vertreten im Stiftungsrat – sind nicht optimal gepflegt und genutzt, die Beziehung zum Bund beziehungsweise zum Bundesamt für Gesundheit scheint blockiert. Der Stiftung fehlt weiterhin eine konsistente, präzise, fokussierte und breit abgestützte Strategie.»

Von Seiten der Politik wurden bisher keine wesentlichen Anstösse gegeben, sei es aus mangelndem Interesse oder aus mangelnder Kenntnis der Materie. Das unter 5.6 erwähnte Arbeitspapier von santésuisse zuhanden des Vorstehers des Departements des Innern zeigt aber, dass ein erhebliches Unbehagen, das weit über die Rolle von Gesundheitsförderung Schweiz hinausgeht, über den Status quo besteht. Die von santésuisse favorisierte Lösung einer zentralen Agentur dürfte den schweizerischen Realitäten nicht ganz entsprechen. Sie zeigt aber die Stossrichtung an, die verfolgt werden muss. Gesundheitsförderung Schweiz kommt in diesem Vorschlag eine zentrale Rolle zu. Wird diese nicht in absehbarer Zeit in geeigneter Form wahrgenommen, besteht die Gefahr eines Schiffbruchs.

PWC hat in ihrem Bericht die folgenden Optionen bezeichnet:

- a) Modell «Policy»: Die Stiftung als die zentrale Drehscheibe und treibende Kraft der Gesundheitsförderung in der Schweiz,*
- b) Modell «Wissenschaft»: Die Stiftung als wissenschaftlich ausgerichtetes Kompetenz- und Beratungszentrum der Gesundheitsförderung in der Schweiz.*

Der Stiftungsrat hat sich sicher zu Recht für das Modell «Policy» entschieden. Dieses Modell ist auch aus der Sicht des vorliegenden Berichts die richtige Option. Die Übernahme dieses Modells a) darf natürlich nicht den Verzicht auf Wissenschaftlichkeit bedeuten. Eine Kernkompetenz würde aber darin bestehen, die wissenschaftlichen Erkenntnisse so aufzubereiten, dass sie als politisch handlungsrelevant wahrgenommen werden (siehe auch 7.7).

Das Policy-Modell muss aber auch eine klare Erkennbarkeit von Gesundheitsförderung Schweiz beinhalten. Das Modell bedeutet auch, dass Gesundheitsförderung Schweiz für die konkrete Umsetzung von Projekten die Zusammenarbeit mit zuverlässigen Partnern braucht. Im Fall der Zusammenarbeit mit Kantonen sind klare Vereinbarungen zu treffen, und man muss vermeiden, dass bei finanziellen Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz entsprechende Einsparungen in den kantonalen Budgets erfolgen. Dem Kontakt mit den Kantonen muss gegenüber anderen Partnern Priorität eingeräumt werden, und sie müssen aktiv in die Geschäfte mit einbezogen werden. Konkrete Projekte, die sinnvollerweise nicht von Gesundheitsförderung Schweiz selbst umgesetzt werden und für die die Kantone auch keine personellen

oder strukturellen Ressourcen bereitstellen können, sollten mit Leistungsvereinbarungen anderen kompetenten Partnerorganisationen übertragen werden. Hier ist zu unterscheiden zwischen Ad-hoc-Partnern, die man nur für ein bestimmtes Projekt beizieht, und ständigen Partnern, mit denen ein etablierter Kontakt auf der Führungs- wie auf der Ausführungsebene bestehen muss. Für den Kontakt mit der Bevölkerung müsste – von Gesundheitsförderung Schweiz selbst betrieben oder in Auftrag gegeben – ein Internetauftritt in der Art der unter 7.8 beschriebenen Beispiele aus dem Ausland aufgebaut werden, selbstverständlich unter Berücksichtigung der Sprachregionen und der kulturellen Unterschiede. Es ist unabdingbar, dass Gesundheitsförderung Schweiz die bisher offenbar bewusst gehandhabte Zurückhaltung gegenüber der Öffentlichkeit aufgibt und als permanent vertretene und als kompetent wahrgenommene Stimme in der Öffentlichkeit auftritt. Es stellt sich die Frage, ob diese Erkennbarkeit nicht sogar mit einer Person, mit einem präsenten «Gesicht» versehen werden sollte. Im Beispiel aus Victoria macht dieser (gewollte oder ungewollte) Umstand jedenfalls Eindruck.

Zu klären ist auch die Frage, ob sich die Tätigkeiten auf die Gesundheitsförderung beschränken sollen oder ob, wie weit und in welcher Form Prävention mit in das Tätigkeitsprofil einbezogen werden soll. Die Frage hat einen fachlichen Aspekt, der unter anderem gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit geklärt werden müsste. Sie hat aber auch einen ganz praktischen Aspekt. Obwohl Gesundheitsförderung Schweiz diesbezüglich ihre anfänglich relativ starre Haltung inzwischen angepasst hat, ist die Diskussion einer für alle Beteiligten transparenten Lösung zuzuführen.

Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, die angeschnittenen Fragen vertieft zu behandeln. Sollen Gesundheitsförderung und Prävention aber gestärkt werden, müssen die hier erwähnten Fragen mit erster Priorität behandelt und zu Lösungen geführt werden.

- **Herausforderung 15: Welches Profil gibt sich Gesundheitsförderung Schweiz, damit sie künftig eine Leaderrolle übernehmen kann?**

8. Handlungsbedarf und Empfehlungen

«What is striking is that there has been so much written often covering similar ground and apparently sound, setting out the well-known major determinants of health, but rigorous implementation of identified solutions has often been sadly lacking.»
Derek Wanless, 2004⁹³

Das oben stehende Zitat ist eigentlich eine Zusammenfassung von Kapitel 7 auf engstem Raum. Die dort erwähnten 15 Herausforderungen sind Fragen, auf die zurzeit nur wenige genügende Antworten bestehen. Auch die folgenden Ausführungen sind nicht in der Lage, diese Fragen zu beantworten. Sie geben aber Hinweise darauf, wie der Prozess der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention angegangen werden kann.

Kapitel 8 ist keine Zusammenfassung, die sich unter Weglassung der vorangehenden Kapitel für eine schnelle Lektüre eignet. Die Ausführungen erfolgen bewusst unter einem anderen Blickwinkel als in Kapitel 7. Die Zuteilung zu den einzelnen Bereichen von Kapitel 7 ist daher nicht möglich. Für die Beurteilung des Handlungsbedarfs und für die Umsetzung wird empfohlen, beim Erarbeiten von Konsequenzen aus dem vorliegenden Bericht parallel mit den Kapiteln 7 und 8 zu arbeiten und insbesondere auch die 15 Herausforderungen aus Kapitel 7 beizuziehen, die in Anhang 11 zusammengefasst sind. Zudem sei an dieser Stelle auf die zahlreichen Beispiele hingewiesen, welche die Ausführungen von Kapitel 4 ergänzen.

Obwohl Gesundheitsförderung Schweiz der Auftraggeber für diese Arbeit ist, werden die Empfehlungen bezüglich der durchzuführenden Instanz offen gelassen. Dies kann eine Diskussion mit andern Partnern der Gesundheitsförderung erleichtern.

Die Empfehlungen sind schwergewichtig auf den Policybereich ausgerichtet, da hier der grösste Handlungsbedarf geortet wird.

8.1 AUSGANGSLAGE BEACHTEN

Bei der Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung und Prävention fällt auf, dass es eine reichhaltige wissenschaftliche Literatur gibt, die in den letzten Jahrzehnten zu einer beachtlichen Wissensvermehrung geführt hat. Verglichen mit diesem Wissen steckt die Umsetzung in die Praxis vielerorts noch in den Kinderschuhen. Die Prävention hat es diesbezüglich etwas leichter, da sie besser formulierbare, spezifische Ziele angeben kann. Die Gründe für die Umsetzungsschwierigkeiten werden häufig nicht hinterfragt, oder es werden aus vorhandenen Erkenntnissen nicht die richtigen Konsequenzen gezogen. Im Folgenden werden vor den Empfehlungen zwei Teilursachen aufgezeigt, die auch bei inhaltlich guten Projekten der Gesundheitsförderung zum Scheitern beitragen können.

8.1.1 Die Vielschichtigkeit des Gesundheitsbegriffs

Nimmt man das Kommunikationsmodell in Kapitel 4.8 zu Hilfe, so zeigt sich bald, dass Sender und Empfänger unserer Botschaften oft nicht dieselbe Sprache sprechen. Der umfassend verstandene Gesundheitsbegriff der Fachwelt deckt sich meistens nicht mit dem Gesundheitsverständnis in der Bevölkerung und in der Politik. In Politik und Verwaltung wird Gesundheit weitgehend mit dem Bereich der Gesundheitsversorgung gleichgesetzt, wie ein Blick auf die Struktur und die Aufgaben einer kantonalen

⁹³ Derek Wanless: Securing Good Health for the Whole Population. Final Report. Published with the permission of HM Treasury on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. Crown copyright 2004.

Gesundheitsdirektion erkennen lässt. Dies war durchaus nicht immer der Fall. Greift man beispielsweise zurück auf Jakob Laurenz Sonderegger, einen der grossen Schweizer Ärzte des 19. Jahrhunderts, so zeigt sich, dass die «öffentliche Gesundheit» als Vorläuferin von Public Health früher durchaus den ganzen Bereich von der Epidemiologie über Hygiene und Aufklärung bis zur Versorgung von Patienten umfasste.⁹⁴ Erst die schnelle und erfolgreiche Entwicklung der Kurativmedizin nach dem zweiten Weltkrieg und die damit verbundene Kostenentwicklung haben – vorwiegend in den Kantonen als Zuständige für das Gesundheitswesen – zu einer Einengung des Gesundheitsbegriffs geführt. In der Bevölkerung entsteht zwar zunehmend ein Bewusstsein, dass Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist. Dieses Bewusstsein äussert sich aber vorwiegend in der zunehmenden Beliebtheit von Wellness-Angeboten, die dem individuellen Bedürfnis nach Wohlbefinden durchaus Rechnung tragen, die im Umfeld liegenden Gesundheitsdeterminanten aber völlig ausblenden.

Alternative Begriffe, die den umfassenden Gesundheitsbegriff abdecken, sind rar. Das «Wohlbefinden», das zur Zeit der WHO-Gesundheitsdefinition von 1946 durchaus passend war, ist heute durch die individuumszentrierte Wellness besetzt. Ab ehesten eignet sich der Begriff der Lebensqualität, der aber nicht synonym mit Gesundheit ist und der je nach Gesellschaftsschicht ebenfalls verschieden interpretiert wird.

Mit genügend Zeit und der Möglichkeit einer Diskussion kann es durchaus gelingen, der Bevölkerung den umfassenden Gesundheitsbegriff näher zu bringen. Eine grosse Hilfe ist dabei nach den Erfahrungen des Autors der Kohärenzbegriff von Antonovsky. Seine drei Kategorien der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit knüpfen bei vielen Menschen an bekannte eigene Erfahrungen an, die sie aber bisher nicht mit Gesundheit in Zusammenhang gebracht hatten.

Es scheint manchmal, als ob die Gesundheitsförderung losgelöst von den anderen Gesundheitsthemen «Krankheit» und «Wellness» stattfindet. Die Ausgangslage ist damit insofern schwierig, als «Verkäufer» und «Käufer» des Produkts «Gesundheit» unter diesem Begriff nicht dasselbe verstehen.

8.1.2 Von der Mission zur kompetenten Fachberatung

Neben dem beschriebenen Problem des Verständnisses wirkt sich erschwerend aus, dass «Gesundheit» eigentlich kein Produkt ist, das verkauft werden kann. In der Kurativmedizin kann der Eindruck eines «Produkts» zwar kurzfristig erweckt werden. Gesundheitsförderung und Prävention haben aber «nur» langfristig wirksame Hilfsmittel anzubieten. Man kann Verhaltens- oder strukturelle Veränderungen propagieren, die zu Gesundheit führen. Wer aber laufend mit dem Argument der Gesundheit solche Veränderungen herbeiführen will, wird bald als Missionar wahrgenommen, auch wenn die Argumente noch so richtig sind.

Ein Vergleich mag dies erläutern: Ein Verfechter biologisch angebauter Produkte wurde lange Zeit als Sonderling wahrgenommen. Seine Produkte gelangten in das Reformhaus, wo sie durchaus verkauft wurden, aber nur von einer kleinen Bevölkerungsschicht. Die Situation änderte erst, als die Grossverteiler von Lebensmitteln den «Bio-Trend» aufnahmen und einen Teil ihrer Produkte unter diesem Label anzubieten begannen. Die Gesundheitsförderung befindet sich in diesem Bild noch weitgehend im Stadium des Reformhauses. Die Herausforderung besteht darin, die Botschaften so aufzubereiten, dass sie für die «Grossverteiler» interessant werden.

Eine der Herausforderungen für die Gesundheitsförderung besteht also darin, sich in einem Markt zu positionieren, der den Gesundheitsbegriff bereits weitgehend besetzt hat. Das Kommunikationsmodell (Kapitel 4.8) fordert als Voraussetzung in dieser Situation Glaubwürdigkeit (d.h. Sachkenntnisse und Vertrauenswürdigkeit) sowie Attraktivität und Status. Das «Produkt», das wir anzubieten haben, ist zwar

⁹⁴ Sonderegger JL: Vorposten der Gesundheitspflege. Berlin, Vlg. Herm. Peters, 1873.

nicht direkt Gesundheit, aber Beratungen bzw. Hilfestellungen für das Erreichen einer guten Lebensqualität (der Bevölkerung oder eines Individuums). Es wird also darum gehen, die konkreten Voraussetzungen festzulegen, welche die Nachfrage nach diesem «Produkt» verbessern.

Auch bei einem geeigneten Vorgehen steht der Erfolg nicht fest. Wenn wir Gesundheitsförderung als Teil einer Public-Health-Aufgabe sehen, dann heisst das noch nicht, dass diese Wahrnehmung politisch geteilt wird. Gesundheitsförderung ist eine langfristige Investition, die rein biologisch gesehen für das Überleben nicht notwendig ist. Wenn es nicht gelingt, Gesundheitsförderung neben dem Gesundheitswesen auch in den anderen Bereichen von Politik und Verwaltung zum Thema zu machen, wird der Erfolg ausbleiben. Gesundheitsförderung Schweiz und ihre «Gesundheitsförderer» werden in diesem Modell zu kompetenten Fachberatern für die anderen Bereiche ausserhalb des Gesundheitswesens, in die sie den Standpunkt der Gesundheit einbringen können. Wenn die Politik sich für ein solches Modell einsetzen soll, muss es vor dem Hintergrund eines Staatsverständnisses geschehen, das sich Lebensqualität und nicht nur Überleben zum Ziel setzt. So betrachtet ist Gesundheitsförderung letztlich *eine Frage nach der Art der Gesellschaft, in der die Menschen leben wollen.*

8.2 ZIELE FORMULIEREN

Die Auseinandersetzung mit Gesundheitszielen beschränkte sich bisher in der Schweiz weitgehend auf die Fachgesellschaften. Politisch abgestützte, nationale Ziele bestehen nicht. Auch wenn die Gesundheitspolitik im Wesentlichen im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegt, können nationale Ziele Dialog und Legitimität schaffen. Die Erstellung nationaler Gesundheitsziele sollte deshalb an die Hand genommen werden. Mit Vorteil orientiert man sich dabei am schwedischen Vorbild, wo sich die Ziele nicht an Krankheiten, sondern an den Gesundheitsdeterminanten orientieren. Auftraggeber sollte nicht wie bisher eine Fachorganisation sein, sondern wenn möglich die Gesundheitsdirektorenkonferenz und das Eidgenössische Departement des Innern im Rahmen des ständigen Dialogs als Nachfolge der Nationalen Gesundheitspolitik. Die kanadische Praxis, die Bevölkerung mittels Fragebogen im Internet an diesem Prozess teilhaben zu lassen, ist dabei zur Nachahmung empfohlen.

8.3 BOTSCHAFTEN ZIELGRUPPEN- UND SITUATIONSGERECHT GESTALTEN

8.3.1 Die Kernbotschaften der Gesundheitsförderung

Die wichtigsten Grundlagen der Gesundheitsförderung finden sich in der Charta von Ottawa. Sie wurden an späteren Konferenzen ergänzt und aktualisiert, zuletzt mit der Charta von Bangkok (August 2005). In der Originalfassung sind sie für schweizerische Verhältnisse teilweise schwer verständlich; in der Politik stossen sie nicht selten auf Widerstand. In erster Linie ist dies wohl ein Problem einer Denkweise, die der aktuellen staatlichen Gesundheitspolitik weitgehend fremd ist. Erschwerend kommt aber auch die oft als geschwollen wahrgenommene Sprache dazu. Die Erfahrung zeigt, dass in der Realität einer kantonalen Gesundheitsbehörde oder eines Parlaments eine Diskussion über die Ottawa Charta kaum möglich ist. In der Bevölkerung ist die Charta (zu Unrecht) überhaupt nicht bekannt.

Die Kernbotschaften der Gesundheitsförderung sind daher mit zwei verschiedenen Zielsetzungen aufzuarbeiten. Einerseits müssen sie verständlich, attraktiv und in einer Sprache abgefasst sein, die von den massgebenden Entscheidungsträgern akzeptiert und als handlungsrelevant anerkannt werden. Andererseits müssen sie auch für die Bevölkerung bzw. für spezifische Untergruppen verständlich und bedeut-

sam sein. Es muss also eine Form der Kommunikation gefunden werden, welche diese Denkweise und deren Inhalte auf eine Weise transportiert, die zu einer echten Auseinandersetzung mit dem Inhalt führt. Dies braucht keine wortgetreue Übersetzung zu sein, sondern eine für schweizerische Verhältnisse geeignete Darstellung der Denkweise.

8.3.2 Bei der Erstellung von Botschaften zu beachten

- Ausserhalb von Fachkreisen ist auf die Verwendung von Fachbegriffen der Gesundheitsförderung zu verzichten. Vor allem Fremdwörter wie «advocacy», «empowerment» oder «Salutogenese» schaffen unnötige Distanz.
- Botschaften, Projekte und Programme, die nicht für Fachkreise bestimmt sind, müssen auf die jeweilige regionale Situation (z.B. Sprachregion) abgestimmt werden. Dies bedeutet einen zusätzlichen Arbeitsaufwand, ermöglicht aber bei der Umsetzung eine optimale Anpassung an die lokalen Gegebenheiten.
- Sorgfältige, vom Inhalt der Botschaft abhängige Ausrichtung auf das Zielpublikum. Die übliche Berücksichtigung von Alter und Geschlecht ist oft ungenügend. Beispiele für differenzierte Zielgruppen finden sich in den Niederlanden [6.3] oder vielleicht noch besser auf die aktuellen Gegebenheiten ausgerichtet im Zielgruppen-Segmentierungsmodell der «Sinus-Milieus» [4.7 und Anhang 3].
- Prüfung eines Miteinbezugs der Ärzteschaft bei der Verbreitung von Botschaften. Ärzte sind zwar in Kommunikationsfragen schlecht ausgebildet und oft skeptisch gegenüber der Gesundheitsförderung eingestellt. Sie sind dank ihres Status aber dennoch gute mögliche Multiplikatoren. Oft ist eine aktive Mitbeteiligung gar nicht nötig. Ein passives Wohlwollen ist immer noch besser als eine zur Schau getragene Skepsis oder gar Ablehnung. Bei Projekten der Prävention stellen sich diesbezüglich weniger Probleme, da Prävention näher beim ärztlichen Alltag liegt.
- Beachtung der Frage, ob eine Botschaft geeignet ist, *Betroffenheit* auszulösen. Betroffenheit im Sinne von «diese Botschaft geht mich etwas an, sie betrifft mich» ist eine Voraussetzung für den Erfolg (siehe 7.5). In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob emotionale Komponenten eingesetzt werden sollen (siehe Beispiel unter 4.8.2).

8.4 POLITIK UND VERWALTUNG ALS ZIELGRUPPEN

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf die Interaktion zwischen Akteuren der Gesundheitsförderung und solchen der Politik und Verwaltung. Je nach Situation ist die Ebene des Bundes, der Kantone oder der Gemeinden angesprochen. Auf der Seite der Gesundheitsförderung ist grundsätzlich jeder Akteur mit Kontakten zu Politik und Verwaltung angesprochen. In der Praxis beziehen sich die Empfehlungen auf das Ziel von Gesundheitsförderung Schweiz, Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken.

- Die Frage der **Nationalen Gesundheitspolitik** sollte neu aufgegriffen werden. Die unter 5.1.3 erwähnten regelmässigen Gespräche zwischen Bund und Kantonen können für die Gesundheitsförderung und Prävention sicher nützlich sein, genügen aber nicht. Es ist zu untersuchen, warum beim ursprünglichen Projekt ausgerechnet das Thema «Empowerment» ersatzlos gestrichen wurde (wurde es vielleicht nicht verständlich kommuniziert?).
- Es ist ein Konzept für **politisches Lobbying** zu erarbeiten (einschliesslich der Finanzierungsfrage), das über die bestehenden, durchaus hoffnungsvollen Ansätze hinausgeht. Lobbyarbeit ist nicht nur auf Bundesebene nötig, sondern auch bei den Kantonalparteien. Die in Anhang 4 unter Punkt 2 erwähnte Fachstelle für Gesundheitspolitik könnte mit Mitteln von Gesundheitsförderung Schweiz direkt oder indirekt verstärkt werden.
- Es ist ein Konzept zu erstellen, wie ein regelmässiger Kontakt und eine **Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern mit Politikern etabliert** werden kann. Die

Botschaften der Gesundheitsförderung, die verständlich aufzuarbeiten sind (siehe 8.3), müssen regelmässig mit den politisch Verantwortlichen diskutiert werden, damit sie die Politik im Rahmen ihrer Prioritäten platzieren kann. Bezogen auf Gesundheitsförderung Schweiz heisst das auch, dass der Stiftungsrat nicht nur eine Aufsichtsfunktion hat, sondern einen ersten inhaltlichen Filter bildet, in dem die Botschaften hängen bleiben oder eben unbeachtet durchfliessen.

- Es ist eine verständliche, nicht zu lange Publikation zu erstellen, welche die vorhandene **Evidenz** und die **Wirtschaftlichkeit gesundheitsfördernder und präventiver Massnahmen** darstellt. Der Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz an das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie⁹⁵ ist ein gutes Beispiel für diesen Ansatz, der dann auch breit kommuniziert werden muss.
- Es sind **«take-home-messages»** für Politikerinnen und Politiker sowie andere Entscheidungsträger zu formulieren (siehe 7.7). In der Realität hat dies natürlich ad hoc in einer gegebenen Situation zu erfolgen. Als Übung könnte dies aber zum Beispiel anlässlich einer Klausurtagung mit Fachpersonen (Vitznauer Tagung) durchgeführt werden.
- Das Thema **Health Impact Assessment (Gesundheitsverträglichkeitsprüfung)** ist fachlich so aufzuarbeiten, dass es in der politischen Diskussion nicht nur als «interessant», sondern als zwingend handlungsrelevant betrachtet wird. Im oben genannten Kontakt zwischen Wissenschaft und Politik können hier gute Grundlagen gelegt werden. Die Aufbereitung könnte auch durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe, in der unter anderem politisch Verantwortliche und Fachpersonen der Gesundheitsförderung vertreten sind, erfolgen. Gute Beispiele aus der internationalen Literatur sind unter 4.2 erwähnt.
- Kontakte zwischen Fachpersonen und Politikern sollten in den Kantonen, aber auch auf überkantonaler Ebene erfolgen. Für diesen Zweck eignen sich sowohl die regionalen wie auch die gesamtschweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK. Ein Ziel muss sein, **Gesundheitsförderung und Prävention an jeder Sitzung von Vorstand und Plenum der GDK als festes Traktandum zu etablieren** (natürlich mit entsprechenden Inhalten zur Entscheidung und nicht nur zur belanglosen Orientierung am Schluss der Sitzung). Dieser scheinbar mehr äusserliche Punkt wird keine kurzfristigen Wunder bewirken, aber mittelfristig sensibilisieren. Ohne regelmässige Behandlung von Gesundheitsförderung und Prävention in der GDK werden diese Bereiche für die kantonale Politik weitgehend irrelevant bleiben.
- Es sind Konzepte zu erarbeiten, wie die **Gesundheitsförderung strukturell besser in die kantonale Gesundheitspolitik eingebaut** werden kann.

Auf Bundesebene sind die verschiedenen Bereiche der Gesundheitspolitik (sofern im Zuständigkeitsbereich des Bundes) im gleichen Amt untergebracht (siehe Anhang 4). Wenn hier Fachpersonen für Gesundheitsschutz wie auch für Gesundheitsförderung in massgebenden Positionen gleichberechtigt arbeiten, sollte dies auch in einer kantonalen Gesundheitsdirektion möglich sein.

Die Zielgruppe betrifft dabei nicht nur Verantwortliche der kantonalen Exekutivpolitik. Diese fällen ihre Entscheide im Allgemeinen aufgrund von Beratungen durch ihre Chefbeamten und natürlich auch aufgrund ihrer Parteizugehörigkeit. Die Institutionalisierung eines regelmässigen Gedankenaustausches und die Etablierung eines Vertrauensverhältnisses zur Verwaltung, deren Vertreterinnen und Vertreter oft länger im Amt sind als die Politikerinnen und Politiker, können je nach Situation wirksamer sein. Zu denken ist hier in erster Linie an die Kantonsärzteschaft (die aber oft weit vom Gedankengut der Gesundheitsförderung entfernt ist) und natürlich an die kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung, sofern diese einen regelmässigen Zugang zur Departementsführung haben (siehe 7.1.1). Allerdings setzt dies voraus, dass auf kantonaler oder regionaler Ebene genügend qualifizierte Fachpersonen mit politischem Verständnis vorhanden sind. Wahrscheinlich ist dies zurzeit sogar der Engpass.

Mittelfristig ist darauf hin zu arbeiten, dass in den Kantonen wieder Public-Health-Departemente entstehen, die diesen Namen verdienen. In den meisten Kantonen haben sich diese Departemente in den letzten Jahrzehnten immer mehr auf das «Disease Management» beschränkt.

- Da Gesundheit ein Querschnittsthema über die verschiedenen Departemente eines Kantons ist, sollten in der Zusammenarbeit von Gesundheitsförderung Schweiz mit den Kantonen in erster Linie Projekte angeregt und unterstützt werden, die eine **interdepartementale und interdisziplinäre Zusammenarbeit**

⁹⁵ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie: Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention. Im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Oktober 2004.

voraussetzen. Vorsicht ist hier insofern geboten, als Kantone zunehmend unter dem Eindruck leiden, «von oben» mit Anforderungen verschiedenster Art zugedeckt zu werden.

- Gesundheit als Querschnittsthema ist auch auf Gemeindeebene zu fördern. Eine Beschränkung auf Gesundheitsthemen im engeren Sinn wird meistens allerdings wenig Erfolg haben. Gesundheit ist in vielen Kantonen kein Thema auf Gemeindeebene. Das weiter gefasste Argument der **Förderung von Lebensqualität in der Gemeinde** – zum Beispiel im Sinne eines Standortvorteils – kann Erfolg haben. Nicht entgehen lassen sollte man sich die Möglichkeiten konkreter Hilfestellungen in Zusammenarbeit mit den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung. Die Formulierung einer kommunalen Alkoholpolicy oder Empfehlungen für die Erteilung von Bewilligungen von Anlässen, an denen Drogenkonsum in grösserem Ausmass befürchtet wird, sind Beispiele für Hilfestellungen mit möglicherweise nachhaltiger Wirkung.
- Die Einführung der **Gesundheitskoordination als Stabsfunktion** ist auch auf der Ebene der Gemeindeverwaltung anzustreben.

8.5 DER ZUGANG ZUR WIRTSCHAFT

Die Empfehlungen für Politik und Verwaltung gelten weitgehend auch für die Kontakte zur Wirtschaft. In beiden Fällen gilt es, Entscheidungsträger von der Relevanz gesundheitsförderlicher Anliegen zu überzeugen. Es bestehen aber verschiedene Unterschiede, die bei guten Voraussetzungen den Zugang zur Wirtschaft leichter erscheinen lassen:

- Die Evidenz für die Wirksamkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung ist besser als in anderen Bereichen. Mindestens die Zahl der krankheitsbedingten Absenzen lässt sich in relativ kurzer Zeit beeinflussen.
- Das Interesse des Arbeitgebers ist direkter als im Falle einer Verwaltung. Mögliche Einsparungen von Kosten durch Interventionen der Gesundheitsförderung betreffen ihn direkt und fliessen nicht in den anonymen Staatshaushalt.

Die Anforderungen an die Gesundheitsförderung sind aber auch entsprechend hoch. Das «Missionsmodell», in dem ein Vertreter der Gesundheitsförderung einem Arbeitgeber das «Produkt Gesundheitsförderung» zu verkaufen versucht, mag in gewissen Fällen erfolgreich sein. Wenn Gesundheitsförderung aber im Interesse des Arbeitgebers ist, dann sollten diese Themen in den Bereich der bestehenden Aus- und Weiterbildungsangebote eingebaut sein und nicht als Besonderheit ausserhalb der branchenüblichen Kanäle angeboten werden. Hier liegt die Herausforderung für die Gesundheitsförderung darin, sich als kompetenter Anbieter auf dem Aus- und Weiterbildungsmarkt zu profilieren. Auf das Beispiel Gesundheitsförderung Schweiz und seiner Partnerorganisationen angewendet würde das bedeuten, dass von Seiten der Wirtschaft das Beratungsangebot gesucht und entsprechend honoriert wird.

Akteure der Gesundheitsförderung als Geschäftspartner? Nicht notwendigerweise eine Illusion.

Betriebe sind verpflichtet, die durch die Eidgenössische Kommission für Arbeitssicherheit EKAS erlassene ASA-Richtlinie umzusetzen. Diese ist schwergewichtig auf die Arbeitsplatzsicherheit ausgerichtet. In Betrieben mit offensichtlich vorhandenen Gesundheits- oder Unfallgefahren leuchtet das im Allgemeinen ein. In Betrieben mit geringer Gefährdung werden die Richtlinien aber oft als unnötiger Fremdkörper empfunden. Die Integration der ASA-Bestimmungen in die betriebliche Gesundheitsförderung kann hier zu einem gut akzeptierten und umfassenden Konzept eines betrieblichen Gesundheitsmanagements führen. Eine zunächst getrennte Weiterentwicklung der Umsetzung der ASA-Bestimmungen und der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist aber im Hinblick auf die unterschiedliche gesetzliche Ausgangslage der beiden Anliegen ebenfalls vertretbar.

8.6 BOTSCHAFTEN AN DIE BEVÖLKERUNG

Aktivitäten der Gesundheitsförderung können entweder wahrgenommen werden durch Veränderungen im Umfeld, die zu besserer Lebensqualität führen, oder durch spezifische Programme, die unter diesem Label durchgeführt werden. Damit auf längere Sicht erfolgreich gearbeitet werden kann, ist es notwendig, dass in beiden Fällen der Absender bekannt und seine Tätigkeiten positiv beurteilt werden. Diesem Postulat steht entgegen, dass der Begriff «Gesundheitsförderung» weit herum nicht richtig verstanden wird. Für die Gesundheitsförderung allgemein und insbesondere für Gesundheitsförderung Schweiz stellt sich also die Aufgabe, in der Bevölkerung ein positives Bild dieses Gebietes beziehungsweise der Organisation zu vermitteln und zu festigen. Dies ist eine vordringliche Aufgabe, deren Verlauf auch dokumentiert werden sollte. Die Antworten können in diesem Bericht nicht vollständig gegeben werden.

Eine wichtige Möglichkeit besteht darin, der Bevölkerung Dienstleistungen anzubieten, die geschätzt werden. Dies kann z.B. über Projekte und Programme erfolgen, von denen man weiss, dass sie positiv aufgenommen werden. Der ganze Bereich «Bewegung» gehört dazu, wie verschiedene Programme gezeigt haben. Auch mit dem geplanten Schwerpunktthema «Psychische Gesundheit – Stress» dürfte Gesundheitsförderung Schweiz diesbezüglich richtig liegen, wenn es gelingt, sich unter der Vielzahl der Akteure, die sich um dieses Thema kümmern, richtig zu positionieren.

Eine günstige Möglichkeit, Aufmerksamkeit zu erlangen, geht über das Internet. Neben bestehenden Portalen und Websites fehlt in der Schweiz **die** kompetente Stimme für Gesundheitsförderung und Prävention in ihrer ganzen Breite und auch Nähe zur Bevölkerung. Die kurz beschriebenen Beispiele von Kanada, den Niederlanden und dem Bundesstaat Victoria (Kapitel 6) sind hier gute Beispiele. Besonders das Beispiel Victoria wirft die Frage auf, inwieweit Botschaften der Gesundheitsförderung «personifiziert» werden sollten, d.h. dass die Botschaften vor allem in den Medien immer von der gleichen, sympathischen und Vertrauen erweckenden Person präsentiert werden.

Der Bundesstaat Victoria in Australien ist diesbezüglich – zufällig oder gewollt – ein eindrückliches Beispiel. Der CEO von «VicHealth»⁹⁶, Rob Moodie, verbindet profundes Wissen mit leicht verständlichen, handlungsrelevanten Aussagen, die aus seiner eigenen Praxis stammen. Das Engagement, das aus seinen Äusserungen hervorkommt, wirft die Frage auf, ob persönliches Engagement und ein gutes Mass an Idealismus nicht überhaupt die Voraussetzung sind, um in diesem Bereich zu arbeiten. Es muss aber Idealismus mit Fachkenntnissen sein, sonst wird das Engagement schwer erträglich. Die Investition von ein bis zwei Stunden in die unten genannte Website kann eigentlich als eigene Empfehlung aus dem vorliegenden Bericht angesehen werden.

Auf die Frage, welche Rolle Gesundheitsförderung Schweiz hier wahrnehmen könnte bzw. sollte, wird unter 8.8 eingegangen.

8.7 WEITERBILDUNG UND FORSCHUNG

Die Weiterbildungsmöglichkeiten in der Schweiz sind, wenn noch nicht optimal, so doch recht gut, vor allem auch seit der Gründung der Swiss School of Public Health. Ein Problem, das bisher ungenügend beachtet wurde, ist der Bedarf an qualifizierten Akteuren mit gleichzeitig fachlicher und politischer bzw. wirtschaftlicher Kompetenz. Wenn die Gesundheitsförderung in so verschiedenen Zielgruppen wie Politiker, Arbeitgeber, Schule und Allgemeinbevölkerung tätig sein soll, so braucht es eine Vielfalt an Per-

⁹⁶ www.vichealth.gov.au

sonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten. Am effizientesten ist wohl die Schulung von Multiplikatoren in den verschiedenen Bereichen, die ihrerseits die Botschaften verbreiten und notwendige Änderungen bewirken können. Für die zentralen Wirkungsfelder wie Politik und Wirtschaft wird aber die Zahl der Public-Health-Akteure mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention erhöht werden müssen. Es besteht somit ein Bedarf insbesondere im nachuniversitären Bereich (die Ausbildung von Gesundheitsförderungs-Spezialisten auf akademischem Niveau wird von der IUHPE ausdrücklich als notwendig erachtet und auch begleitet).

Die Forschung ist zwar für die kurzfristige Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention nicht das prioritäre Anliegen. Der Flaschenhals liegt zurzeit nicht bei fehlendem Wissen, sondern beim ungenügenden Umsetzen des vorhandenen Wissens. Dennoch ist Forschung auf längere Sicht unentbehrlich. Für die aktuelle Situation in der Schweiz besteht für die folgenden Bereiche ein besonderer Bedarf:

- Nähere Erforschung der Gesundheitsdeterminanten und der Möglichkeiten sozioökologischer Interventionen.
- Vertiefte Analyse gesundheitsstatistischer Daten über die Verschlechterung der Gesundheit in den jüngeren Altersgruppen (insbesondere Männer).

8.8 DIE ROLLE VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Die Rolle von Gesundheitsförderung Schweiz im Einzelnen wurde bereits unter 7.9 behandelt und wird hier nicht noch einmal aufgenommen. In Ergänzung und teilweise Wiederholung zu diesen Ausführungen seien an dieser Stelle noch einmal drei «Essentials» festgehalten:

- Wenn Gesundheitsförderung Schweiz sich für das Policy-Modell entschieden hat, bringt dies Konsequenzen auch für den Stiftungsrat mit sich. Die Mitglieder des Stiftungsrates gehören – anders als in anderen Institutionen – selbst zu den Akteuren, die an der Gestaltung der Gesundheitspolitik in der Schweiz direkt mitbeteiligt sind. Ihre Aufgabe kann sich also nicht auf die traditionelle Aufsichtsfunktion beschränken. Vielmehr müssen von ihnen aufgrund ihrer besseren Kenntnisse und ihrer Mitgestaltung der Gesundheitsförderung aktivere gesundheitspolitische Impulse zu Gunsten der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur nach innen, sondern auch nach aussen gehen.
- Es ist klarer und auch von aussen nachvollziehbar zu definieren, welche Aktivitäten im Policy-Modell wahrgenommen werden und welche nicht. Die bisherige Praxis, die schwergewichtig mit Projektfinanzierungen arbeitete, ist zu differenzieren. Es sollte nach innen wie nach aussen klar definiert werden,
 - welche Aktivitäten Gesundheitsförderung Schweiz selbst wahrnimmt (z.B. Advocacy im politischen Bereich)
 - in welchen Bereichen sie Projektfinanzierungen wahrnimmt (z.B. in den neuen Schwerpunktprogrammen)
 - in welchen Bereichen sie mit anderen Partnern mit besonderen Vereinbarungen zusammenarbeitet (z.B. mit Kantonen)
 - welche Bereiche sie nicht selbst wahrnimmt, sondern mit Leistungsvereinbarungen mittel- bis längerfristig in Auftrag gibt (der bevölkerungsorientierte Internetauftritt könnte beispielsweise in Auftrag gegeben werden, wobei Gesundheitsförderung Schweiz klar als Hauptabsender in Erscheinung treten müsste).
- Die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit ist zu klären und vor allem auch von beiden Seiten nach aussen transparent darzulegen.

ANHANG I: GESUNDHEITSDETERMINANTEN

Die Gesundheitsdeterminanten gemäss Bundesamt für Gesundheit¹



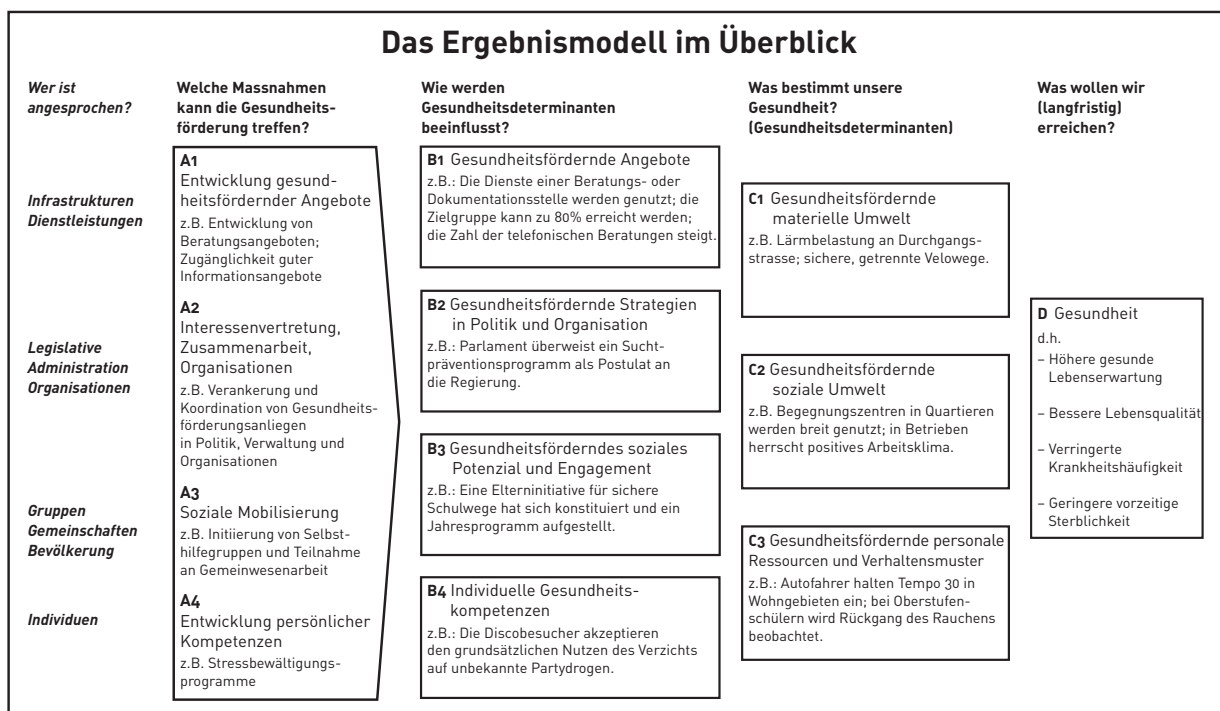
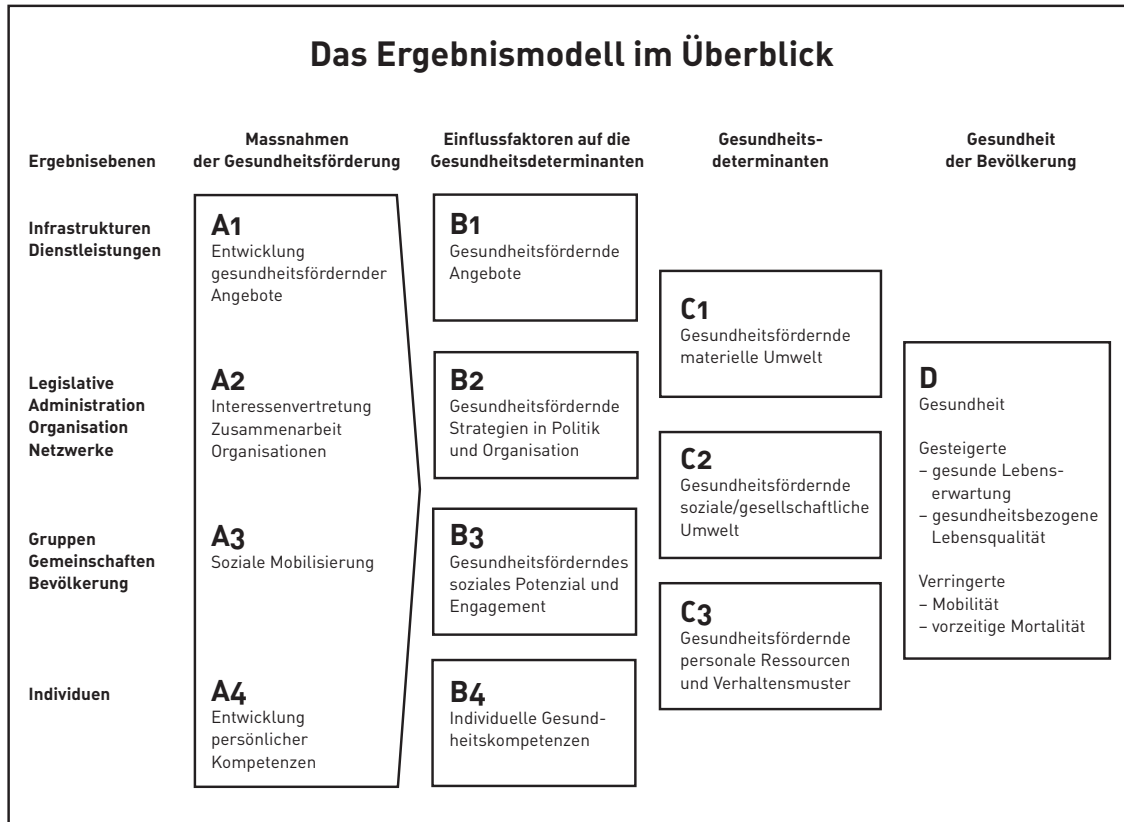
Die Gesundheitsdeterminanten gemäss Gesundheitsförderung Schweiz



Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten gemäss WHO, in Bezug gesetzt zur langfristigen Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz.

¹ Bundesamt für Gesundheit: Forschungskonzept Gesundheit 2004–2007, BAG, 2002.

ANHANG II: DAS ERGEBNISMODELL IM ÜBERBLICK



ANHANG III: DIE ZEHN SINUS-MILIEUS¹

Gesellschaftliche Leitmilieus

- Arrivierte (Anteil 9%): Die wohl situierte Oberschicht mit hohem Selbstbewusstsein und distinguiertem Lebensstil. Materieller und gesellschaftlicher Erfolg als Basis für ein genussorientiertes Leben auf hohem Niveau.
- Postmaterielle (11%): Die linksliberal orientierte und stark postmateriell geprägte obere Mittelschicht. Eintreten für soziale Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Protagonisten einer sozial-moralischen Grundhaltung.
- Moderne Performer (10%): Die leistungsorientierte neue Jugend-Generation mit einer stark ausgeprägten materiellen Grundorientierung und Streben nach Autonomie sowie Selbstverwirklichung.

Mainstream-Milieus

- Statusorientierte (10%): Die aufstiegsorientierte und statusbewusste Mittelschicht mit klar definierten materiellen Zielen und dem Selbstbewusstsein, diese Ziele erreichen zu können. Betonung der Selbstverantwortlichkeit für das eigene Schicksal.
- Bürgerliche Mitte (16%): Das grosse Mainstream-Milieu mit ausgeprägter Status-quo-Orientierung. Wunsch nach einem harmonischen Leben in gesicherten sozialen und materiellen Verhältnissen. Verbindung von bürgerlichen Werten mit einem modern-konventionellen Lebensstil.
- Konsumorientierte Arbeiter (8%): Das Milieu der am ökonomischen Aufstieg orientierten Arbeiterschicht, das einen stetigen Kampf gegen soziale Deklassierung und Ausgrenzung führt. Entsprechend heftig ist das Bemühen um Abgrenzung gegenüber noch schlechter gestellten Gruppen der Gesellschaft (Arbeitslose, Obdachlose, Ausländer).

Traditionelle Milieus

- Traditionell Bürgerliche (9%): Unerschütterliches Festhalten an traditionellen Werten und Konventionen. Verfechter einer strengen Moral. Pflichterfüllung, Verantwortung, Ordnung und Disziplin sowie traditionelle Rollenverteilung zwischen Mann und Frau.
- Genügsame Traditionelle (10%): Eher ländlich geprägte traditionelle Arbeiter- und Bauernkultur, stark konzentriert in der Westschweiz und im Tessin. Festhalten an traditionellen Werte- und Verhaltensmustern, ähnlich den traditionell Bürgerlichen.

Unkonventionelle, junge Milieus

- Experimentalisten (6%): Experimentierfreudiges, stark individualistisch geprägtes Milieu auf der Suche nach vielfältigen Erfahrungen und Erlebnissen. Lebensziel ist die Schaffung von persönlichen Freiräumen, um die eigene Kreativität ausleben zu können.
- Eskapisten (11%): Bürgerliche Werte und Konventionen werden abgelehnt. Man ist auf der Suche nach intensiven emotionalen Erlebnissen – bis hin zu Grenzerfahrungen (hohe Gewaltakzeptanz).

¹ Spectra Gesundheitsförderung und Prävention 2005, 50. BAG, April 2005

ANHANG V

Zielgruppen ausgewählter BAG-Präventionsprogramme und -projekte

| | Hauptzielgruppe (Nutzniesser) | Weitere wichtige Zielgruppen | Kanäle, Mediatoren |
|--|---|---|---|
| Aids | | | |
| NHAP (Sektion Aids) | <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtbevölkerung, Jugendliche/ Schulen • Männer, die Sex mit Männern haben • MigrantInnen • SexworkerInnen • Freier • Intravenös Drogenkonsumierende | | <ul style="list-style-type: none"> • Bund • Kantone • Eidgenössische Kommission des BAG • Fachkommissionen des BAG • Organisationen im HIV/Aids-Bereich • Bildungsinstitutionen • Forschungsinstitutionen • Berufs- und Fachorganisationen • Institutionen im HIV/Aids-Bereich • Fachleute • Publikationen • Medien • www.bag.admin.ch/aids |
| Prävention in Schulen | <ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Lehrpersonen • Fachpersonen | <ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Behörden | <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzzentrum (Amorix) • Internet • Menschen mit HIV (Schulprojekt) • Kantonsbesuche |
| Projekt MSM | <ul style="list-style-type: none"> • Männer, die Sex mit Männern haben | <ul style="list-style-type: none"> • Nationale und regionale Schwulenorganisationen, insbesondere Pink Cross, Diagonal und Vegas. Die nationale Aids-Hilfe und regionale Aids-Hilfen. • Kantonale Behörden • Partner und Mandatnehmer | <ul style="list-style-type: none"> • Schwulenorganisationen (siehe Punkt Zielgruppen) und die entsprechenden Projekte bzw. Programme • Internet • ORW-System • Broschüren und Gadgets • Kantonsbesuche |
| Projekt Migration | <ul style="list-style-type: none"> • MigrantInnen aus Ländern mit hoher Prävalenz und deren SexualpartnerInnen • Bundesverwaltung (BFM) • NGOs mit migrationspezifischen Angeboten • Regionale HIV-Behandlungszentren | <ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Behörden • Kirchliche Organisationen | <ul style="list-style-type: none"> • MediatorInnenarbeit (AFRIMEDIA, regionale Angebote (Mediat HIV etc.)) • Audiovisuelle Medien, Broschüren • Selbsthilfearbeit • Transkulturelle Organisationsentwicklung • Kantonsbesuche |
| Projekt Female Sexwork | <ul style="list-style-type: none"> • SexarbeiterInnen • Freier • Etablissement- und Cabaret-BetreiberInnen | <ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Behörden | <ul style="list-style-type: none"> • Angebot «Aids-Prävention im Sexgewerbe» APIS für ausländische SexarbeiterInnen • Projekt «Don Juan» für Freier • Verordnungen, Verfügungen, Bewilligungsverfahren • Kantonsbesuche |
| Stop Aids Kampagne | <ul style="list-style-type: none"> • Unkonsequente Präservativ-AnwenderInnen («Frequently/ favorable brand switchers») ¹ • Potentielle Präservativ-AnwenderInnen («New category users») ¹ • Moderne Performer ² • Experimentalisten ² • Eskapisten ² • Konsumorientierte Arbeiter ² | <ul style="list-style-type: none"> • Konsequente Präservativ-AnwenderInnen («Brand Loyals») • Nicht-AnwenderInnen von Präservativen («Other Brand Loyals/switchers») ¹ • MSM ³ • MigrantInnen ³ • Sex-Worker/innen ³ | <ul style="list-style-type: none"> • Plakate • TV-Spots • Kino-Spots • Inserate • Co-Marketing • Aktive Medienarbeit • www.stopaids.ch |
| Alkohol | | | |
| Alkoholkampagne «Alles im Griff?» | <ul style="list-style-type: none"> • Episodische RauschtrinkerInnen, 18- bis 30-Jährig; (Moderne Performer ², Experimentalisten ², Eskapisten ²) | <ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Personen mit einem risikoreichen Alkoholkonsum (inkl. Personen mit einem der Situation unangebrachten Trinkverhalten, z.B. Autofahrer) | <ul style="list-style-type: none"> • Plakate • Kino/TV-Spots (wünschbar zusätzlich Privatrado-Spots) • www.alles-im-griff.ch |
| «Die Gemeinden handeln!» (im Rahmen von «Alles im Griff?») | <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum (speziell junge Menschen) | <ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Personen/-gruppen mit Situationen unangemessenem Verhalten in Zusammenhang mit Alkoholkonsum (Vandalismus, Gewalt, Lärm, Belästigung, Autofahren, usw.) | <ul style="list-style-type: none"> • Gemeindebehörden, Gemeindeverwaltung, Sucht- und Präventionsfachstellen, Jugendarbeit, Schulen, Polizei, Verkaufsstellen, Gaststätten, Vereine, Festwirtschaften usw. • Gemeinderatsbeschlüsse, Netzwerkangebote, Informationsmaterial, Medien • www.diegemeindenhandeln.ch |
| Drogen | | | |
| Nationales Präventionsprogramm Drogen | <ul style="list-style-type: none"> • Experten aus Politik, Verwaltung und Fachbereich | <ul style="list-style-type: none"> • Fachleute | <ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsgremien, Fachverbände • www.bag.admin.ch/themen/d/ |
| HeGeBe | <ul style="list-style-type: none"> • Schwer Heroinabhängige | <ul style="list-style-type: none"> • HeGeBe-Fachleute | <ul style="list-style-type: none"> • Peer-Teaching-Tagung • Diverse Projektgremien |
| Swiss Optimum Substitution (SOpS) | <ul style="list-style-type: none"> • Heroinabhängige | <ul style="list-style-type: none"> • Beteiligte Fachleute | <ul style="list-style-type: none"> • Versorgernetzwerke • Weiterbildungsveranstaltungen |
| Designerdrogen und Kokain | <ul style="list-style-type: none"> • Kokainabhängige | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen • Suchtfachleute | <ul style="list-style-type: none"> • Bestehende Netzwerke • Fachverbände • Koordinationsgremien |
| Drogen, Aids, Hepatitis im Strafvollzug | <ul style="list-style-type: none"> • Drogenabhängige Insassen von Gefängnissen | <ul style="list-style-type: none"> • Ärzteschaft • MitarbeiterInnen des Strafvollzugs | <ul style="list-style-type: none"> • Konferenz der schweizerischen Gefängnisärzte • www.hep.ch |
| Impulsfonds für Schadenminderung und Therapie-Projekte | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen • Suchtfachleute | <ul style="list-style-type: none"> • KlientInnen | <ul style="list-style-type: none"> • www.infoset.ch |
| Schweizerische Koordination und Fachstelle Sucht | <ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungsbehörden • Institutionen | <ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachleute | <ul style="list-style-type: none"> • www.infoset.ch • Koordinationsgremien • Fachverbände |
| Gender Sucht | <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen | <ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachleute | <ul style="list-style-type: none"> • www.drugsandgender.ch |
| QuaTheDA | <ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachleute • Institutionen | <ul style="list-style-type: none"> • Kantonale und städtische Behörden | <ul style="list-style-type: none"> • Informationsveranstaltungen • Koordinationsgremien • QuaTheDA-Newsletter • www.quatheda.ch |
| Weiterbildung im Suchtbereich | <ul style="list-style-type: none"> • Suchtfachleute | <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungsanbieter | <ul style="list-style-type: none"> • EWS-Forum • www.ews-cfd.ch |

| | Hauptzielgruppe (Nutzniesser) | Weitere wichtige Zielgruppen | Kanäle, Mediatoren |
|---|---|---|---|
| Forschung, Monitoring | | | |
| Begleitforschung supra-f (Sektion Grundlagen) | • BAG, Präventionsfachleute, Zentren | • Bevölkerung; Parlament (SGK) | • Informationsveranstaltungen, Publikationen |
| Act-info (Sektion Grundlagen) | • BAG, Forscher, Institutionsleiter und -mitarbeiter | • Kantonsverantwortliche, Bürger | • Informationsveranstaltungen, wissenschaftliche Publikationen, gezielte Berichte und Tagungen |
| Cannabis-monitoring (Begleitforschung BetmG, Sektion Grundlagen) | • BAG, BFS, Bundesrat, Fachleute | • Bevölkerung; Parlament (SGK) | • Informationsveranstaltungen, Publikationen |
| Jugend, Ernährung und Bewegung | | | |
| supra-f | • Gefährdete Jugendliche | • Gemeinden, Schulen, Jugendämter, Jugendanwaltschaften | • Swissprevention; Tagungen und Publikationen • www.supra-f.ch |
| Cannabisprävention | • Gefährdete Jugendliche und junge Erwachsene • Ausbildungsstätten | • Noch nicht gefährdete Jugendliche, Präventionsfachstellen, Beratungsstellen, Schulen, Schulbehörden, Kant. Beauftragte für Suchtfragen | • Fachhochschulen für Sozialarbeit, Weiterbildungen • Fachverband Sucht, Gruppe Prävention • Newsletter • www.bag.admin.ch/themen/d/ |
| bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz | • Schulen, Lehrpersonen, Schülerinnen und Schüler | • Eltern, Fachstellen, Behörden, Fachhochschulen | • Kompetenzzentren • www.bildungundgesundheit.ch |
| Suisse Balance | • Gesamtbevölkerung mit Schwergewicht Jugend | • Bund, Kantone, Gemeinden, Fachgesellschaften | • www.suissebalance.ch |
| 5 am Tag | • Gesamtbevölkerung | • Bund, NGO, Industrie | • www.5amtag.ch |
| Stillförderung | • Werdende Mütter | • Bund, Kantone, Industrie | • www.allaiter.ch |
| voilà | • Kinder und Jugendliche in Jugendverbänden | | • www.voila.ch |
| Fil rouge | • Jugendliche in Jugendheimen | • Fachstellen | • HSA Luzern • GREAT Yverdon • Website |
| Migration, Gender Health | | | |
| Bundesstrategie «Migration und Gesundheit 2002–2006» (Sektion Chancengleichheit und Gesundheit) | • MigrantInnen, Weiterbildungsinstitutionen, interkulturelle ÜbersetzerInnen, Spitäler, Ärzte, Hebammen, Pflegenden, Fachpersonen, Behörden, MediatorInnen, ForscherInnen | • Gesamtbevölkerung | • Bund, Kantone, Städte, Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Bildungsinstitutionen, Forschungsinstitute, Organisationen im Migrationsbereich, Organisationen im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich, MigrantInnen (MediatorInnen) • Publikationen, Website, Medien • www.bag.admin.ch/themen/d/ • www.miges.ch • www.migesplus.ch |
| Gender Health (Sektion Chancengleichheit und Gesundheit) | • Enges Fachpublikum (ForscherInnen, Partnerorganisationen, Netzwerke, Vernetzte AkteurInnen) | • Erweitertes Fachpublikum (Frauen- und Männerorganisationen, Gesundheitsförderungsfachstellen, Präventionsfachstellen, div. Beratungsstellen etc., BAG/Bund, politische EntscheidungsträgerInnen, interessierte Personen) | • Spezifische Angebote für die jeweilige Zielgruppe (Vernetzung, Koordination, Information, Website/Online-Dok) • www.bag.admin.ch/gender/d • www.genderhealth.ch • www.gendercampus.ch |
| Tabak | | | |
| Programm Tabakprävention (Sektion Tabak) | • Gesamtbevölkerung | • Bundes- und Kantonsbehörden • Politische Gremien • Eidg. Kommissionen • Fachkommissionen • Internationale Organisationen • Präventionsorganisationen und -fachstellen • Forschungs- und Bildungsinstitutionen • Berufs- und Fachorganisationen • Medien | • Informationsveranstaltungen, wissenschaftliche Publikationen, Berichte, Forschungen und Tagungen, Internet • www.bag.admin.ch/themen/d/ |
| Kampagne Rauchen schadet | • Nichtrauchernde 25 bis 54 Jahre, gesamte Schweiz. Im Jahr 2005 insbesondere: Berufstätige, RestaurantbesucherInnen • Bürgerliche Mitte ² , Gesellschaftliche Leitmilieus ² | • Partnerschaften mit RaucherInnen und NichtraucherInnen • Rauchende, die bereits ein Problembewusstsein haben • Arbeitgeber | • TV-Spots • Plakate • Inserate • Radio-Spots • Aktive Medienarbeit • www.rauchenschadet.ch |

¹ Inhaltliches Briefing STOP AIDS 2005–2006, ² Sinus-Milieus Studie 2004, ³ Nationales HIV/Aids-Programm 2004–2008

Legende

Die vorliegende Tabelle gibt Einblick in ausgewählte Präventionsprogramme und Projekte des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und führt ihre Hauptzielgruppe(n) und zusätzliche Zielgruppen auf. Die Tabelle zeigt, dass die Definition von Zielgruppen aus verschiedenen Perspektiven unterschiedlich ausfallen kann. Sie macht auch deutlich, dass sich das BAG (mit Ausnahme der massenmedialen Kampagnen) mehrheitlich nicht direkt an die Nutzniesserinnen und

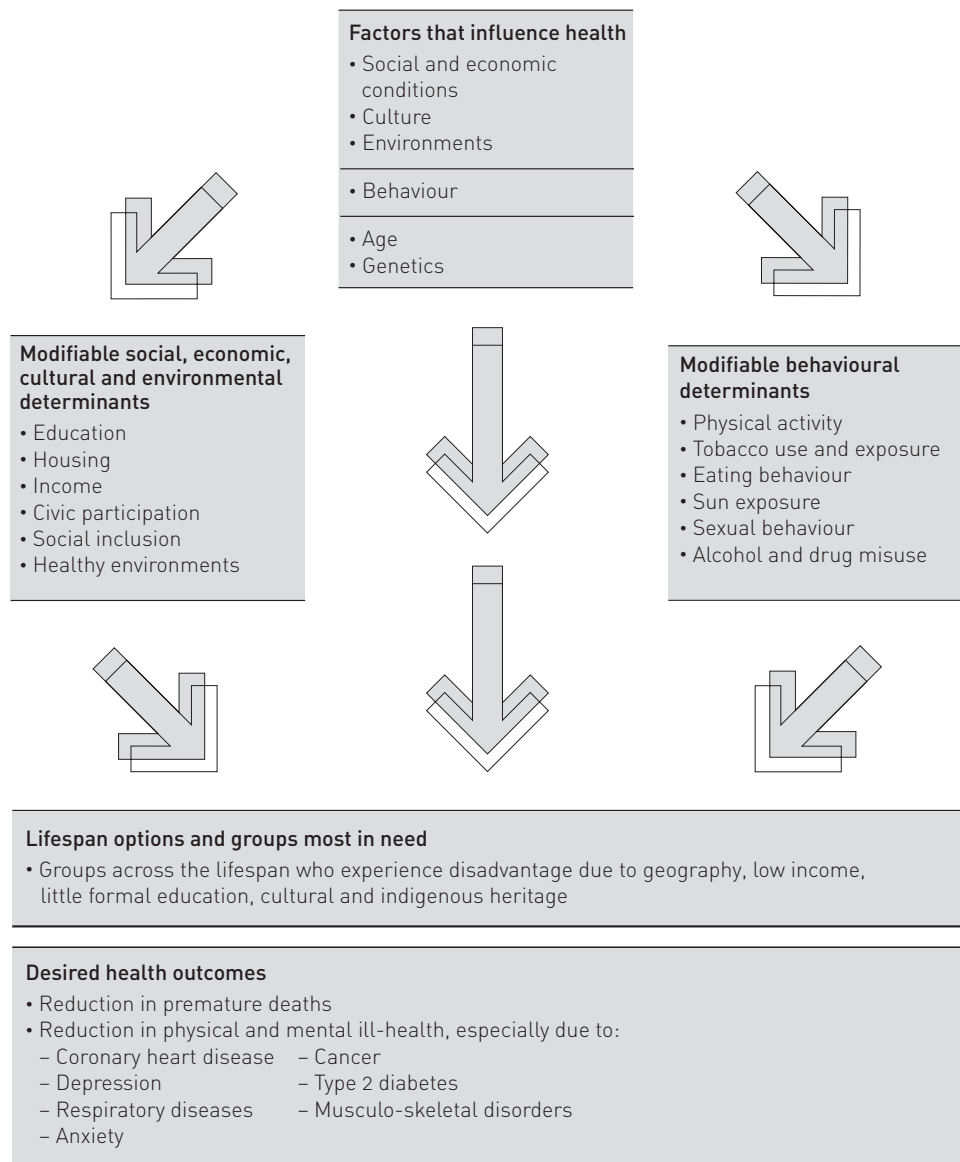
Nutzniesser richtet, sondern seine Präventionsbotschaften auf mannigfaltigen Kanälen über Mediatorinnen und Mediatoren und über eine breite Palette von Partnerorganisationen weitergibt und somit nur ein Glied in der Wirkungskette darstellt. Es ist eine ständige Herausforderung, diese Zielgruppen möglichst genau zu definieren und abzugrenzen. Angesichts des zunehmenden Kostendrucks genießt sie hohe Priorität.

ANHANG VI



Promoting Health

VicHealth focuses on the social, economic, cultural and environmental factors that influence the health of Victorians. In particular, VicHealth seeks to influence those things that determine individual health outcomes that are modifiable, relate to non-communicable diseases, and that are aligned with national and state health priorities. The advantage of this approach is that many diseases have common modifiable risk factors that underlie their development.



Factors that influence health

- Social and economic conditions
- Culture
- Environments
- Behaviour
- Age
- Genetics

Modifiable social, economic, cultural and environmental determinants

- Education
- Housing
- Income
- Civic participation
- Social inclusion
- Healthy environments

Modifiable behavioural determinants

- Physical activity
- Tobacco use and exposure
- Eating behaviour
- Sun exposure
- Sexual behaviour
- Alcohol and drug misuse

Lifespan options and groups most in need

- Groups across the lifespan who experience disadvantage due to geography, low income, little formal education, cultural and indigenous heritage

Desired health outcomes

- Reduction in premature deaths
- Reduction in physical and mental ill-health, especially due to:
 - Coronary heart disease - Cancer
 - Depression - Type 2 diabetes
 - Respiratory diseases - Musculo-skeletal disorders
 - Anxiety

ANHANG VII: CHECKLIST**? Checklist: applying the guiding principles for integrated health promotion**

The following is a series of questions to help apply these principles in your work:

- Have you looked beyond the individual and beyond health services to what is happening in the broader community that affects people's health and wellbeing?
- Have community members had the opportunity to participate and have a say about what health issues need to be collectively addressed and how they can make a difference?
- Have you asked why there is a need for action and what actions are most likely to make a lasting difference?
- Have you asked who the key stakeholders are and are you/they working in partnership?
- Have strategies been put in place to make it easy for people and groups from a wide range of backgrounds, gender and situations to participate and benefit, and to provide assistance to do so where necessary or appropriate?
- Have strategies been put in place so that all parts of a program are clearly stated and easily understood, including the objectives of the program and the extent to which participants can influence the outcome?
- Have strategies been put in place to ensure that relevant information is made available and accessible to community members in a timely matter? Information must be presented simply, honestly and with the option for more detailed information also available.
- Have effective communication strategies been initiated that demand honesty, clarity and responsiveness by those coordinating the program?
- Have participants been treated with respect and their views and experiences valued?
- Have evaluation processes been undertaken to reflect on participation and partnership strategies?
- Have you considered the workforce development needs of key participants so they are able to apply a social model of health framework to service planning and provision?

ANHANG VIII

Wir sind alarmiert

Wir sind alarmiert

- dass Kinder und Jugendliche zunehmend rauchen
- dass Raucherkrankheiten immer häufiger werden, vor allem bei jungen Frauen
- dass die Kosten für Raucherkrankheiten sich katastrophal nach oben entwickeln

Wir sind betroffen

- weil wir täglich Zeugen sind von Leid, Krankheit, Invaldität, sozialer Isolierung und Tod durch tabakbedingte Krankheiten
- von der Passivität vieler Eltern, Lehrer und Behörden gegenüber einer Epidemie, die wöchentlich in der Schweiz an die 100 Todesopfer fordert
- von der Passivität der Nichtraucher, die sich ihre Gesundheit gefährden lassen durch Passivrauchen

Wir sind genervt

- über Sprüche wie «die AHV muss auch etwas haben» oder «jeder muss mal sterben». Das Wohlergehen der AHV wird im Krankheitsfall rasch zur Nebensache und der Einsatz aller verfügbaren medizinischen Mittel wird mit Selbstverständlichkeit in Anspruch genommen
- für die gigantischen Kosten verantwortlich gemacht zu werden, die der Tabak verursacht: ein Produkt, für das unglaublicherweise Werbung betrieben werden kann

Wir machen darauf aufmerksam

- dass die Tabakindustrie systematisch die Diskussion auf Nebenthemen zu leiten versucht wie: Arbeitslosigkeit, Sponsoring, Steuereinnahmen, Werbefreiheit. Keines dieser Themen wiegt das wichtigste Gut der Bewohner dieses Landes auf: **ihre persönliche Gesundheit**
- dass die Tabakwerbung uns Jugendlichkeit, Naturverbundenheit und Vitalität vorgaukelt. Dieses Image gilt es zu zerstören, denn das Gegenteil ist der Fall. Rauchen ist schmutzig, es macht abhängig, alt und krank. Und vor allem: **Tabakrauch macht auch Nichtraucher krank.**

Hätten nur die jährlich 350 tabaktoten St.GallerInnen eine Stimme zum Schreien!

Wir fordern eine Einschränkung der Tabakwerbung.



LUNGENLIGA ST.GALLEN

Die Lungenärzte des Kantons St.Gallen:

Dr. Dr. h.c. A. Knoblauch, St.Gallen
 Dr. N. Nierhoff, St.Gallen
 Dr. O. Schoch, St.Gallen
 Dr. E. Ullmer, St.Gallen
 Dr. J. Barben, St.Gallen
 Dr. P. Joder, St.Gallen
 Dr. A. Paky, St.Gallen
 Dr. M. Pfister, Rorschach
 Dr. R. Schück, Heerbrugg
 Dr. B. Frühauf, Walenstadt
 Dr. H. Martin, Gossau
 Dr. Ch. Leser, Rapperswil
 Dr. U. Schmidt, Walenstadtberg
 Dr. D. Güntert, Wattwil
 und B. Eberle, Lungenliga St.Gallen

ANHANG IX: EINFLUSSNAHME AUF DIE SOZIALEN DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT

Diese Beispiele von Determinanten konkretisieren den Handlungsbedarf, wenn ernsthaft eine Einflussnahme auf die sozialen Determinanten der Gesundheit zur Diskussion steht. Mit dieser Liste kann auch herausgearbeitet werden, wer einen Beitrag zu einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik leisten muss.

Stress

- Allgemein: Menschen das Gefühl der Zugehörigkeit und Wertschätzung vermitteln
- In der Sozialpolitik sowohl die materiellen wie die psychosozialen Bedürfnisse des Menschen berücksichtigen

Frühe Kindheit

- Chancengleichheit für Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien gewährleisten

Soziale Ausgrenzung

- Bekämpfung von Armut und von sozialer Ausgrenzung
- Schutz von Minderheiten vor Diskriminierung
- Zugang zu Gesundheitsversorgung, Sozialleistungen und bezahlbarem Wohnraum für alle sicherstellen

Arbeit

- Schaffung einer Arbeitskultur, die eine sachgerechte Teilnahme an Entscheidungsprozessen ermöglicht
- Angemessene Entschädigung in Form von Geld, Ansehen und Selbstwertgefühl
- Gesundheitsdienste am Arbeitsplatz, die auch psychische Gesundheitsprobleme frühzeitig erkennen und angemessen eingreifen können

Arbeitslosigkeit

- Wo immer möglich Vermeidung von Arbeitsplatzunsicherheit
- Politische und wirtschaftliche Massnahmen zur Verhinderung von Arbeitslosigkeit, von Notlagen bei Arbeitslosen und von Wiederbeschäftigung

Soziale Unterstützung

- Verminderung sozialer und wirtschaftlicher Ungleichheiten und der sozialen Ausgrenzung
- Stärkung des sozialen Umfeldes in Schulen, am Arbeitsplatz und in der Gemeinschaft allgemein

Sucht

- Bekämpfung von sozialer Benachteiligung als eine der Teilursachen von Sucht
- Steuerung der Erhältlichkeit von psychoaktiven Substanzen durch Preis- und Lizenzpolitik
- Adäquate Behandlungsmodelle auch für nicht behandlungsfähige Abhängige

Lebensmittel

- Zugänglichkeit von frischen Lebensmitteln für alle
- Förderung von nachhaltigen Landwirtschafts- und Lebensmittelproduktionsmethoden, die dem Schutz der Naturressourcen und der Erhaltung der Umwelt dienen
- Adäquate Information der Bevölkerung über gesunde Nahrungsmittel, gesunde Ernährung sowie über die richtige Zubereitung des Essens

Verkehr

- Vortritt für Fussgänger und Radfahrer in Städten auf kurzen Strecken
- Ausbau des öffentlichen Verkehrsnetzes
- Anreize für die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel
- Gezielte Verkehrsbegrenzungen für den Individualverkehr

ANHANG X: ORGANISATIONEN, INSTITUTIONEN UND WICHTIGE PROJEKTE

In der Schweiz findet sich eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen, die sich vorwiegend oder teilweise mit Fragen oder Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention befassen. Die folgende Zusammenstellung gibt einen Überblick über einige wichtige Organisationen in diesem Bereich. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und die Auswahl musste teilweise willkürlich erfolgen. Im Rahmen dieses Berichts besteht der Zweck einer solchen Zusammenstellung nicht in erster Linie in der vollständigen Aufzählung, sondern in einer Demonstration der Vielfalt der Tätigkeiten. Nicht berücksichtigt wurde die noch grössere Zahl der Akteure auf regionaler, kantonaler und kommunaler Ebene.

1. Staatliche Organe und Organisationen der Bundesverwaltung

Bundesamt für Gesundheit BAG

Das Bundesamt für Gesundheit BAG bearbeitet eine breite Vielfalt an Aufgaben, denen gemeinsam ist, dass sie trotz der grundsätzlichen Zuständigkeit der Kantone für das Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nicht sinnvoll in den Kantonen erfüllt werden können.

Eine kurze zusammenfassende Beschreibung der Aufgaben findet sich bei der Vorstellung der einzelnen Bundesämter des Eidgenössischen Departements des Inneren:¹ «Das BAG hat die Förderung der Gesundheit aller in der Schweiz lebenden Menschen zum Ziel. Es will einerseits die einzelnen befähigen, ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrzunehmen; andererseits will es, dass Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz sowie Heilung und Linderung von Krankheiten und Unfällen ganzheitlich und konsistent im Hinblick auf den grösstmöglichen Gesundheitsgewinn für alle realisiert werden. Dementsprechend befasst sich das BAG mit Themen wie Epidemien und Infektionskrankheiten, Drogen- und Suchtprävention, Sicherheit von Lebensmitteln, Schutz vor Strahlungen und Lärmbelastung, Kontrolle von Giftstoffen und Chemikalien, Stammzellenforschung und Bioterrorismus sowie Kranken- und Unfallversicherung. Die Anpassungen des Krankenversicherungsgesetzes werden 2005 einen besonderen Schwerpunkt bilden.

Ein Blick auf das Organigramm des BAG (Anhang 4) zeigt, dass ein wesentlicher Teil der Aktivitäten direkt in die Bereiche Gesundheitsförderung und/oder Prävention im engeren Sinn gehört (grau markierte Felder). Ein wesentlicher Teil der übrigen Aktivitäten gehört zum Gesundheitsschutz mit indirekten gesundheitsfördernden Auswirkungen. Anhang 5 zeigt eine Auswahl aus den zahlreichen Kampagnen und Projekten.

Bundesamt für Sport BASPO

Das Bundesamt für Sport (BASPO) ist die nationale Amtsstelle für Fragen des Sports. Es gehört zum Eidgenössischen Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport VBS. Als sportwissenschaftliches Kompetenzzentrum, als bedeutende Ausbildungsstätte des Bundes im Sport und als Dokumentations- und Informationsstelle im Schweizer Sport erfüllt es zahlreiche direkte oder indirekte Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang unter anderem das Programm Jugend+Sport der Eidgenössischen Sportschule Magglingen und die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit im Netzwerk Bildung und Gesundheit, wo es im Setting Schule durch strukturierte Sportangebote Gesundheit durch Bewegung und Sport fördert.

Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV

Die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) ist mit der praktischen Umsetzung der Alkoholgesetzgebung beauftragt. Sie ist Teil des Eidgenössischen Finanzdepartements. Ihre Hauptaufgabe ist die gesundheits- und fiskalpolitisch ausgerichtete Bewirtschaftung von Alkohol. Diese erfolgt mittels der Kontrolle von Import, Herstellung und Handel. Wichtiges Instrument zur Konsumreduktion ist dabei die Besteuerung. Zu

¹ www.edi.admin.ch/departement/00043/00254/index.html?lang=de

den flankierenden Massnahmen gehören die Werbebestimmungen sowie die Regelungen im Bereich des Jugendschutzes. Alle diese staatlichen Eingriffe in den Alkoholmarkt sind präventiv ausgerichtet. Während Massnahmen zur Beeinflussung der Nachfrage zu den Aufgaben des BAG gehören, sind die Tätigkeiten des EAV auf die Einschränkung der Erhältlichkeit ausgerichtet. Massnahmen zur Einschränkung der Erhältlichkeit sollen den Zugang zu alkoholischen Getränken steuern und das Angebot beeinflussen. Zu den Instrumenten zählen die Alkoholsteuern, die Kontrollen von Produktion und Handel sowie Werbe- und Trinkaltersbeschränkungen.

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA

Die SUVA ist als selbständige Unternehmung des öffentlichen Rechts (Art. 61 Abs. 1 UVG) die wichtigste Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz. Sie versichert rund 1,8 Millionen Berufstätige gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten und ausserberufliche Unfälle. Die drei Kerngeschäfte der SUVA sind Prävention, Versicherung und Rehabilitation. Bei der Prävention (Art. 81–87 UVG) steht die Verhütung von Unfällen am Arbeitsplatz und von Berufskrankheiten im Vordergrund. Die SUVA ist aber auch in der Prävention von Freizeitunfällen aktiv (z.B. Velohelmkampagne, Präventionskampagne bei Fussball-Grümpelturnieren, Merkblätter zu Schneesportarten, Gelenkschäden). Von Interesse ist, dass die Berufsunfälle seit einiger Zeit rückläufig sind, die Freizeitunfälle aber stetig zunehmen. Die SUVA sieht die Gründe dafür in der Zunahme der Freizeit, dem breiten Angebot im Freizeitbereich und der Art der Freizeitgestaltung sowie im Bedürfnis, aus dem immer stärker geregelten und anspruchsvolleren Arbeitsleben auszubrechen.

Mit dem Stichwort «SuvaPro» bekennt sie sich zum umfassenden Engagement für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz; in diesem Zusammenhang befasst sie sich auch mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS

Die EKAS ist die vom Unfallversicherungsgesetz (UVG) vorgesehene und vom Bundesrat bezeichnete Zentralstelle für Arbeitssicherheit in der Schweiz. Zu ihren Aufgaben gehört es, für die einheitliche Anwendung der Sicherheitsvorschriften in den Betrieben zu sorgen, die Aufgabenbereiche der Aufsichtsorgane aufeinander abzustimmen und die vorhandenen Mittel zweckmässig einzusetzen. Sie hat Weisungsrecht gegenüber den Versicherern und den Durchführungsorganen sowie das Recht, technische Regelwerke (so genannte Richtlinien) zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten zu erlassen. Ein für die Prävention bedeutendes Beispiel ist die seit dem 1. Januar 2000 geltende EKAS-Richtlinie über den Beizug von **A**rbeitsärzten und anderen **S**pezialisten der **A**rbeitssicherheit (ASA) in den nach UVG versicherten Betrieben. Damit sollen Unfälle und Krankheiten am Arbeitsplatz vermieden und volkswirtschaftliche Kosten eingespart werden.

Die ASA-Richtlinie ist für die Gesundheitsförderung und Prävention von einer potenziell grossen Bedeutung. Die Detailvorschriften sind rein technischer Art und dienen der Sicherheit am Arbeitsplatz. Die EKAS spricht aber immer auch von «gesunden und sicheren Arbeitsplätzen». Es wurde deshalb schon versucht, die Anliegen der betrieblichen Gesundheitsförderung gemeinsam mit den für die Erfüllung der Richtlinie notwendigen Massnahmen zu realisieren. Bei einer ganzheitlichen Betrachtungsweise wäre dies eigentlich selbstverständlich. Im Einzelfall kommt es aber auf die Einstellung sowohl der Betriebsleitung wie auch des ASA-Spezialisten an, ob sich eine doch ziemlich aufwändigere Lösung dieser Art durchführen lässt.

Staatssekretariat für Wirtschaft seco

Das seco ist das Kompetenzzentrum des Bundes für alle Kernfragen der Wirtschaftspolitik. Das Ziel des seco ist es, ordnungs- und wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich die Wirtschaft zum Wohle aller entwickelt. Der Leistungsbereich Arbeitsbedingungen des seco hat die Aufsicht über die Einhaltung der im Arbeitsgesetz festgelegten Anforderungen an den betrieblichen Gesundheitsschutz. Er versteht sich zudem als Drehscheibe für Informationen zu den verschiedenen Aspekten im Bereich Gesundheit und Arbeitswelt. In der Fachstelle Ergonomie und Betriebliche Gesundheitsförderung ist das seco mit Studien und Programmen zu den Themen Stress, Mobbing und betriebliche

Gesundheitsförderung auch in der Gesundheitsförderung tätig. Zusammen mit Gesundheitsförderung Schweiz wurde im März 2005 eine Nationale Tagung für betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt.

Das seco vertritt die Schweiz im Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion), welchem 25 Mitgliedstaaten angehören. Eines der aktuellen Ziele des ENWHP ist die Entwicklung nationaler Foren, um die BGF auf politischer und betrieblicher Ebene zu promovieren. In der Schweiz wird dies angestrebt unter der Trägerschaft des seco in Zusammenarbeit mit Gesundheitsförderung Schweiz. Ein solches Forum bezweckt die Schaffung und Aufrechterhaltung einer nationalen Diskussionsplattform, zu welcher alle auf nationaler Ebene tätigen Akteure eingeladen werden, ihre Aktivitäten auf freiwilliger Basis bezüglich der Schwerpunktthemen des ENWHP zu koordinieren (Unternehmen, Verbände, Stiftungen, Hochschulen und Universitäten, Behörden usw.).

Schweizerischer Verband für betriebliche Gesundheitsförderung (SVBGF)²

Der Schweizerische Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung SVBGF wurde 2003 unter dem Patronat des Schweizerischen Staatssekretariats für Wirtschaft (seco) als Verein gegründet. Sein Zweck ist der Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen unter seinen Mitgliedern sowie die Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten für die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als Teil der Unternehmenspolitik und Unternehmenskultur.

Das Gesundheitsobservatorium

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium ist eine neue Institution von Bund und Kantonen, die vorhandene Gesundheitsinformationen in der Schweiz aufbereitet und analysiert. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Mit seinen Analysen und Berichten trägt das Gesundheitsobservatorium zu einem wissenschaftsbasierten Gesundheitswesen in der Schweiz bei. Neben einem allgemeinen Monitoring von Gesundheit und Gesundheitswesen bearbeitet das Gesundheitsobservatorium vorerst die drei Themenschwerpunkte «Gesundheit im Alter», «psychische Gesundheit» und «Versorgungssysteme».

Der Tabakpräventionsfonds

Am 5. März 2004 hat der Bundesrat die neue Verordnung über den Tabakpräventionsfonds in Kraft gesetzt. Sie gründet auf dem Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung. Der Tabakpräventionsfonds wird durch die Abgabe von 2,6 Rappen pro verkaufte Zigarettenpackung finanziert, die seit dem 1. Oktober 2003 erhoben wird. In Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sport (BASPO) hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Fachstelle eingerichtet, die den Fonds verwaltet und die seit dem 1. April 2004 operativ tätig ist. Die Fachstelle erfüllt ihre Aufgaben in Zusammenarbeit mit anderen Stellen, insbesondere mit der Sektion Tabak des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und dem Bundesamt für Sport (BASPO). Für strategische Fragen wie zum Beispiel die Ausrichtung des Fonds kann sie auch andere Organisationen der Tabakprävention beziehen, insbesondere die Eidgenössische Kommission für Tabakprävention (EKTP). Aus dem Fonds können Präventionsmassnahmen finanziert werden, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und die Bevölkerung vor Passivrauch schützen. 20 bis 30% der jährlichen Einnahmen werden für Projekte im Bereich Sport und Bewegung eingesetzt.

² www.svbgef.ch

2. Weitere national tätige Institutionen

Gesundheitsförderung Schweiz

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht die Förderung der Gesundheit durch die Versicherer und Kantone mittels einer eigens einzurichtenden Institution vor (Art.19).³ Seit 1996 ist die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» mit der Aufgabe betraut. Die Stiftung wird durch jährliche Beiträge der obligatorisch Versicherten der Krankenkassen finanziert (seit 1998 CHF 2.40 pro Versicherten).

Gesundheitsförderung Schweiz hält als übergeordnete Ziele ihrer Tätigkeit fest

- Gute Ideen zur Gesundheitsförderung sind effizient in wirkungsvollen Projekten umgesetzt.
- In der Gesundheitsförderung in der Schweiz ist im internationalen Vergleich ein hoher professioneller Stand erreicht.
- Gesundheitsförderung ist in der politischen Agenda der Schweiz deutlich wahrnehmbar.
- Die Gesundheitsförderung geniesst in der Bevölkerung eine hohe Akzeptanz.
- Gesundheitsförderung Schweiz ist eine effiziente Organisation mit Vorbildcharakter.

Um diese Ziele zu erreichen, setzt Gesundheitsförderung Schweiz in Übereinstimmung mit der Charta von Ottawa⁴ auf die Methoden und Strategien des *Empowerment* (die Bevölkerung kennt und fördert die persönlichen Gesundheitsressourcen), der *Koordination und Kooperation* (Abstimmung der Gesundheitsförderungsaktivitäten zwischen Organisationen) sowie des *Engagements* (die Entwicklung des Gesundheitswesens ist geprägt vom Geist der Gesundheitsförderung).

Seit 1998 werden die folgenden drei Schwerpunkte gesetzt:

- *Bewegung, Ernährung, Entspannung*
- *Gesundheit und Arbeit*
- *Jugendliche und junge Erwachsene*

Neue gesundheitsfördernde Ideen und Konzepte können zudem im Rahmen der Einzelprojekte geprüft und beurteilt werden.

Ab 2007 ist eine Fokussierung auf die folgenden drei Kernthemen vorgesehen:

- *Gesundheitsförderung und Prävention stärken*
- *Gesundes Körpergewicht*
- *Psychische Gesundheit – Stress*

Schweizerische Gesundheitsstiftung Radix

Radix Gesundheitsförderung (volle Bezeichnung Schweizerische Gesundheitsstiftung Radix) entstand in der heutigen Struktur im Jahre 1992 aufgrund einer Fusion zwischen der 1972 gegründeten Schweizerischen Stiftung für Gesundheitserziehung (gegründet von Prof. Meinrad Schär, Universität Zürich) und dem 1986 gegründeten Verein «Radix gemeindeorientierte Gesundheitsförderung». Radix ist eine Non-Profit-Organisation, die sich voll über Projekte und entsprechende Honorare finanziert. Die wichtigsten Projekt-Auftraggeber sind: Bundesamt für Gesundheit, Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Zürich Versicherungen (vitaparcours), Kanton Zürich sowie die Eduard Aeberhardt Stiftung in Winterthur. Die Radix-Angebote sind schwerpunktmässig für Gemeinden (Mehr Lebensqualität, Suchtprävention, Vita Parcours), für Schulen (Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen) und für Betriebe

³ Art. 19 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) bildet die gesetzliche Grundlage für die Aufgaben von Gesundheitsförderung Schweiz:

- Sie regt Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten an.
- Sie fördert und koordiniert die Umsetzung entsprechender Projekte von nationaler und regionaler Bedeutung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten leistet sie finanzielle Beiträge, technische Hilfe und Beratung.
- Sie evaluiert und beurteilt die Wirkung der Massnahmen.

⁴ http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

(Beratung für Betriebliche Gesundheitsförderung, Weiterbildung und Netzwerk). Radix setzt dabei den Schwerpunkt bei der operativen Umsetzung von Konzepten der Gesundheitsförderung vor Ort.

Radix hat ihren Geschäftssitz in Zürich und betreibt weitere Stellen in Luzern, Bern, Freiburg und Lausanne. Sie arbeitet fachlich eng zusammen mit der unter einer lokalen Trägerschaft tätigen Radix della Svizzera Italiana.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)

Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) ist eine parteipolitisch und konfessionell unabhängige Organisation mit gemeinnützigem Zweck. Sie wurde im Jahre 1902 gegründet; seit November 2003 ist sie eine Stiftung. Die SFA will Alkohol- und andere Drogenprobleme verhüten und – wo bereits entstanden – vermindern. Zu diesem Zweck erarbeitet sie pädagogische Materialien für Schulen, entwickelt Präventionsprojekte und berät Betriebe. Sie informiert und dokumentiert kostenlos Jugendliche, Eltern, Lehrpersonen, Medienschaffende, Behörden und berät Abhängige und ihre Angehörigen.

In der Suchtprävention setzt sie sich folgende Ziele:

- *Drogenkonsum vorbeugen und Einstiegsalter verschieben*
- *Konsumhäufigkeit vermindern*
- *Banalisation des Konsums verhindern*
- *Risiken des Konsums vermindern*
- *Regelmässigen, täglichen Drogenkonsum verhindern*
- *Zum Drogenausstieg motivieren*

Schweiz. Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu)

Die Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu ist seit 1938 auf dem Gebiet der Nichtberufsunfallverhütung tätig. Sie hat den gesetzlichen Auftrag, sich für die Sicherheit der Bevölkerung einzusetzen. Rund 90 Mitarbeitende befassen sich mit der Unfallprävention in den Bereichen Strassenverkehr, Haus, Freizeit und Sport. Die bfu ist eine privatrechtlich organisierte, politisch unabhängige Stiftung und wird durch Beiträge aus der Nichtberufsunfallversicherung, Mittel des Fonds für Verkehrssicherheit und Eigenleistungen finanziert.

Schweizerischer Versicherungsverband SVV

Der SVV ist die Dachorganisation der privaten Versicherungswirtschaft. Über einen Prämienzuschlag von 0,75% der Nettoprämien für die Nichtberufsunfallversicherung finanziert er Präventionsaktionen im Freizeitbereich.

Fonds für Verkehrssicherheit

Der Fonds für Verkehrssicherheit ist seit 1976 auf dem Gebiet der Sicherheit im Strassenverkehr tätig. Als öffentlich-rechtliche Anstalt ist er finanziert durch Beiträge aus der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung. Er hat den gesetzlichen Auftrag, sich für die Sicherheit aller im Strassenverkehr Teilnehmenden einzusetzen. Dem Fonds stehen jährlich rund CHF 18 Mio. zur Verfügung. Sie stammen aus einem Beitrag, den jeder Motorfahrzeughalter zusammen mit seiner Haftpflichtversicherungsprämie bezahlt (zurzeit 0,75% der Nettoprämie). Die Mittel werden in erster Priorität für die von der Verwaltungskommission jährlich oder mehrjährig festgelegten Schwerpunktthemen gesprochen (für 2005: Schutzverhalten [Reflektoren, Sicherheitsgurt] und Schulbeginn, ab 2006: Fahrfähigkeit, Geschwindigkeit, Schule und Verkehr). In zweiter Priorität werden aufgrund von Gesuchen Projekte unterstützt, die zur Unfallverhütung und Linderung von Unfallfolgen geeignet und notwendig erscheinen.

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

Das Zentralsekretariat der GDK unterstützt die laufenden gemeinsamen Anstrengungen der Kantons- sowie Bundesbehörden und weiterer Organisationen im Hinblick auf die Schwerpunktsetzung im Rahmen einer Nationalen Gesundheitspolitik unter Einschluss der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie zur Verstärkung der Zusammenarbeit auf internationaler Ebene. Die GDK ist jedoch auch aktiv auf

der strategischen Ebene im Bereich der Krebsbekämpfung. Dabei beteiligt sie sich unter anderem an der Erarbeitung einer nationalen Krebsbekämpfungspolitik. Die GDK nimmt sich weiter Fragen rund um die Konzeption und Durchführung von Massnahmen der Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (Prävention) an. Im Bereich der Bestrebungen rund um den vernünftigen Umgang mit legalen Suchtmitteln nimmt die GDK eine Plattformrolle ein. Dies betrifft insbesondere Tabak und Alkohol. Schliesslich koordiniert das Zentralsekretariat der GDK gemeinsame Anstrengungen der Kantone im Bereich der ansteckenden Krankheiten.

Neben der GDK existieren vier regionale Konferenzen der Gesundheitsdirektoren für die Behandlung von Fragen mit regionaler Bedeutung (GDK Nordwestschweiz, GDK der Ostschweizer Kantone, GDK Zentralschweiz und die Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), der neben den Westschweizer Kantonen auch die Kantone Bern und Tessin angehören.

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

In der FMH ist die Abteilung Prävention zuständig für die Thematik «Prävention in der Arztpraxis». Bisher wurden folgende Projekte entwickelt und durchgeführt: Frei von Tabak, HIV-Prävention in der Arztpraxis, Krise und Suizid, BACK in time, Teilprojekt «Ärzte» des BAG-Programms «Alles im Griff?». Für Ärztinnen und Ärzte stehen verschiedene schriftliche Dokumentationen mit Hintergrundinformationen sowie Empfehlungen für Behandlung und Betreuung zur Verfügung, und für Patienten wurden diverse Wartezimmer-Broschüren erarbeitet. Die Abteilung organisiert und koordiniert auch interaktive Fortbildungsseminare zu den vorerwähnten Themata und stellt Schulungsmaterialien für Seminarleiterinnen und -leiter zur Verfügung.

santésuisse

santésuisse ist der Branchenverband der schweizerischen Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung.

Im Bereich der Prävention nimmt santésuisse die folgenden Aufgaben wahr:

- Inkasso des jährlich erhobenen Beitrags von CHF 2.40 für die Tätigkeit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
- Umsetzung von Art. 12 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend präventivmedizinische Leistungen
- Gemeinsame Aktionen mit Gesundheitsförderung Schweiz (TV-Spots, die zu mehr körperlicher Bewegung animieren sollen).

Die einzelnen Mitglieder des Dachverbandes verbreiten über ihre Publikationsorgane viel Wissen über gesunde Lebensweise und Präventionsmassnahmen.

Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS)

Die Aufgaben der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte sind je nach Kanton unterschiedlich. Sie umfassen nach eigenen Angaben jedoch fast immer auch Tätigkeiten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem Gesundheitsberichterstattung, Planung, Umsetzung und Controlling von Gesundheitsförderungsprojekten, Vernetzung mit Akteuren des Gebietes sowie die Schulgesundheitsdienste.⁵

Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF)

In der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) sind 23 Kantone vertreten. Die VBGF trägt zur Koordination und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung bei. Sie ist in vier regionale Gruppen aufgeteilt: Suisse latine, Nordwestschweiz, Ostschweiz und Zentralschweiz. Neben den regionalen Treffen finden jährlich ein bis zwei nationale Tagungen statt. Als ständige Gäste sind in der VBGF vertreten: Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsförderung Schweiz und Radix Gesundheitsförderung.

⁵ www.so.ch/de/pub/departemente/ddi/gesa_start/org_gesaundheitsamt/kantonsaerztlicher_dienst/startseite_vks.htm

Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS)

DiPPS (**D**ispositif **i**ntercantonal pour la **p**révention et la **p**romotion de la **s**anté) [Interkantonaler Verband für die Prävention und die Gesundheitsförderung] ist eine Koordinationsstelle der Gesundheitspolitik der Kantone der Romandie, Bern und Tessin. DiPPS befasst sich mit interkantonalen Gesundheitsförderungsprojekten.

Public Health Schweiz

Public Health Schweiz (früherer Name «Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen») ist der Dachverband der in der Schweiz tätigen Fachpersonen im Public-Health-Bereich. Gemäss Statuten nimmt Public Health Schweiz ihre Aufgaben wahr, «indem sie die Initiativen für wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet ergreift, deren Erkenntnisse verbreitet und deren Umsetzung und Anwendung in der Praxis fördert. Hauptsächliche Tätigkeitsgebiete sind die Bereiche des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung, der Früherfassung von Krankheitsproblemen sowie der Planung, Mittelverteilung und Evaluation.

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP

Die SGGP hat ihren Schwerpunkt bei der Suche und bei Vorschlägen für eine bessere Gesundheitspolitik und ein besseres Gesundheitswesen. Sie setzt sich für mehr Zusammenarbeit unter den Partnern im Gesundheitssystem ein, und seit fast 30 Jahren ist die SGGP eine treibende Kraft hinter vielen Reformbestrebungen. In diesem Rahmen weist sie auch immer wieder auf die wichtige Rolle der Prävention im Gesundheitswesen hin und behandelt das Thema in ihren Publikationen.

Fachstelle für Gesundheitspolitik

Die Fachstelle für Gesundheitspolitik ist eine Stelle für politisches Lobbying, die gemeinsam von verschiedenen in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Organisationen getragen wird.⁶ Sie befasst sich vor allem mit der Förderung von Massnahmen der Tabakprävention auf der politischen Ebene und setzt sich für eine Neuorientierung in der Tabakpolitik ein. Sie arbeitet dabei eng mit den kantonalen Gesundheitsdepartementen zusammen. Auch in anderen Bereichen der Verhältnisprävention können ihre Dienste in Anspruch genommen werden. Verhältnisprävention bezieht bei den Massnahmen die Umgebung der Person mit ein. Umgebung ist dabei im weitesten Sinne zu verstehen. Darunter fällt die persönliche und berufliche Umwelt. Für die Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene besteht beispielsweise eine gut verständliche Zusammenstellung mit praktischen Hinweisen für das konkrete Vorgehen.⁷

3. Gesundheitsligen

Als Gesundheitsligen werden gemeinnützige Organisationen bezeichnet, die auf mehrheitlich professioneller Basis Dienstleistungen erbringen in der primären und sekundären Prävention bei meist chronischen und schweren Krankheiten. Im Bereich der Primärprävention erfüllen sie Aufgaben im Auftrag des Staates (gemäss Artikel 118 der Bundesverfassung). Als Organisationen mit privatrechtlicher Trägerschaft tragen sie zur Bekämpfung der gesundheitlichen, finanziellen und sozialen Folgen von schweren Krankheiten bei. Teilweise sind sie auch in der Forschung tätig.

Die Gesundheitsligen sind an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Sozialwesen tätig. Dies ist das hauptsächliche Merkmal zur Unterscheidung von anderen Organisationen, die in der Beratung und Begleitung von Menschen mit einem Gesundheitsschaden tätig sind. Durch ihre Tätigkeit in der Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sie sich insbesondere von den Organisationen der privaten Behindertenhilfe.

⁶ Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT), Lungenliga Schweiz, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Krebsliga Schweiz (SKL), Gesundheitsförderung Schweiz und Public Health Schweiz (früher Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen).

⁷ Anliegen einbringen und mehrheitsfähig machen. Agenda-Setting und Lobbying in der Gemeinde. Reto Wiesli, Fachstelle für Gesundheitspolitik, undatiert. Im Internet unter www.radix.ch/gemeinde/data/data_26.pdf

Das Spektrum der Ligen reicht von traditionellen, seit Jahrzehnten bestehenden Ligen (wie die Lungenliga Schweiz, ehemals Schweiz. Vereinigung gegen Tuberkulose, oder die Krebsliga Schweiz) bis hin zu Organisationen, die sich angesichts neuer Zivilisationskrankheiten in den letzten Jahren gebildet haben (wie die AIDS-Hilfe Schweiz). Teilweise haben sie sich von Selbsthilfeorganisationen zu Fachorganisationen entwickelt (wie aha! Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma, ehemals Vereinigung Das Band als Selbsthilfe der Tuberkulosepatienten). Angegliedert oder zugeordnet sind den Ligen teilweise auch Selbsthilfeorganisationen oder Elternvereinigungen (wie die Kinderkrebshilfe bei der Krebsliga Schweiz).

Die Gesundheitsligen sind in der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO locker zusammengeschlossen.⁸

4. Netzwerke

In den letzten Jahren haben sich vermehrt so genannte themenspezifische Netzwerke gebildet. Sie gewährleisten den umfassenden Erfahrungsaustausch zwischen Institutionen mit ähnlichen Zielsetzungen und haben meistens eine nur lockere äussere Struktur. An verschiedenen Netzwerken ist Gesundheitsförderung Schweiz als Partnerin beteiligt. Nachfolgend einige Beispiele für etablierte Netzwerke:

bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz⁹

Es handelt sich um ein neues, bis ins Jahr 2010 laufendes Programm des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK). Es ist die Weiterentwicklung der Vorläuferprogramme «Santé Jeunesse» und «Schulen und Gesundheit». Sein Fokus ist auf die Schule gerichtet. Projekte aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention werden gebündelt, Erfahrung und bestehendes Know-how in einem Netzwerk verbunden. Die Schule wird dabei als umfassende Lebenswelt verstanden, zu der neben den Schülern und Schülerinnen auch die Lehrerschaft und die Gestaltung der Schulhäuser und Schulwege zählt. Ziel des Programms ist es, langfristig wirkende Prozesse und Verhaltensänderungen auszulösen, die zur Qualitätsentwicklung in Schulen beitragen und die gute, gesunde Schulen fördern. Die Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) und das BAG haben zwölf Institutionen zur Zusammenarbeit ausgewählt. Es sind neun so genannte Kompetenzzentren sowie drei Netzwerkpartner. «bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz» bildet ein Netzwerk auf mehreren Ebenen. Es erlaubt einen vielfältigen Informationsfluss zwischen Schulen, Kompetenzzentren und Partnern und es garantiert Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch. Zudem ermöglicht das Netzwerk den Beteiligten, sich gemeinsam auf das Ziel der guten gesunden Schule auszurichten und die Stossrichtung zu konzentrieren.

Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz¹⁰

Die Mitglieder des Netzwerkes sind Organisationen, die sich für die Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport einsetzen. Das Netzwerk wird gemeinsam von BASPO und Gesundheitsförderung Schweiz getragen.

Netzwerk Ernährung und Gesundheit Nutrinet.ch¹¹

Um der Prävention im Ernährungsbereich in der Schweiz mehr Gewicht zu verschaffen, haben sich im Dezember 1999 13 gemeinnützige Trägerschaften zum Netzwerk für Ernährung und Gesundheit, Nutrinet.ch zusammengeschlossen. Nutrinet.ch umfasst 37 Voll- und 6 Gastmitglieder. Nutrinet.ch wird von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt. Das Netzwerk hat keine formaljuristischen Strukturen und wird durch einen dreiköpfigen Geschäftsausschuss geleitet. Die Schweiz. Gesellschaft für Ernährung führt die Geschäftsstelle im Mandatsverhältnis.

⁸ www.geliko.ch/d/beitrag.html

⁹ www.bildungundgesundheit.ch

¹⁰ www.hepa.ch

¹¹ www.nutrinet.ch

Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen¹²

Die Schweiz ist seit 1993 am Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (ENHPS) – einem Projekt der WHO, der EU und des Europarates – beteiligt. Radix Gesundheitsförderung koordiniert das Schweizerische Netzwerk im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz. Zurzeit sind 356 Schulen in der Schweiz Mitglied des Netzwerkes. Sie haben sich verpflichtet, während zwei Jahren an einem auf ihre Schule zugeschnittenen Programm zu arbeiten. Das Netzwerk ist Teil des umfassenderen Netzwerkes «bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz».

Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser¹³

In der Schweiz finden im Rahmen dieses Netzwerkes 16 Projekte in 6 Spitälern statt. Die Themen sind ganz unterschiedlicher Art (z.B. rauchfreies Spital, Stressprävention, Adipositas und Diabetes).

Network Public Health¹⁴

Das Netzwerk Public Health vereint im Sinne einer multidisziplinären Dachorganisation Hochschul-einrichtungen und Institutionen aus allen Landesteilen der Schweiz, die sich mit dem Thema Public Health befassen. Es bezweckt eine nachhaltige strukturelle Stärkung des Public-Health-Bereiches in der Schweiz. Von zentralem Interesse ist dabei der Aufbau einer nationalen Infrastruktur für gemeinsame Lehre und Forschung in Public Health, die allen interessierten Personen und Institutionen zur Verfügung steht.

Die Aufgaben des Netzwerkes Public Health konzentrieren sich auf die folgenden drei Schwerpunkte:

- Die Projekte «Master of Public Health», Doktorierungsprogramm und Gesundheitsdaten-Plattform (Swiss National Cohort).
- Vernetzung der Netzwerkpartner mittels Tagungen, Workshops, Newsletters und einer interaktiven elektronischen Kommunikationsplattform, die sich zum «Swiss Portal for Public Health» entwickeln soll.
- Strukturbildender Prozess, der langfristig zum Aufbau einer vernetzten «Swiss School of Public Health» führen soll.

5. Wichtige nationale Projekte**Aktionsplan Umwelt und Gesundheit APUG**

Im Jahre 1998 wurde ein unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Umwelt, Wald und Landschaft (BUWAL) erarbeiteter Aktionsplan Umwelt und Gesundheit vom Parlament zur Kenntnis genommen. Die Wurzeln des APUG gehen zurück auf die Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung in Rio im Jahr 1992, in deren Folge die Weltgesundheitsorganisation WHO ihre Mitglieder aufforderte, nationale Aktionspläne für Umwelt und Gesundheit auszuarbeiten, um diesen Gedanken in die Praxis umzusetzen.

Ziel des APUG ist es, ein breites Publikum zu motivieren, das eigene Umwelt- und Gesundheitsverhalten im Alltag zu verknüpfen und damit zu einer nachhaltigen Entwicklung beizutragen. Zur Erreichung dieses Ziels wurden drei Schwerpunktbereiche definiert, in denen der APUG bis 2007 zu messbaren Fortschritten führen soll: «Natur und Wohlbefinden», «Mobilität und Wohlbefinden» sowie «Wohnen und Wohlbefinden». Die Umsetzung erfolgt in einer Zusammenarbeit von Bund, Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen. Die Koordination des APUG erfolgt durch die Sektion Gesundheit und Umwelt im BAG.

Strategie Migration und Gesundheit

Die Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2006» ist das Resultat einer breit angelegten Untersuchung unter Expertinnen und Experten und einer ausgedehnten Vernehmlassung. Sie wurde in Anlehnung an die WHO-Zielsetzung «Gesundheit für alle im Jahr 2000» vom Bundesamt für Gesundheit (BAG)

¹² www.gesunde-schulen.ch

¹³ www.healthhospitals.ch

¹⁴ www.network-ph.ch

in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Zuwanderung, Integration und Auswanderung (IMES) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) erarbeitet und im Juli 2002 vom Bundesrat verabschiedet.

Längerfristiges Ziel der Strategie ist die Schaffung eines Gesundheitswesens, das auf eine durch Migration veränderte Gesellschaft und Klientel und deren Bedürfnisse eingeht. Um den Zugang zum Gesundheitswesen zu verbessern und um spezifische Leistungen zu erbringen, werden Massnahmen in fünf definierten Interventionsbereichen umgesetzt:

- Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung)
- Information, Prävention und Gesundheitsförderung
- Gesundheitsversorgung
- Therapieangebote für Traumatisierte im Asylbereich
- Forschung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring)

Nationales Krebsprogramm

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Gesundheitsdirektorenkonferenz hat die Dachorganisation «Oncosuisse» ein Nationales Krebsprogramm 2005–2010 entwickelt. Dieses soll die Zahl der Krebskranken und -toten senken und die Lebensqualität der Erkrankten verbessern. Generell soll es zudem zur besseren Gesundheit der Schweizer Bevölkerung beitragen.

Suisse Balance

Das Programm Suisse Balance wurde gemeinsam vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz im Oktober 2002 gestartet. Als wesentliche Ziele wurden genannt:

- Bis 2010 soll sich der Anteil der in der Schweiz lebenden Menschen mit einem gesunden Körpergewicht durch ein die Gesundheit und das Wohlbefinden förderndes Ernährungs- und Bewegungsverhalten markant vergrössert haben.
- Bis 2010 werden die strukturellen Voraussetzungen geschaffen, die eine nachhaltige Entwicklung zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts gewährleisten.

Suisse Balance ist ein Programm, das die Entwicklung von lokalen, regionalen und nationalen Projekten unterstützt, die in unterschiedlichen Formen die Intensivierung gesunder Bewegungs- und Ernährungsverhaltensweisen umfassen. Kinder und Jugendliche sind die wichtigsten Zielgruppen. Die erste Projektphase wurde im März 2005 beendet.

KMU-vital

KMU-vital¹⁵ ist ein Instrumentenset für die betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Das Programm wurde von 2001 bis 2004 vom Institut für Arbeitsmedizin in Baden und vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt. Die Unterlagen umfassen Leitfäden und konkrete Arbeitsinstrumente zu insgesamt zehn Modulen (1 Einstiegsworkshop, 3 Analysemodule und 6 Umsetzungsmodule). Ein separater Programmleitfaden gibt einen Überblick über den Gesamttablauf. Die entwickelten Instrumente stehen interessierten Betrieben kostenlos zur Verfügung.

www.quint-essenz.ch

Diese von Gesundheitsförderung Schweiz betriebene Website richtet sich an alle Personen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten.

¹⁵ www.kmu-vital.ch

www.healthproject.ch

www.healthproject.ch ist eine Datenbank für Projekte aus Gesundheitsförderung und Prävention. Sie wird von Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit Partnerorganisationen (bfu, BAG, EKAS, SVV, seco und Suva) betrieben. In der Schweiz laufende Projekte können alphabetisch geordnet durchgesehen, nach einer Reihe von Kriterien (z.B. Partner, Sprachen, Inhalte, Zielgruppen, Tätigkeitsfeld, Reichweite, Ansätze, Methoden und Perspektiven) abgerufen oder mit einer Stichworteingabe gesucht werden.

www.healthorg.ch

www.healthorg.ch erweitert die Projektdatenbank www.healthproject.ch inhaltlich. Sie ist speziell für Akteure in Gesundheitsförderung und Prävention konzipiert und wird von Gesundheitsförderung Schweiz und den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung getragen. Sie bietet Informationen zu den Akteuren in Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein, eine Charakterisierung der Aktivitäten und Angebote nach Themen, Zielpublikum, geografischem Wirkungsbereich und methodischen Ansätzen, praktische Links zu Dokumenten und Studien und zu ausgewählten Fachpersonen.

Infodoc

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz betreibt Radix Gesundheitsförderung drei InfoDoc-Stellen in der deutschen,¹⁶ französischen¹⁷ und italienischen¹⁸ Schweiz. Sie bieten einen Informations- und Dokumentationsdienst zum Thema Gesundheitsförderung. Den Benutzerinnen und Benutzern stehen Bücher, Zeitschriften, audiovisuelle Medien, Lehrmittel sowie die Datenbank schweizerischer Gesundheitsförderungs-Projekte zur Verfügung. Sammelgebiete sind Gesundheitsförderung, Prävention, Public Health, Methodologie, Projektmanagement und -planung, Evaluation, Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderungspolitik, spezifische Themen der Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsverhalten, Lebensstile, Umwelt und Gesundheit.

www.tschau.ch

Professionelle Beratung und Information von Jugendlichen aus der Deutschschweiz (in der Romandie www.ciao.ch) via Internet über Themen wie Sexualität, Freundschaft, Gesundheit, Sucht, Schule und Arbeitswelt.

action d

Um die Gesundheit generell zu fördern und speziell Diabetes aktiv vorzubeugen, haben die fünf Krankenkversicherer CONCORDIA, CSS, Helsana, ÖKK und Visana zusammen mit Gesundheitsförderung Schweiz die action d – diabetes aktiv vorbeugen ins Leben gerufen.¹⁹ Aktuelle Träger sind: Helsana, Visana und Gesundheitsförderung Schweiz.

Die Ziele von action d sind:

- Über Gesundheitsförderung zu informieren,
- auf das Risiko eines Diabetes Typ 2 aufmerksam zu machen und
- zu zeigen, wie man durch einen aktiven Lebensstil, der regelmässige Bewegung und gesunde Ernährung umfasst, einem Diabetes aktiv vorbeugen kann.

¹⁶ www.radix.ch/d/html/infodoc.html

¹⁷ www.radix.ch/f/html/infodoc.html

¹⁸ www.ti.ch/salute/biblioteca

¹⁹ www.actiond.ch

ANHANG XI: GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION STÄRKEN: DIE 15 HERAUSFORDERUNGEN

Herausforderung 1: Wie befähigen wir die Politik, die Kernbegriffe der Chartas von Ottawa und Bangkok als handlungsrelevant zu verstehen, damit Gesundheitsförderung als gesellschaftspolitisches Anliegen in die Gesamtpolitik integriert werden kann?

Herausforderung 2: Wie veranlasst man die Kantone, die Gesundheitsförderung als staatliche Aufgabe anzuerkennen, damit die Krankheitsversorgungspolitik zur gesundheitsfördernden Gesamtpolitik wird?¹

Herausforderung 3: Wie richten wir unsere Weiterbildungsangebote aus, damit wir mehr qualifizierte Fachpersonen in hohe Stabsfunktionen der kantonalen Verwaltungen bringen?

Herausforderung 4: Wie fördern wir mehr Eigenaktivität der Gemeinden, damit die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik auf dieser Basisebene verankert werden kann?

Herausforderung 5: Wie stellen wir sicher, dass in einer Zeit mit knapper werdenden finanziellen Ressourcen und ständig wachsenden Anforderungen an das Schulsystem der Gesundheitsförderung die notwendige Aufmerksamkeit zukommt?

Herausforderung 6: Wie können Arbeitgeber überzeugt werden, damit betriebliche Gesundheitsförderung zum Normalfall in der Betriebsführung wird, und dass sich betriebliche Gesundheitsförderung auch wirtschaftlich letztlich auszahlt?

Herausforderung 7: Wie binden wir die Ärzteschaft nachhaltig in die Gesundheitsförderung ein, damit die Sensibilisierung der Bevölkerung für Gesundheitsförderung über diesen Kanal verstärkt wird?

Herausforderung 8: Wie gewinnen wir mehr und spezifisch auf die Schweiz ausgerichtete Erkenntnisse über «The causes of the causes», damit für die Gesundheit unzuträgliche Verhältnisse wie auch Verhaltensweisen ursächlich angegangen werden können?

Herausforderung 9: Wie kann die Bevölkerung animiert werden, vermehrte Aktivitäten für einen gesunden Lebensraum zu entwickeln, damit das Ideal eines gesundheitsförderlichen Zusammenlebens verwirklicht werden kann?

Herausforderung 10: Wo müssen wir ansetzen, damit wir bei der Übermittlung unserer Botschaften sowohl bei Entscheidungsträgern als auch in der Bevölkerung eine Betroffenheit auslösen, die auch ohne kurzfristig wahrnehmbaren Nutzen gesundheitsförderliches Verhalten bewirkt?

Herausforderung 11: Wie übertragen wir offensichtliche Erfolge bei bewegungsorientierten Programmen auf andere Verhaltensbereiche, damit gesundes Verhalten nachhaltig mit der Wahrnehmung einer verbesserten Lebensqualität verbunden wird?

Herausforderung 12: Welche «take-home-messages» formulieren wir in der Gesundheitsförderung für die Politik, damit unsere Botschaften leichter auch in die Bevölkerung transportiert werden können?

Herausforderung 13: Wie vermitteln wir den Entscheidungsträgern die Erkenntnisse über Evidenz und Best Practice, damit die Chancen einer politischen Umsetzung erhöht werden?

¹ Anhang 9 beinhaltet eine Checkliste, was eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik im Idealfall bedeuten würde.

Herausforderung 14: Wie kommunizieren wir verständlich und erfolgreich mit der Bevölkerung, damit unsere Botschaften als attraktiv wahrgenommen werden?

Herausforderung 15: Welches Profil gibt sich Gesundheitsförderung Schweiz, damit sie künftig eine Leaderrolle übernehmen kann?

ANHANG XII: EINFLÜSSE, DIE FÖRDERLICH BZW. HINDERLICH SIND FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION (GF+P)

a) Bereiche Politik und gesundheitsförderliches Umfeld

Förderlich

- Grundsätzliches Interesse (Engagement) des Politikers bzw. des Unternehmers für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Wahrnehmung von Relevanz der konkreten Massnahmen aus den Bereichen GF+P.
- Wahrgenommene Dringlichkeit eines Problems (z.B. Aids in den 80er-Jahren).
- Aus Engagement für GF+P resultiert ein politischer Gewinn (positiver Feedback, Umfrageergebnisse, Wahlergebnisse).
- Quantifizierbare (Zwischen-)Ziele mit Ergebnissen innerhalb der Legislaturperiode.
- Aus Engagement für GF+P resultieren bessere Betriebsergebnisse.
- Unterstützung von GF+P durch Opinion Leaders in Gemeinde, Schule, Betriebsdirektion.
- Es resultiert eine Kostenverminderung in absehbarer Zeit.
- Kosten und Nutzen fallen im gleichen Bereich bzw. in der gleichen Kostenstelle an.
- Glaubwürdigkeit des (fachlichen) Absenders.
- Verständlichkeit des (fachlichen) Absenders.
- Pflege regelmässiger Kontakte zwischen Fachpersonen der GF+P und Politikern/Entscheidungsträgern.
- Eigene Fachabteilung GF+P in der Staatsverwaltung (Gesundheitsdirektion) mit Leitung durch Chefbeamten im Direktionsstab.
- Es sind Anreize für gesundheitsförderliches Handeln vorhanden.
- Unterstützung von GF+P durch die Ärzteschaft.

Hinderlich

- Argumente der WHO werden nicht ernst genommen, da sprachlich abgehoben oder (scheinbar) für Schweiz nicht relevant.
- Nationale Gesundheitsziele fehlen.
- Nationale Einflussnahme auf Gesundheitsförderung und Prävention wird als Einmischung in die kantonale Hoheit wahrgenommen.
- Gesundheitsdirektorenkonferenz als nationale Dachorganisation der Kantone befasst sich kaum mit Gesundheitsförderung; Gesundheitsdirektionen befassen sich nur noch mit Disease Management und Kostenfragen.
- Wahrnehmung von Gesundheit als ressortübergreifendes Anliegen nicht vorhanden.
- Determinanten für die Gesundheit sind nicht oder nur teilweise bekannt oder sie werden als nicht relevant empfunden (z.B. Bedeutung der sozialen Ausgrenzung, der Arbeitsplatzunsicherheit).
- Es fehlen kurze, verständliche Zusammenstellungen mit Angaben über Evidenz und Best Practice.
- Unterlassen einer Massnahme der Gesundheitsförderung und Prävention bringt keine kurzfristig wahrnehmbaren Nachteile.
- Auch wenn erfolgreich: Kosten und Nutzen einer Massnahme fallen in verschiedenen Bereichen an.
- Arbeitsplatzsicherheit und betriebliche Gesundheitsförderung haben keine gemeinsame Kultur.
- Weiterbildung in GF+P ist zu wenig auf Politik und Wirtschaft ausgerichtet.
- Ärzte interessieren sich kaum für GF+P.

b) Bereiche Lebensstil und Gesundheit**Förderlich**

- Leidensdruck oder unmittelbare Bedrohung.
- Betroffenheit («das geht mich etwas an, es ist relevant»).
- Kurzfristig eintretender Gewinn (keine Ansteckung, Steigerung des Wohlbefindens, bessere Lebensqualität).
- Mitmachen mit Modeströmung (diese Verhaltensweise ist gerade «in»).
- Präzise Ansprache der Zielgruppe.
- Anreize für gesundheitsförderliches Verhalten (z.B. Belohnung für Schulklasse, die ein Jahr lang nicht raucht).
- Wahrnehmung von Gesundheit als «Symbolwert».
- Umfassendes, leicht verständliches und zugängliches Informationsangebot (z.B. über Internetportal), evtl. interaktiv.
- Glaubwürdigkeit des Absenders der Botschaften.
- Wahrnehmbares echtes Engagement des Absenders.
- Botschaften mit grosser Relevanz für den Alltag, leicht umsetzbar.
- Imitation eines Idols oder einer höher stehenden Bevölkerungsschicht.
- Sozialer Druck (Vorsicht: Ethik überprüfen!).
- Unterstützung durch die Ärzteschaft.

Hinderlich

- Fehlende Betroffenheit (betrifft mich doch nicht).
- Negative Folgen gesundheitsschädigenden Verhaltens zeigen sich erst spät (besonders bei Jugendlichen wichtig).
- Sich nicht als Zielgruppe angesprochen fühlen.
- Reiz des Risikos (vor allem junge Männer).
- Soziale Akzeptanz oder gesellschaftliche Anerkennung bzw. Duldung risikoreichen Verhaltens (bis vor kurzem: Alkohol am Steuer).
- Langfristig schädliches Verhalten ist kurzfristig mit Gewinn verbunden (z.B. «Problemlösungsfunktion» von Drogen, Alkohol).
- Wahrnehmung von Gesundheit als «Gebrauchswert».
- Gefühl, ohne Gegenwert verzichten zu müssen.
- Auf somatischen Bereich beschränktes Gesundheitsbild.
- Keine Kenntnis und/oder kein Verständnis der Gesundheitsdeterminanten.
- Wahrnehmung divergierender Botschaften (z.B. als Folge kontroverser öffentlicher Präsenz verschiedener «Experten»; kann zurzeit am Thema «Impfen» beobachtet werden).
- Gefühl von Unsicherheit, sich bedroht fühlen.