

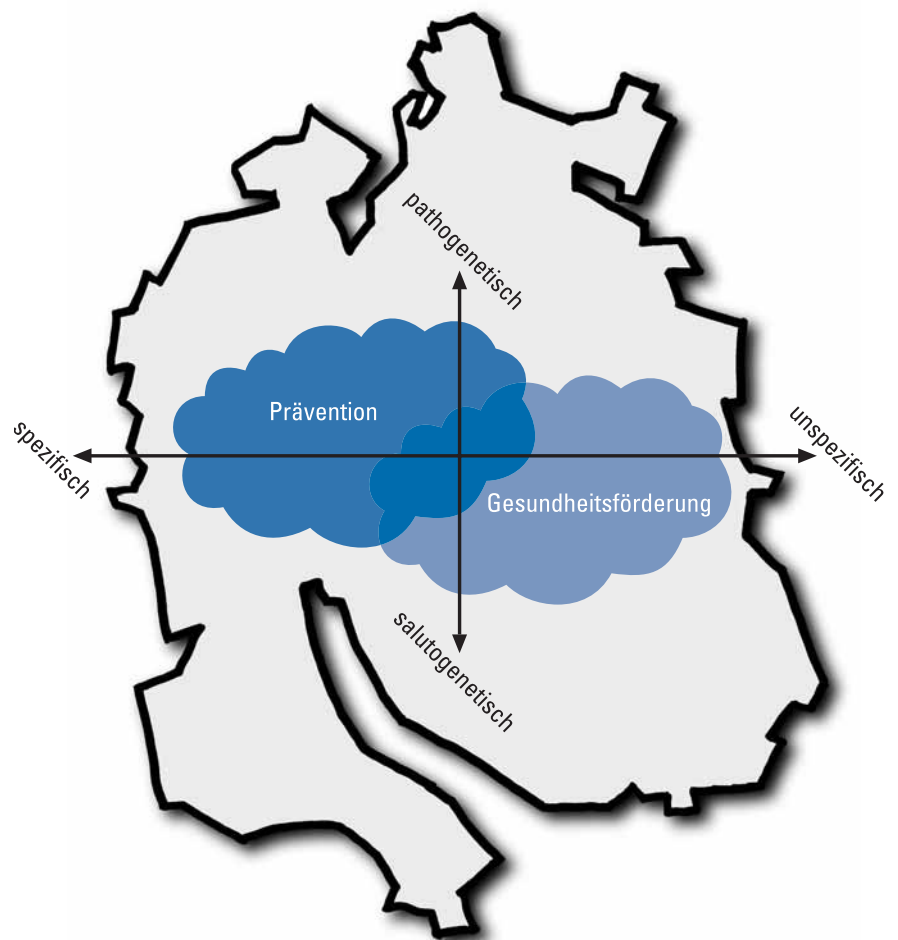
Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Serie Gesundheit,
Gesundheitsförderung
und Gesundheitswesen
im Kanton Zürich

Nr. 11
September 2004



Herausgegeben vom
Institut für
Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
im Auftrag der
Gesundheitsdirektion
des Kantons Zürich



Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Serie Gesundheit,
Gesundheitsförderung
und Gesundheitswesen
im Kanton Zürich

Nr. 11
September 2004



Herausgegeben vom
Institut für
Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
im Auftrag der
Gesundheitsdirektion
des Kantons Zürich

Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

Bisher erschienen oder in Vorbereitung:

- Nr. 1: Suchtpräventionskonzept. 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung. 1994. iv + 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen. 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Gesundheitsförderung von Jugendlichen in der Berufsausbildung. Bericht über ein Pilotprojekt. 1998. 44 Seiten, 5 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 5: Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999. 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.–.
- Nr. 8: Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention. 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit. 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich. 2004. vi + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.

Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2004, Hrsg.):
Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.

Herausgeber / Bezugsquelle:
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
Sumatrastr. 30, 8006 Zürich
Tel: 01 634 46 29, Fax: 01 634 49 77
prae.v.gf@ifspm.unizh.ch

© ISPM Zürich, 2004

Geleitwort von Regierungsrätin Verena Diener



Eine bewusste Lebensführung und ein sinnvolles Gesundheitsverhalten sind wichtige Elemente einer hohen Lebensqualität. Jeder Mensch ist aufgerufen, im Rahmen seiner Möglichkeiten der eigenen Gesundheit Sorge zu tragen. Dabei will der Staat ihn unterstützen.

Seit 1991 ist das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich zuständig für die Planung, Förderung und Verbreitung der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, soweit diese dem Staat obliegen. Im Auftrag der Gesundheitsdirektion hat das Institut in den vergangenen zehn Jahren ein Konzept für eine kantonsweite Suchtprävention ausgearbeitet und zusammen mit Partnerinstitutionen umgesetzt. Diese Arbeit hat über die Kantongrenzen hinaus Beachtung gefunden, wie unter anderem die Übernahme der Kampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» durch andere Kantone und ausländische Städte zeigt.

In einem weiteren Schritt sollen nun die Aktivitäten auf die allgemeine Gesundheitsförderung und die Prävention weitverbreiteter, schwerer Gesundheitsbeeinträchtigungen wie Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs oder die Zuckerkrankheit ausgedehnt werden. Fehlende Bewegung, falsche Ernährung und ungenügende Entspannung stehen oft am Beginn solcher Gesundheitsstörungen. Solche Themen sind im Rahmen einer Gesamtstrategie anzugehen. Deshalb hat die Gesundheitsdirektion das Institut für Sozial- und Präventivmedizin damit beauftragt, ein entsprechendes Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich vorzulegen. Durch dieses Konzept können Lücken identifiziert und bestehende Strukturen optimiert werden.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion hat der Regierungsrat am 22. September 2004 die Umsetzung des vorliegenden Konzepts beschlossen. Als Gesundheitsdirektorin des Kantons Zürich bin ich überzeugt, dass damit ein weiterer Beitrag zur Erhaltung und Unterstützung der Gesundheit der Zürcher Bevölkerung geleistet werden kann.

*Verena Diener
Regierungsrätin*

Zürich, im September 2004

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Geleitwort von Regierungsrätin Verena Diener | iii |
| Vorwort | 1 |
| 1. Einleitung | 3 |
| 1.1 Entstehung des Konzeptes | 3 |
| 1.2 Was soll das Konzept leisten? | 4 |
| 1.3 An wen richtet sich das Konzept? | 4 |
| 1.4 Aufbau des Berichts | 5 |
| 2. Grundlagen: Gesundheit – Prävention – Gesundheitsförderung ... | 7 |
| 2.1 Gesundheit | 7 |
| 2.1.1 Einflussfaktoren | 7 |
| 2.2 Prävention und Gesundheitsförderung | 8 |
| 2.3 Handlungsebenen | 10 |
| 2.4 Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung | 16 |
| 2.5 Gesundheitsberichterstattung | 18 |
| 3. Ausgangssituation | 19 |
| 3.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen | 19 |
| 3.2 Prävention und Gesundheitsförderung international und national | 21 |
| 3.2.1 International | 21 |
| 3.2.2 National | 22 |
| 3.2.3 Andere Kantone | 25 |
| 3.3 Kanton Zürich | 25 |
| 3.3.1 Wichtige Aktivitäten und Ausbauschritte der vergangenen Jahre | 25 |
| 3.3.2 Wie schätzen Expertinnen und Experten die Situation im Kanton Zürich ein? | 32 |
| 3.4 Gesamtbeurteilung des Ist-Zustandes | 33 |
| 4. Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich | 35 |
| 4.1 Oberziele | 35 |
| 4.2 Gesundheitsziele | 35 |
| 4.3 Operative Ziele | 36 |
| 5. Grundsätze für die Umsetzung | 39 |
| 5.1 Empowerment und Selbstverantwortung | 39 |
| 5.2 Partizipation | 39 |
| 5.3 Kooperation und Netzwerkbildung | 40 |
| 5.4 Chancengleichheit | 40 |
| 5.5 Subsidiarität | 41 |
| 5.6 Längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung | 41 |
| 6. Vier Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich | 43 |
| 6.1 Strategie 1: Information und Kommunikation | 44 |
| 6.1.1 Öffentlichkeitsarbeit | 45 |
| 6.1.2 Informationskanäle | 45 |
| 6.1.3 Diskussionsgefässe | 45 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 6.2 | Strategie 2: Durchführung von Schwerpunktprogrammen | .46 |
| 6.2.1 | Grundlagen, Voraussetzungen, Daten für die Schwerpunktsetzung | .48 |
| 6.2.2 | Schwerpunktconzepte | .48 |
| 6.2.3 | Umsetzung der Schwerpunktconzepte | .50 |
| 6.3 | Strategie 3: Unterstützung für Politik und Verwaltung | .51 |
| 6.3.1 | Identifizierung von gesundheitsrelevanten Themen und Handlungsbedarf | .51 |
| 6.3.2 | Information beschaffen | .51 |
| 6.3.3 | Information vermitteln | .51 |
| 6.4 | Strategie 4: Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen | .51 |
| 6.4.1 | Organisationsvarianten | .52 |
| 6.4.2 | Wie wird die künftige Struktur erarbeitet? | .52 |
| 6.4.3 | Forum | .53 |
| 6.5 | Unterstützung von Einzelprojekten ausserhalb der vier Strategien | .53 |
| 6.6 | Übersicht der bestehenden und neuen Gremien | .54 |
| 6.7 | Umsetzung bis zum Vorliegen von neuen Strukturen | .55 |
| 7. | Qualitätsmanagement und Evaluation | .57 |
| 7.1 | Begriffe | .57 |
| 7.1.1 | Management | .57 |
| 7.1.2 | Evaluation | .57 |
| 7.2 | Von generellen zu überprüfbaren Zielen | .58 |
| 7.2.1 | Langfristige Ziele | .58 |
| 7.3 | Qualitätsmanagement- und Evaluationsinstrumente im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung | .58 |
| 7.4 | Organisation im Kanton Zürich | .59 |
| 7.4.1 | Ebene Gesamtsystem | .59 |
| 7.4.2 | Ebene Schwerpunktprogramme | .60 |
| 7.4.3 | Ebene Projekte | .61 |
| 8. | Finanzen | .63 |
| 8.1 | Der bisherige Leistungsauftrag an das ISPM | .63 |
| 8.2 | Die Grundkosten für das vorliegende Konzept | .64 |
| 8.3 | Kosten der Durchführung von Schwerpunktprogrammen und Einzelprojekten | .66 |
| 8.4 | Kosten für Evaluation und Qualitätsmanagement | .66 |
| 9. | Schritte zur Umsetzung des Konzeptes | .67 |
| 9.1 | ISPM | .67 |
| 9.2 | Beteiligungsmöglichkeiten für Akteurinnen und Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich | .68 |
| | Literatur | .69 |
| | Anhänge | .71 |
| | Anhang A: Arbeitsgruppen | .71 |
| | Anhang B: Die 21 WHO-Ziele | .72 |
| | Anhang C: Erhebung des Status Quo im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich | .75 |
| | Anhang D: Zur Illustration: Mögliche Schwerpunktconzepte und –programme | .77 |
| | Anhang E: Abbildungsverzeichnis | .83 |
| | Anhang F: Tabellenverzeichnis | .85 |

Vorwort

Das vorliegende Konzept will die Richtschnur für präventive und gesundheitsförderliche Tätigkeiten im Kanton Zürich bilden. Die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zürich sollen besser vernetzt werden, um dadurch mehr Synergien zu schaffen. Ein weiteres Ziel des Dokumentes ist die Einbettung der Zürcher Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in den interkantonalen und nationalen Rahmen.

Das Konzept will sinnvolle Ziele setzen, Strukturen schaffen und die Prozesse im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung definieren. Deswegen beinhaltet es keine konkreten inhaltlichen Massnahmen zu künftigen Aktivitäten. Offenheit ist notwendig, denn niemand weiss, welche neuen Gesundheitsrisiken und Präventionschancen die Zukunft bereit hält.

Die partizipative Arbeitsweise und der Einbezug weiterer Kreise bei der Erarbeitung des Konzeptes hat zu einem längeren Entstehungsprozess geführt. Allen Personen, die sich an diesem Gemeinschaftswerk beteiligt haben, insbesondere aber den Mitgliedern der beiden Arbeitsgruppen (vgl. Anhang A) danken wir sehr für ihre engagierten Beiträge.

Als Projektleiter der Entstehungsphase des Konzeptes wirkte Andreas Minder. Das Werk trägt vorab seine Handschrift und insbesondere seine gründliche Recherchierarbeit war sehr wertvoll. Seine Arbeit wurde durch Heidi Liechti fortgeführt. In diese Arbeitsphase fielen die wichtige Einarbeitung der Vorschläge aus der Vernehmlassung sowie zahlreiche Aktualisierungen und Schlussanpassungen (einschliesslich der Ausarbeitung verständnisfördernder Schemata).

Caroline Morel und Sylvia Sommer danken wir für die Durchführung der ExpertInnen-Interviews, die sie zur Erhebung des Status Quo im Kanton Zürich durchgeführt haben (vgl. Anhang C). An dieser Stelle sei aber auch den zahlreichen Vernehmlassungspartnern sowie den Hearingteilnehmenden gedankt, die mit ihren vielfältigen Ideen, Anregungen, Anmerkungen und Kritikpunkten zur Qualitätsverbesserung am Konzept erheblich beigetragen haben.

Die erweiterte Sanitätskommission des Kantons Zürich hat durch die wiederholte Diskussion des Konzeptes nicht nur einen Beitrag zu dessen Entstehung geleistet, sondern bereits schon zur Umsetzung: Sie hat der künftigen Mitwirkung bei der Konzeptrealisation mit grossem Interesse zugestimmt und wird bei zwei Strategien des Konzeptes eine tragende Rolle übernehmen.

Das vorliegende Dokument ist vor allem für Fachleute und Behörden bestimmt. Aus diesem Grund wurde vorgesehen, per Anfang 2005 eine Kurzfassung des Konzeptes zu veröffentlichen, welche nicht nur eine Zusammenfassung, sondern auch ein Arbeitsinstrument für präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten sein soll.

Über den Fortgang der Umsetzungsarbeiten wird nicht nur das Bulletin «Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, P & G» in loser Folge berichten, sondern unter der Internetadresse www.gesundheitsfoerderung-zh.ch werden die aktuellen Informationen kontinuierlich abrufbar sein. Wir hoffen auf das Interesse möglichst vieler Zürcher Fachleute am Umsetzungsprozess. Aktive Beteiligung ist erwünscht.

Zürich, September 2004

Prof. Dr.med. Felix Gutzwiller

Direktor des Instituts für Sozial- und
Präventivmedizin der Universität Zürich

Roland Stähli, lic.phil.

Beauftragter des Kantons Zürich für
Prävention u. Gesundheitsförderung

1. Einleitung

Artikel 1 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Zürich lautet: "Staat und Gemeinden haben die Aufgabe, die Gesundheit des Volkes zu fördern und ihre Gefährdung zu verhüten". Damit hat die öffentliche Hand einen Auftrag – ergänzend zu privaten Akteurinnen und Akteuren – im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aktiv zu werden. Für die Implementierung auf kantonaler Ebene ist die Gesundheitsdirektion zuständig. An dieser Situation dürfte sich auch mit dem neuen Gesundheitsgesetz nichts Grundsätzliches ändern.

Durch einen Regierungsratsbeschluss ist das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM) seit 1991 mit der Aufgabe der Planung, Förderung und Verbreitung von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich beauftragt. Das ISPM hat 1992 einen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung ernannt, der für die Umsetzung des Auftrags besorgt war. 2001 wurde die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen, die vom Beauftragten geleitet wird. Diese Abteilung tritt erstmals bei der Kampagne Bewegung, Ernährung, Entspannung, die Ende 2003 startete, unter dem Namen «Gesundheitsförderung Kanton Zürich» auf. Das Institut kann die für die Verwirklichung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen notwendigen Anträge zuhanden der zuständigen Direktionen oder des Regierungsrates stellen.

Nachdem in den 90er Jahren vor allem die Suchtprävention aufgebaut wurde, geht es mit dem vorliegenden Konzept nun darum, Strategien für thematisch breitere Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Gesundheitsdirektion erteilte dem ISPM den Auftrag, ein Konzept zu allgemeiner Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich zu erstellen.

1.1 Entstehung des Konzeptes

Im Oktober 2001 wurden die Arbeiten am Konzept aufgenommen. Die «Arbeitsgruppe Gesundheitsförderungskonzept Kanton Zürich» (vgl. Anhang A) hat den vorliegenden Bericht erarbeitet. Sie traf vom Dezember 2001 bis November 2003 insgesamt dreizehn Mal zusammen. Gemeinsam mit den Beauftragten für Gesundheitsförderung der Kantone Aargau, Schaffhausen und Zug (vgl. Anhang A), die 2002 ebenfalls daran waren, Konzepte für Prävention und/oder Gesundheitsförderung zu entwickeln, wurden in sieben Sitzungen gemeinsame, kantonsunabhängige Grundlagen erarbeitet. Resultate dieser Zusammenarbeit finden sich vor allem in den Kapiteln 2, 5 und 7.

Der Beauftragte für Gesundheitsförderung des Kantons Zug führte im Jahr 2002 eine Recherche durch, in welcher der Stand der Gesundheitsförderung in den deutschschweizer Kantonen erhoben wurde. Ziel der Umfrage war die Erfassung allfällig vorhandener Konzepte oder Ideen, welche für die Erarbeitung der geplanten Konzepte in den vier Kantonen von Nutzen sein könnten. Die Resultate dieser Umfrage werden in Abschnitt 3.2.3 wiedergegeben.

Anfang 2002 wurde eine Umfrage in deutschen und österreichischen Bundesländern und im Fürstentum Liechtenstein durchgeführt. Gefragt wurde nach dem Vorhandensein von allgemeinen Konzepten für Prävention und Gesundheitsförderung auf Landesebene. Es zeigte sich, dass die existierenden Modelle in der Regel institutionelle Gegebenheiten voraussetzen, die in der Schweiz nicht erfüllt sind. Trotzdem könnten von den Resultaten der Umfrage bei der vorgesehenen Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen im Kanton Zürich (vgl. 6.4) wertvolle Anregungen ausgehen.

Im Juni 2002 wurden die Grundzüge des Konzepts mit ausgewählten Akteurinnen und Akteuren anlässlich von zwei Hearings diskutiert. Kritiken und Anregungen wurden aufgenommen und in die Berichtsfassung integriert, welche in die Vernehmlassung geschickt wurde.

Der Konzeptentwurf wurde anfangs Oktober 2002 in die Vernehmlassung geschickt. Im Laufe der Vernehmlassungsphase wurden Ende Oktober zwei offene Informationsveranstaltungen durch das ISPM durchgeführt. Ziel dieser beiden Veranstaltungen war es, mögliche Missverständnisse auszuräumen, die das etwas abstrakte Konzept möglicherweise hätte auslösen können. Die Vernehmlassungsversion des Dokuments wurde an insgesamt 78 Vernehmlassungsteilnehmende verschickt. Zusätzlich wurden die Leserinnen und Leser des Bulletins «P & G, Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich» Nr. 11, August 2002, eingeladen, zum Konzept Stellung zu nehmen. Dies mit dem Hinweis, dass das vollständige Konzept unter www.gesundheitsfoerderung-zh.ch heruntergeladen und eingesehen werden kann. Seit Ende 2001 wurde im «P & G» regelmässig über die Entwicklung des Konzepts informiert.

1.2 Was soll das Konzept leisten?

Das Konzept soll dazu beitragen, Lücken in Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich zu identifizieren, zu schliessen und Bestehendes zu optimieren. Ein Mehr an Gesundheit ist möglich, wenn Individuen und Gemeinschaften befähigt und motiviert werden, das Präventions- und Gesundheitsförderungspotenzial in ihrem Aktionsradius zu erkennen und zu nutzen und wenn strukturelle Voraussetzungen für die Gesundheit verbessert werden. Das Konzept macht Vorschläge, wie dies erreicht werden kann. Das Konzept schlägt zudem Kriterien und Grundsätze für die kantonale Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung vor und unterbreitet sie dem Regierungsrat zur Kenntnisnahme. Es sorgt für eine sinnvolle Einbettung der Zürcher Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in den interkantonalen und nationalen Rahmen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind Anliegen, die von möglichst vielen Bürgerinnen und Bürgern, Fachleuten, politischen Ebenen, gesellschaftlichen Bereichen und Organisationen geteilt werden sollten. Damit alle involvierten Kreise optimal zusammenarbeiten können, wurde das vorliegende Konzept verfasst. Es bildet die Richtschnur für kantonsweite Tätigkeiten in diesem Bereich. Es regelt prozedurale Fragen, leitet Grundsätze her und schlägt Vorgehensweisen, Strategien sowie Strukturen vor, die zur Umsetzung notwendig sind. Das Konzept beinhaltet keine inhaltlichen Massnahmen zu künftigen Aktivitäten, sondern regelt, wie diese künftigen Zielsetzungen und Inhalte bestimmt werden sollen.

Bestehende Richtlinien und Konzeptionen von privaten oder staatlichen Akteuren aufzuheben oder zu ersetzen (z.B. Suchtprävention vgl. S. 27f) ist nicht Ziel des vorliegenden Konzeptes.

1.3 An wen richtet sich das Konzept?

Das Konzept richtet sich nicht direkt an die Bevölkerung, sondern an staatliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie an staatliche und private Akteurinnen und Akteure

in Prävention und Gesundheitsförderung. Auf der Ebene der kantonalen Verwaltung soll ausdrücklich nicht nur die Gesundheitsdirektion angesprochen werden, da Prävention und Gesundheitsförderung als Querschnittsthemen verstanden werden.

1.4 Aufbau des Berichts

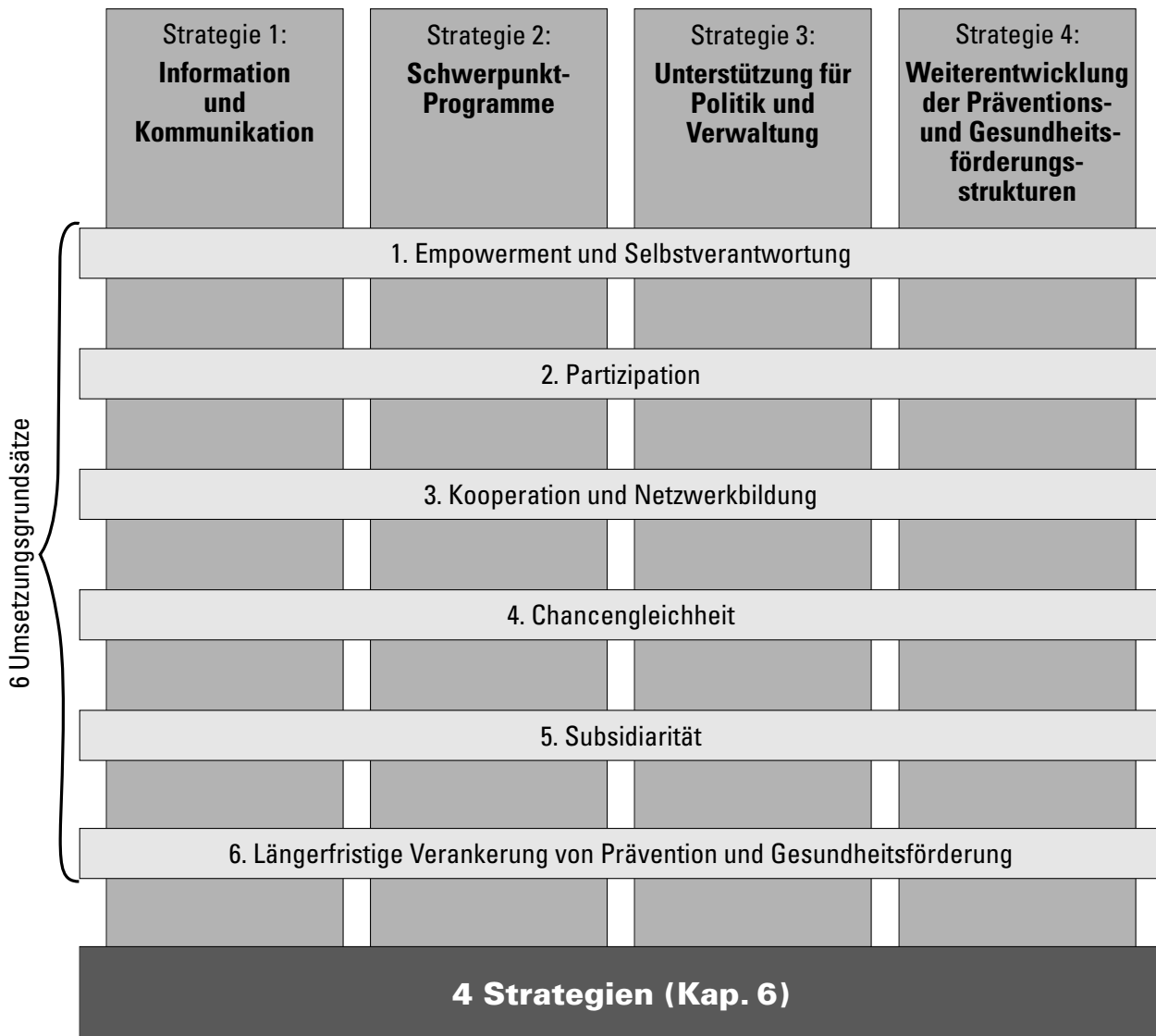
In Kapitel 2 werden wichtige Grundbegriffe für das vorliegende Konzept diskutiert: Was wird unter Gesundheit verstanden? Was unter Prävention? Was unter Gesundheitsförderung? Es wird erläutert, wo, warum und wie Prävention und Gesundheitsförderung eingreifen und welches ihre Wirkungen sind. Im nächsten Kapitel (3) werden die Rahmenbedingungen geschildert, unter denen Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich stattfinden können. Dazu gehören allgemeine gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie der Stand von Prävention und Gesundheitsförderung ausserhalb und innerhalb des Kantons Zürich. In Kapitel 4 werden die Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich genannt. Es wird unterschieden zwischen allgemeinen Oberzielen, konkreteren Gesundheitszielen und operativen Zielen, die sich auf die Art der Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich beziehen.

Aufgrund der Angaben in den Kapiteln 2 bis 4 werden die Grundsätze (Kapitel 5) und Strategien (Kapitel 6) von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich hergeleitet. Diese zwei Kapitel stellen einen Kernpunkt des vorliegenden Konzepts dar. Im Konzept werden sechs Grundsätze dargelegt, welche für die Umsetzung der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich massgebend sein sollen. Kapitel 6 definiert die vier Hauptstrategien des Konzeptes:

- Information und Kommunikation
- Schwerpunktprogramme
- Unterstützung für Politik und Verwaltung
- Weiterentwicklung der Präventions- / Gesundheitsförderungsstrukturen.

Von den vier Strategien dürften die Schwerpunktprogramme von besonderer Bedeutung sein. Abbildung 1 veranschaulicht die vier Hauptstrategien und sechs Grundsätze für die Umsetzung.

Abb. 1: Rahmenkonzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich



Es folgen Ausführungen zu Qualitätsmanagement und Evaluation (Kapitel 7). Abschliessend wird dargestellt, was die Umsetzung der vorgeschlagenen Strategien kosten wird (Kapitel 8) und wie das vorliegende Konzept umgesetzt werden soll (Kapitel 9).

2. Grundlagen: Gesundheit – Prävention – Gesundheitsförderung

2.1 Gesundheit

1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. In späteren Deklarationen der WHO wird der Prozesscharakter der Gesundheit stärker betont. Gesundheit und Krankheit sind nicht als sich ausschliessende Kategorien, sondern als Endpunkte eines Kontinuums zu verstehen. Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern das aktuelle Ergebnis der jeweils aktiv betriebenen Herstellung und Erhaltung der sozialen, psychischen und körperlichen Aktionsfähigkeit des Menschen. Gesundheit ist damit eine immer wieder neu herzustellende **Balance zwischen Belastungen und Ressourcen**. Für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung hat sich dieser Gesundheitsbegriff bewährt und durchgesetzt.

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit berücksichtigt neben der physischen und sozialen Umwelt auch die psychische Dimension.

Das Leben sinnvoll gestalten und dem Leben Sinn abgewinnen zu können, ist ein gesundheitsfördernder Faktor, der alle Menschen, ob gesund, krank oder behindert, gleichermassen betrifft. Dem Leben einen Sinn abgewinnen, auch wenn der Körper nicht mehr dem funktionalen Gesundheitsbegriff entspricht, das Leben in jeder Lebenslage positiv gestalten und Lebenskräfte aktivieren, bilden ebenfalls wichtige Aspekte der Gesundheitsförderung.

2.1.1 Einflussfaktoren

Wesentliche Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit gehen von biologischen und genetischen Gegebenheiten sowie vom medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem aus. Für Prävention und Gesundheitsförderung stehen aber die Einflussfaktoren Lebensstil und Gesundheitsverhalten sowie die physische und soziale Umwelt (vgl. dazu Abb. 3) im Vordergrund.

Lebensstile prägen das **Gesundheitsverhalten**. Sie sind mit ganz unterschiedlichen Ressourcen und Risiken für die Gesundheit verbunden. Der Lebensstil zeigt sich in der täglichen Lebensführung: Ernährung, Genuss- und Suchtmittelkonsum, Bewegungsmangel und Stressbewältigung sind einige Stichworte hierzu. Prävention und Gesundheitsförderung versuchen, das **Verhalten** in einem für die Gesundheit positiven Sinn zu verändern.

Unter **physischer Umwelt** werden einerseits relativ naturnahe Räume, andererseits die Siedlungsflächen verstanden. Zur physischen Umwelt gehören auch Emissionen aller Art (Abgase, Lärm, Strahlungen, etc.). Zur **sozialen Umwelt** gehören die Ökonomie, das politische System, soziodemografische Gegebenheiten, die Stratifikation der Gesellschaft, Rechtsnormen, die Kultur im engeren Sinn, etc. Prävention und Gesundheitsförderung versuchen auch, die **Verhältnisse** zu beeinflussen.

2.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung werden heute sehr uneinheitlich verwendet:

- Prävention und Gesundheitsförderung werden oft synonym gebraucht. Teilweise verstehen die einen etwas unter Prävention, was andere als Gesundheitsförderung bezeichnen.
- Für die einen ist Prävention ein Teilgebiet der umfassender verstandenen Gesundheitsförderung, für die anderen stehen Prävention und Gesundheitsförderung in einem nicht hierarchischen Verhältnis nebeneinander oder überlappen sich teilweise.

Diese unklare Begrifflichkeit ist für das vorliegende Konzept insofern nicht sehr gravierend, als sowohl Prävention und Gesundheitsförderung behandelt werden. Zudem werden sie – unabhängig von der genauen Definition – als Konzepte verstanden, welche in der gemeinsamen Perspektive konvergieren, die Gesundheit zu schützen, zu erhalten und zu fördern. Es wird ausserdem auch davon ausgegangen, dass für Prävention und Gesundheitsförderung grösstenteils die gleichen Interventionsmethoden zur Verfügung stehen und die gleichen Grundsätze gelten (vgl. Kap. 2.3 und 5.).

Im vorliegenden Bericht werden die Begriffe gemäss eines relativ weit verbreiteten Verständnisses definiert und verwendet: Ein wichtiges Unterscheidungskriterium ist die Spezifität der Intervention. Prävention bezieht sich gezielt auf bestimmte Krankheiten oder Risiken, während Gesundheitsförderung allgemeiner auf die Verbesserung der Verhältnisse und die Stärkung von Lebensfähigkeit und Widerstandskräften setzt. Ein weiterer tendenzieller Unterschied besteht darin, dass die Prävention von einem Risikofaktorenansatz ausgeht und fragt: "Was macht Menschen krank?" (pathogenetischer Ansatz), während die Gesundheitsförderung den Schwerpunkt bei Gesundheitsressourcen und -potenzialen setzt: "Was macht Menschen gesund?" (salutogenetischer Ansatz).

Das Lehrbuch von Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.) 1998: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg, definiert die beiden Begriffe:

Prävention:

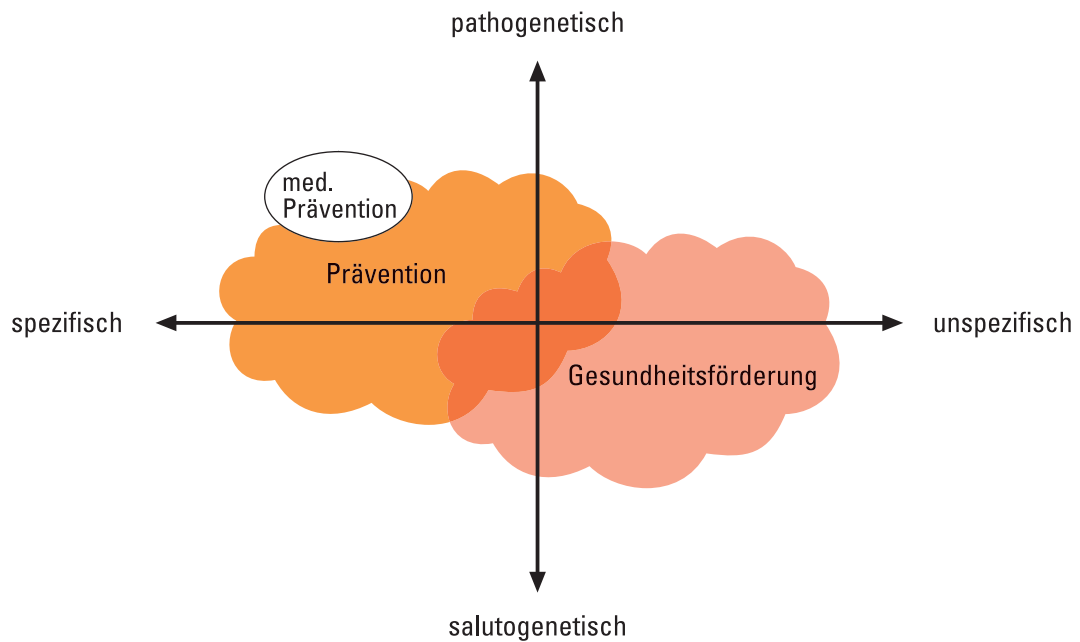
"Prävention (Krankheitsverhütung) sucht – anders als die Gesundheitsförderung – eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern." (Schwartz et al., 1998, S. 151.)

Gesundheitsförderung:

"Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –potentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an (salutogenetischer Ansatz). Gesundheitsförderung umfasst Massnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen." (Brösskamp-Stone et al., 1998, S. 141.)¹

¹ Vgl. auch «Prävention und Gesundheitsförderung» von Gutzwiller, F., Wydler, H., Jeanneret, O., S. 191 ff. in Gutzwiller, F. & Jeanneret, O. (Hrsg.) 1999: Sozial- und Präventivmedizin. Public Health.

Abb. 2: Verhältnis von Prävention zu Gesundheitsförderung



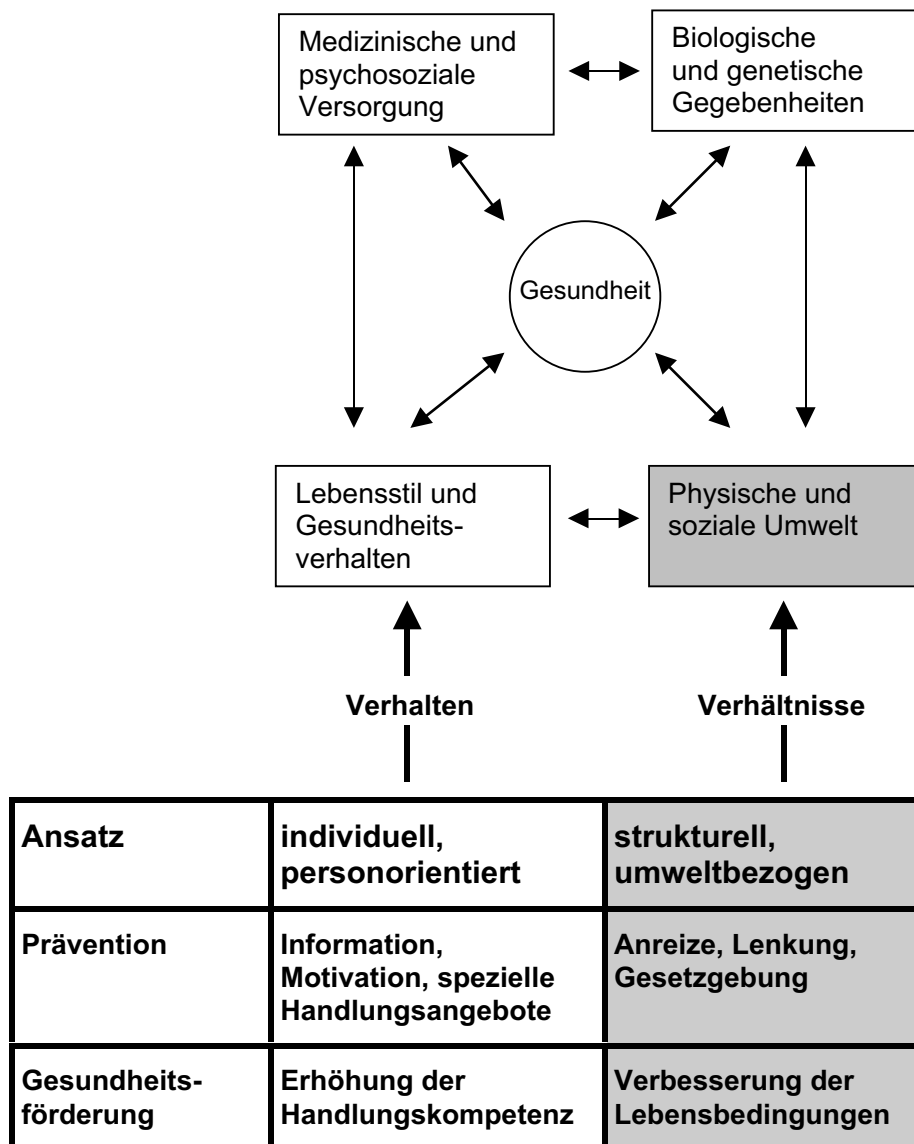
Prävention versucht, einer bestimmten Erkrankung oder einem unerwünschten Verhalten vorzuzukommen (Primärprävention) oder in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen und einzugreifen (Sekundärprävention).

Nicht behandelt wird in diesem Konzept die rein medizinische Prävention. Dies deshalb, weil sie bereits weitestgehend geregelt und eine Neukonzeption nicht notwendig ist. Unter medizinischer Prävention werden Vorsorgemassnahmen im Sinne von Art. 26 des Krankenversicherungsgesetzes KVG verstanden² (zur Rolle der Apotheken und Drogerien vgl. S. 32).

Im Gegensatz zur Prävention will Gesundheitsförderung nicht ein spezifisches Verhalten oder eine spezifische Krankheit verhindern, sondern "zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Diese Definition aus der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (vgl. 2.3) besagt, dass Gesundheitsförderung Voraussetzungen schaffen will, welche es den Menschen ermöglicht, ihrer Gesundheit selbstverantwortlich Sorge zu tragen.

² Art. 26 KVG: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

Abb. 3: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung



Quelle: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1994), S. 81

Sowohl die spezifisch orientierte Prävention wie auch die allgemeine Gesundheitsförderung können und sollen sich einerseits an einzelne Personen, andererseits auch an die Strukturen richten. Im ersten Fall zielen sie auf das individuelle Verhalten, im zweiten Fall auf die Verhältnisse.

2.3 Handlungsebenen

Unter 2.1.1 und in Abb. 3 wurden die vier wesentlichen Faktorengruppen genannt, welche die Gesundheit beeinflussen. Sie können in zahllose Teilfaktoren aufgegliedert werden, deren Veränderung – je nach Faktor – Interventionen in einem breit gefächerten Bereich verlangt.

Welches die grundlegenden Handlungsstrategien und Handlungsebenen sind, wird in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 beschrieben. Die damals durch die Weltgesundheitsorganisation WHO aufgestellten Grundsätze wurden in nachfolgenden Erklärungen konkretisiert und ergänzt, bewahrten aber bis heute ihre Gültigkeit. Sie können sowohl in der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung zur Anwendung kommen.

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung und die Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO ist das Grundlagendokument der Gesundheitsförderung schlechthin. Es wurde an der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) verabschiedet und zeugt von einer Grundphilosophie, die sich bereits in früheren WHO-Dokumenten findet, aber erst hier in voller Ausprägung erscheint: Es ist ein **pädagogisches Aktions- und Emanzipationsprogramm**. Es soll nicht befohlen und angewiesen werden, sondern die Menschen sollen befähigt werden, ihr Gesundheitspotenzial autonom auszuschöpfen. Das bedingt nicht nur die Kontrolle über das eigene Verhalten, sondern auch die Kontrolle über alle für Gesundheitsbelange relevanten Lebenswelten. Deshalb wird auch die Stärkung der Möglichkeiten der Mitbestimmung gefordert. Anlässlich der Folgekonferenzen in Adelaide (Australien) und Sundsvall (Schweden) werden die Grundsätze von Ottawa ergänzt und spezifiziert.

«Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert», die von der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, zieht eine positive Bilanz über die bisherigen Erfahrungen. Gesundheitsförderung wird als "**Schlüsselinvestition**" bezeichnet, die die soziale Entwicklung positiv beeinflusst und Gesundheit und Lebensqualität verbessert. Die fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung werden bestätigt, wobei ergänzt wird, dass insbesondere der Settingansatz und kombinierte Strategien, die alle fünf Handlungsfelder umfassen, besonders erfolgreich seien. Die Bedeutung der Partnerschaften zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen und Akteurinnen und Akteuren wird betont (vgl. dazu: Trojan, A., Legewie, H., 2001, S. 22 ff.).

Neben drei allgemeinen Handlungsstrategien "Interessen vertreten" (engl: advocate), "befähigen und ermöglichen" (engl: enable) und "vermitteln und vernetzen" (engl: mediate) nennt die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fünf Handlungsebenen für gesundheitsförderliche Aktivitäten:

Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: Gesundheit ist nicht nur ein Anliegen der medizinischen und sozialen Versorgung, sie muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen als zentrales Anliegen betrachtet werden. Politikerinnen und Politiker müssen sich ihrer Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung bewusst sein und bei politischen Entscheidungen deren gesundheitliche Konsequenzen berücksichtigen.

Politische Entscheidungen wirken sich auch dann auf die Gesundheit aus, wenn sie nicht im engeren Sinne Gesundheitsthemen betreffen. Volkswirtschafts- und Finanzpolitik, Bildung, Kultur, Soziales und Sicherheit sowie alle Aspekte der Umweltpolitik (Verkehr, Bau, Raumplanung, etc.) haben mehr oder weniger direkte Auswirkungen auf die Gesundheit.

Um in der Politik diesen teilweise komplexen Zusammenhängen Rechnung tragen zu können, müssen Fachleute aus allen Bereichen interdisziplinär zusammenarbeiten. Es müssen Anstrengungen unternommen werden, aus verschiedenen Teilpolitiken eine Gesamtpolitik zu entwickeln, die sich für das Wohlergehen und die Lebensqualität aller Menschen einsetzt.

Die Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung wird nachfolgend als eine der zentralen Handlungsstrategien des Kantons Zürich vorgeschlagen (vgl. Kapitel 6.3).

Landschaftsentwicklung und Gesundheit

An die Landschaft werden vielfältige Ansprüche gestellt. "So ist sie Arbeits- und Lebensraum für die Bewirtschafter des Bodens, bietet der Bevölkerung Raum für Freizeit und Erholung, ist Lebensraum für Tiere und Pflanzen, ist Basis für die Nahrungsmittelproduktion sowie der Ressourcen Wasser, Kies und Lehm, beinhaltet Merkmale der geomorphologischen und kulturlandschaftlichen Entwicklung, strukturiert den Siedlungsraum, ist Standort von Infrastrukturanlagen und ist Teil der Identifikation mit der Heimat" (Baudirektion des Kantons Zürich, 1999, S. 4). Das Mass der Befriedigung dieser verschiedenen, oftmals in Konkurrenz stehenden Ansprüche, hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit.

Beispiel 1: Der Auftrag an die Landwirtschaft, auch ökologische Leistungen zu erbringen, führte mit Buntbrachen, Ackerrandstreifen, Hecken, etc. zu einer Bereicherung der Landschaft und wertet sie als Erholungsraum auf. Gleichzeitig dürfte längerfristig die einheimische landwirtschaftliche Produktion sinken, was zu vermehrtem Transportaufkommen mit entsprechenden Emissionen führt.

Beispiel 2: Der sinkende Erholungswert siedlungsnaher Lebensräume führt zu einem grossen Druck auf weiter entfernte ländliche Gebiete. Dort wird zwar die möglichst unberührte Landschaft gesucht, aber gleichzeitig ein gewisses Angebot an Freizeiteinrichtungen erwartet, was seinerseits diese Landschaften verändert (Freizeitparks, Golfanlagen, Bootshäfen, etc.). Durch die Erhaltung und Aufwertung unüberbauter Landschaftsteile in der Stadt bzw. der Siedlung kann versucht werden, diese Entwicklung zu bremsen. Damit bliebe "unberührte" Landschaft unberührt und ihr Erholungswert höher und gleichzeitig stiege jener innerhalb Siedlungen oder in derer unmittelbaren Nähe.

An diesen Beispielen zeigt sich, dass (Land)-Wirtschaftspolitik sowie Raum- und Siedlungsplanung vielfältige Auswirkungen auf gesundheitsrelevante Verhältnisse und Verhalten haben; Auswirkungen, die bei einschlägigen politischen Entscheiden auf kantonaler oder kommunaler Ebene berücksichtigt werden müssten.

Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen: Mit Lebenswelt (englisch "Setting") wird ein soziales System bezeichnet, in dem Menschen leben, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen (Schule, Betrieb, Gemeinde, etc.). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung propagiert, Interventionen auf soziale Systeme zu richten, d.h. auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und ihr individuelles Gesundheits- und Risikoverhalten.

Ein Setting umfasst eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf eine bestimmte Personengruppe. Mit dem Lebenswelten-Ansatz wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind (nach Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999, S. 100).

Prävention und Gesundheitsförderung als Intervention in sozialen Systemen erfordert von den handelnden Personen viel Verständnis für deren Entwicklungsbedingungen und grosses Know-how in Projektmanagement. Bezieht man wichtige Partnerinnen und Partner nicht ein, oder gelingt es nicht, verbindliche Kooperationsstrukturen festzulegen, kann dies zu einem Misserfolg führen. Als Settings für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert haben sich Schulen, Gemeinden, Betriebe und Spitäler. In der konkreten Umsetzung verlangt der Lebenswelten-Ansatz weitere Präzisierungen. Eine Gemeinde, eine Schule oder ein Betrieb bezeichnen zunächst nur einen groben Rahmen. Welche Zielgruppen innerhalb einer Lebenswelt angesprochen und welche Institutionen und Funktionsträger einbezogen werden sollen, muss im Einzelfall entschieden werden. Diese Eingrenzung ist bereits eine Intervention und muss auf der Basis einer gründlichen Organisationsdiagnose entschieden werden.

Schwerpunktprogramme (vgl. Kapitel 6.2) können sich unter anderem auf Settings beziehen.

Beispiel Gesundheitszirkel im Betrieb

In einem Pilotprojekt des ISPM wurde in zwei Schweizer Grossbetrieben die Methode der Gesundheitszirkel zum ersten mal in der Schweiz erprobt. In einer Migros-Filiale und in einem SBB-Bahnhof wurde je ein Gesundheitszirkel eingerichtet, dem Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Hierarchiestufen und Funktionen angehörten. In regelmässigen Sitzungen wurden, ausgehend von den gesundheitlichen Belastungen und Problemen der Mitglieder, reichhaltige Pakete mit Verbesserungsvorschlägen ausgearbeitet und umgesetzt, z.B. ein Merkblatt zum gesunden Heben/Tragen, Einführen von Ressort-Sitzungen, Stresskurse für Lehrabschliessende, bauliche Verbesserungen, Verbesserung der Diensterteilungen. In einer zweiten Phase wurden bei den SBB betriebseigene Moderatorinnen und Moderatoren für die Leitung von weiteren Gesundheitszirkeln ausgebildet (vgl. dazu Pfister, Th., Mom, C., 1997).

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen: Ein bedeutender Teil des menschlichen Lebens spielt sich in Gemeinschaften ab. Gemeinschaften sind Vereine, Betriebe, Gemeinden, die Nachbarschaft, usw. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung fordert, dass den Menschen mehr Selbstbestimmung, mehr Autonomie, mehr Kontrolle über die (Gesundheits-)Belange in diesen Gemeinschaften eingeräumt wird.³

Im Zusammenhang mit der Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen ist der Begriff der "sozialen Ressourcen" von einigem Interesse. In der Erklärung, die 1997 auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta verabschiedet worden ist, taucht er erstmals in einer offiziellen WHO-Verlautbarung auf.⁴ Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs. Allgemein kann aber gesagt werden, dass er die Qualität von Gemeinschaften beschreibt. Folgende Elemente werden in der Literatur immer wieder genannt:

- Grad des gegenseitigen Vertrauens;
- Bereitschaft zur gegenseitigen Hilfe;
- Stärke des Zusammengehörigkeitsgefühls;
- Funktionierende Gemeinschaften (Quartiervereine, Sportvereine, Gesangsvereine, Interessengemeinschaften, Selbsthilfegruppen, Parteien, etc.), die einerseits Sozialkontakte ermöglichen und andererseits in der Lage sind, die Anliegen der Gemeinschaft und ihrer Angehörigen wirksam zu vertreten.

Gemeinschaften beeinflussen die Gesundheit massgeblich. In mehreren Untersuchungen konnte die Bedeutung von sozialen Ressourcen für die Gesundheit nachgewiesen werden (vgl. Kasten unten). Dies ist insofern nicht überraschend, als die Bedeutung sozialer Kontakte für die Gesundheit längst bekannt ist. Funktionierende Netzwerke können auch die Überzeugung stärken, dass Probleme grundsätzlich lösbar oder zumindest beeinflussbar und das eigene Leben gestaltbar ist. Dieses zuversichtliche Grundgefühl kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

³ In der englischen Fassung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wird der Begriff "empowerment" verwendet. Der Begriff hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert und kann mit Autonomie, Selbstbestimmung oder auch mit Kontrolle über die Umgebung umschrieben werden. Er ist sowohl auf Individuen als auch auf Gruppen und Organisationen anwendbar.

⁴ In der englischen Fassung der Jakarta-Erklärung ist von "social capital" die Rede. Der Begriff wird in der deutschen Fassung mit "soziale Ressourcen" übersetzt. Häufig trifft man jedoch auch im Deutschen auf den Begriff des "sozialen Kapitals".

Gemeinschaftsaktionen sollen vor allem auf den vorhandenen Ressourcen aufbauen. Die Initiative geht in der Regel von den Menschen selbst aus. Selbsthilfeaktionen und -gruppen, Bürgerinnen- und Bürgerinitiativen sind Beispiele für Gemeinschaftsaktionen. Auch wenn solche Aktivitäten auf Eigeninitiative und -verantwortung basieren, können sie unterstützt werden, wo dies notwendig und sinnvoll erscheint. Die Unterstützung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen setzt bei der Stärkung von Netzwerken an. Unter einem Netzwerk wird eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen verstanden, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist. Netzwerke ermöglichen horizontales Lernen, eine der effizientesten und erfolgreichsten Strategien für Prävention und Gesundheitsförderung. Gemeint ist damit das gegenseitige Lernen und der Erfahrungsaustausch unter Akteurinnen und Akteuren, die in einer ähnlichen oder der gleichen Situation stehen. Mögliche Unterstützungsformen sind:

- die Gewährleistung des Zugangs zu den notwendigen Informationen und zu Bildung;
- die Unterstützung mit Ressourcen (Geld, Räumlichkeiten, Arbeitskraft);
- die Gewährung von Mitbestimmungsrechten.

Das Anregen von Netzwerkbildung und die Förderung bestehender Netzwerke ist einer der Grundsätze von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (vgl. Kapitel 5.3).

Soziale Unterstützung und Gesundheit

Mehrere Untersuchungen bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen in Stadt und Kanton Zürich haben in den letzten Jahren den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit bestätigt.

Bei **alleinerziehenden Frauen** aus der Stadt Zürich zeigte sich, dass viel soziale Unterstützung mit wenig Gesundheitsbeschwerden und gutem Wohlbefinden assoziiert sind. Auch bei **Betagten** konnten salutogene Effekte von sozialer Unterstützung auf die Gesundheit festgestellt werden (Meyer, P. C. et al., 1998). Eine Risikogruppe für häufige Krankheiten, erhöhte Arbeitsunfähigkeit und vermehrte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sind **Singles**, wobei hier besonders die Männer hervorzuheben sind. Sie sind in starkem Ausmass sozial isoliert und wenig unterstützt (Meyer, P. C., 2000). Positive Auswirkungen sozialer Vernetzung auf die Gesundheit konnte bei **jungen Erwachsenen** im Kanton Zürich nachgewiesen werden (Neuenschwander, M., 2001).

Persönliche Kompetenzen entwickeln: Geht es bei der Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen um die Kompetenzen von Kollektiven, steht hier die Förderung der Kompetenz des Individuums im Zentrum.

In der Konfrontation mit Stressoren, Krankheit und Veränderungsprozessen braucht der Mensch gewisse Kompetenzen, um Gesundheitsrisiken vermeiden und Gesundheitsressourcen erschliessen zu können. Damit können körperliche Ressourcen gemeint sein, wie die Förderung der Fitness und der Abwehrkräfte, oder die Sensibilisierung für die Wahrnehmung des Körpers. Aber auch psychisch-personale Ressourcen können entwickelt und aktiviert werden (Kompetenzen zur Bewältigung von Stress und Konflikten, die Stärkung des Selbstvertrauens, etc.). Ein grosses Ressourcenpotenzial liegt im sozialen Umfeld. Die Fähigkeit, intensive und befriedigende Beziehungen zu leben und ein anregendes soziales Netzwerk zu pflegen, ist entscheidend für die Gesundheit (vgl. die Ausführungen zu den sozialen Ressourcen).

Die wesentlichen Instrumente, die zur Förderung der persönlichen Kompetenzen zur Verfügung stehen, sind Information und Bildung. Dabei ist der Lebensstil der Personen zu berücksichtigen, die angesprochen werden sollen (vgl. 2.1.1).

Staatliche Stellen, die Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind ebenso zum Vermitteln der relevanten Information und Bildung aufgefordert wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen. Umgang mit Stress z.B. soll in der Schule, bei privaten Kursanbietern und im Betrieb gelernt werden können. Mit geeigneten Massnahmen sollen diese Institutionen motiviert werden, ihre diesbezügliche Verantwortung wahrzunehmen.

Die Förderung von persönlichen Kompetenzen ist eines der allgemeinen und grundlegenden Anliegen von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.

«feelok.ch»: Ein internetbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm für Jugendliche



«feelok» ist ein internetbasiertes Computerprogramm, das im Auftrag der Krebsliga Zürich am ISPM konzipiert wurde und zum Ziel hat, die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher zu fördern. Es zielt auf die Themen Zigarettenrauchen, Cannabiskonsum, Stress, Selbstvertrauen, Internet und Sexualität ab: «feelok» motiviert die Jugendlichen, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen und vermittelt Informationen, Tipps und Anregungen zum verantwortungsvollen, kompetenten Umgang mit diesen Gesundheitsrisiken bzw. -ressourcen. Das Programm macht differenzierte Angebote für Jugendliche in unterschiedlichen Situationen: So werden z.B. Nichtraucher motiviert, es zu bleiben und Raucher beim Aufhören unterstützt.

Mit dem Internet wurde ein Medium gewählt, das bei Jugendlichen auf grosses Interesse und eine positive Einstellung stösst. Eine erste Evaluation, an der 600 Jugendliche teilgenommen haben, fiel positiv aus. Eine weitere Evaluation ist in Bearbeitung.

Gesundheitsdienste neu orientieren: Das System der Gesundheitsversorgung ist stark auf medizinisch-kurative Betreuungsleistungen ausgerichtet. Die verantwortlichen Instanzen – Einzelpersonen, Gruppen, Medizinalpersonal, Gesundheitseinrichtungen und Spitäler – sollen in zunehmendem Masse ein Versorgungssystem entwickeln, das sich stärker um die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bemüht. Ziel ist ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen. Die primäre Fokussierung auf die Probleme eines Menschen oder der Bevölkerung muss einer umfassenderen Wahrnehmung weichen. Alle Dienste, Organisationen und Fachleute sind aufgerufen, auf die kulturellen Bedürfnisse ihrer Klienten und Klientinnen Rücksicht zu nehmen und deren Wünsche nach einem gesünderen Leben aufzugreifen und zu unterstützen.

Die Bedürfnisse Einzelner und im Besonderen von Gruppen und Gemeinschaften sollen ins Zentrum gestellt werden und nicht ein von Spezialisten oder Spezialistinnen definiertes Problem. Angesprochen sind nicht nur die Gesundheitsdienste im engeren Sinne, sondern alle Dienste, Stellen und Personen, die sich im weitesten Sinne um das Wohlergehen der Menschen kümmern: Sozialdienste, Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen, Fachstellen, kirchliche Organisationen (Seelsorge), usw. In den genannten Organisationen arbeiten Personen mit Fachausbildungen in Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik, Medizin, Theologie, etc.

Es braucht eine verbesserte Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Bereichen. Eine funktionierende Zusammenarbeit unterschiedlichster Disziplinen ist eine wesentliche Grundlage und wird mit dem Begriff "interdisziplinär" vielfach gefordert, aber noch viel zu wenig umgesetzt.

Mit der Strategie "Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen" (vgl. 6.4) wird das Ziel einer optimalen Vernetzung der Akteurinnen und Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung angestrebt.

Drogenpolitik von Stadt und Kanton Zürich

Waren noch vor wenigen Jahren Konfrontation und gegenseitige Ablehnung zwischen Polizei und sozial Tätigen an der Tagesordnung, so herrscht heute ein Klima der konstruktiven Zusammenarbeit, in dem sich Meinungsunterschiede und abweichende Einschätzungen sachlich analysieren lassen und gemeinsam nach Lösungen anstehender Probleme gesucht wird. Auch zwischen der Stadt Zürich, in welcher sich die Probleme verstärkt zeigten, und den Landgemeinden wurde ein sinnvoller Interessensausgleich gefunden. Dies bedeutet nicht, dass die grundsätzlichen Widersprüche im Umgang mit suchtmittelabhängigen Menschen aus der Welt geräumt sind. Entscheidend ist jedoch, dass der heutige Alltag geprägt ist von einem pragmatischen, situationsgerechten Vorgehen und dass ideologische Auseinandersetzungen weitgehend der Vergangenheit angehören.

2.4 Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung

Für die Messung der Wirkung von Prävention und Gesundheitsförderung kommen mehrere Dimensionen in Frage (vgl. International Union for Health Promotion and Education, 2000b, S. 5ff.):

- **Die gesundheitlichen Auswirkungen**

Die Verbesserung von Gesundheitsindikatoren: Verbesserung von Morbiditäts- und Mortalitätsdaten, Veränderung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Ein Einfluss auf ökonomische Grössen ist häufig plausibel.

- **Die sozialen, institutionellen, politischen Auswirkungen**

Die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten: Gesünderer Lebensstil, gut zugängliche, angemessene Gesundheitsversorgung, verbesserte soziale Integration sind Beispiele für denkbare Resultate von Massnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Solche Entwicklungen und ihre gesundheitlichen Auswirkungen können einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben. Lebensqualität wird hier als ein sehr komplexes Gebilde verstanden, welches das persönliche Wohlbefinden in einem umfassenden Sinne bezeichnet. Sie entsteht im Zusammenwirken verschiedenster Aspekte des gesellschaftlichen und individuellen Lebens. Gesundheit ist ein wichtiges Element der Lebensqualität.

Ein positiver Einfluss von sozialen, institutionellen und politischen Auswirkungen auf Gesundheit und ökonomische Grössen kann häufig schwer nachgewiesen werden, erscheint aber zumindest plausibel.

- **Die ökonomischen Auswirkungen**

Die ökonomischen Auswirkungen von Prävention und Gesundheitsförderung sind schwer zu bestimmen und kaum untersucht. Das hat damit zu tun, dass diese oft durch andere Effekte überlagert sein können, zeitverzögert auftreten und oft schwer bezifferbar sind (vgl. auch 7.2). Zu dieser Thematik wurde am ISPM eine Studie erstellt (Meier, C. 2004, "Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung").

Gemäss der in 2.2 gewählten Definition von Prävention und Gesundheitsförderung darf von Prävention eine eher direkte gesundheitliche Wirkung erwartet werden, während in der Gesundheitsförderung, die auf einen Prozess zielt, der allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll, eher soziale, institutionelle und politische Veränderungen unmittelbar im Fokus sind.

Tatsächlich gibt es in der **Prävention** zahlreiche Interventionen mit manifesten gesundheit-

lichen Auswirkungen: Impfen, Kariesprophylaxe, Gurtenobligatorium und die HIV/Aids-Präventionsaktionen etwa sind bekannte Beispiele, für welche die positiven gesundheitlichen Auswirkungen recht klar nachgewiesen werden können.

Im Bereich der **Gesundheitsförderung** ist der Nachweis der Wirksamkeit schwieriger zu führen. Es ist zwar relativ einfach aufzuzeigen, dass Verhalten und Verhältnisse, die für die Gesundheit negative bzw. positive Folgen haben, zu hohen Kosten bzw. Kosteneinsparungen führen. So schätzt das Staatssekretariat für Wirtschaft, seco, die gesamten finanziellen Kosten von Stress bei der Gesamtheit der Berufstätigen in der Schweiz auf 7,8 Milliarden Franken oder 2,3 % des Bruttoinlandproduktes (Ramaciotti, D., Perriard, J., 2000). Im Bereich der körperlichen Aktivität zeigen erste Schätzungen für die Schweiz (Martin, B. W. et al., 2001), dass der volkswirtschaftliche Nutzen von Bewegung und Sport beträchtlich ist (4,1 Milliarden pro Jahr), während Bewegungsmangel hohe Kosten verursacht (2,4 Milliarden pro Jahr). Negativ zu Buche schlagen allerdings Unfälle, die im Zusammenhang mit Bewegung und vor allem Sport passieren (3,4 Milliarden pro Jahr). Diese Zahlen zeigen das Potenzial von Gesundheitsförderung auf, aber nicht die Wirkung von Gesundheitsförderungsmassnahmen.

Eine gross angelegte Studie im Auftrag der Europäischen Kommission (vgl. Kasten unten) lässt jedoch kaum Zweifel, dass Gesundheitsförderung positive Wirkungen zeitigt und es gibt auch einzelne schweizerische Untersuchungen, die diesen Befund stützen. Im Projekt EIGER (**E**rforschung von **i**nnovativen **g**eriatrischen Hausbesuchen) etwa wurden bei über 75-Jährigen präventive Hausbesuche durch Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater durchgeführt. Ziel der Besuche war es, durch eine thematisch breit gefächerte Beratung die Selbstständigkeit zu erhalten. Das Projekt dauerte 6 Jahre. Im ersten Projektjahr entstanden Zusatzkosten durch die Hausbesuche und zusätzliche Hausarztkonsultationen. "Durch die Vermeidung von Pflegeheim-Einweisungen kam es jedoch im dritten Jahr insgesamt zu Kosteneinsparungen von rund 2000 Franken pro Person und Jahr." (Stuck, A., 1999, S. 7). Ob solche Einsparungen auch längerfristig und im Gesamtsystem zu einer Kostenreduktion führen, hängt von mehreren Faktoren ab und kann nicht pauschal beantwortet werden. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass erfolgreiche Massnahmen eine längere Lebensdauer bei den erreichten Zielpersonen zur Folge haben; dies führt insgesamt aber oft auch zu höheren Gesamtkosten.

20 Jahre Gesundheitsförderung unter der Lupe

Die «International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)» liess führende Expertinnen und Experten aus 15 Ländern Forschungsarbeiten aus den letzten 20 Jahren sammeln und im Hinblick auf ihre Aussagen zur Wirksamkeit von Gesundheitsförderung untersuchen.

Die berücksichtigten Studien wurden thematisch gegliedert. Beim Thema **Alter** zeigte sich beispielsweise, dass die Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils (Ernährung, Bewegung) positive gesundheitliche Auswirkungen zeigte. Gut ausgebaute extramurale Sozial- und Gesundheitsdienste zeigen positive Auswirkungen auf Wohlbefinden, Unabhängigkeit und Mortalität der Alten und führte zu einer Reduktion der Eintritte in stationäre Einrichtungen.

Psychische Gesundheit: Gesundheitsförderung in diesem Bereich hat offensichtlich positive Auswirkungen in einem sehr breiten Feld: So konnten Abnahmen im Bereich von Depressionen, Selbstmord, Scheidungen, Sucht, Delinquenz, Spitaltage, aber auch von Kindsmisbrauch, Aids, Lernschwierigkeiten und einer ganzen Reihe weiterer Symptome beobachtet werden.

Auch bezüglich anderer Settings, Problembereiche und Zielgruppen kommt die Studie zum Schluss, dass gut gemachte Prävention und Gesundheitsförderung positive Auswirkungen haben (International Union for Health Promotion and Education, 2000a, International Union for Health Promotion and Education, 2000b).

2.5 Gesundheitsberichterstattung

Ziel der Gesundheitsberichterstattung ist es, Grundlageninformationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu erhalten. Dazu werden zum einen anderweitig erfasste Daten (Demographie, wirtschaftliche Daten, Spitalstatistiken, Mortalitätsstatistiken, usw.) hinsichtlich gesundheitsrelevanter Informationen neu aufbereitet, es werden aber auch neue Datenerhebungen in der Bevölkerung zum speziellen Zweck der Gesundheitsberichterstattung durchgeführt.

Ende der 1980er Jahre wurde man sich zunehmend bewusst, dass in der Schweiz nur wenig statistische Informationen über Krankheiten und ihre Behandlung in aufbereiteter, d.h. rasch greifbarer Form zur Verfügung stand. Die Lückenhaftigkeit und Eindimensionalität der vorhandenen Informationen geriet in eine zunehmende Diskrepanz zu moderneren Auffassungen über Gesundheit, die nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden als massgeblich für die individuelle Gesundheit betrachten (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation, 1986).

Im internationalen Vergleich erst spät konnte das Bundesamt für Statistik 1992/93 die erste gesamtschweizerische Gesundheitsbefragung durchführen. Auf kantonaler Ebene war die Informationslage um 1990 noch prekärer als auf Landesebene, weil viele der ohnehin schon spärlichen und lückenhaften statistischen Angaben in publizierter Form nur als Landestotal bzw. -durchschnitt, nicht aber für einzelne Kantone verfügbar waren. Dieses Informationsdefizit war um so gravierender, als gemäss Bundesverfassung die Gesundheitspolitik Aufgabe der Kantone ist. Den Kantonen fehlten aber die notwendigen Informationsgrundlagen für eine rational begründete Gesundheitspolitik.

Im Kanton Zürich erteilte der Regierungsrat 1991 dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität als neue Aufgaben das Monitoring des Gesundheitszustands in der Zürcher Bevölkerung, die Prävention und die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im Kanton.

Im Juli 1994 konnte im Kanton Zürich der erste Gesundheitsbericht für einen Deutschschweizer Kanton vorgelegt werden. 1999 wurde der zweite, umfassende Zürcher Gesundheitsbericht vorgestellt. 1999 und 2002 wurden zwei Spezialberichte zu den Themen soziale Unterschiede und Jugend publiziert. Die vier bisher vorgelegten Berichte wurden positiv aufgenommen und stiessen auf Interesse in Presse und beim Publikum. Eine Umsetzung der gemachten Empfehlungen und Massnahmen erfolgte aber noch nicht im gewünschten Ausmass.

Für die Prävention und Gesundheitsförderung bilden Gesundheitsberichte wichtige Informationsquellen zur Beurteilung des Handlungsbedarfs. Sie zeigen auf, wo für Prävention und Gesundheitsförderung zusätzliche Gesundheitspotenziale liegen. Dadurch bilden sie eine wichtige Planungsgrundlage. Dass Gesundheitsberichte als direkte Evaluationsmittel für bereits erfolgte Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, ist zwar wünschbar, aber nicht einfach zu bewerkstelligen. Dies, weil Gesundheitsberichte eine breite Optik haben und nicht speziell als Evaluationsmassnahmen konzipiert sind.

Für die Gesundheitsberichterstattung der nächsten Jahre im Kanton Zürich ist das Konzept von Hämmig, Bopp & Stähli (2004) von grosser Bedeutung.

3. Ausgangssituation

In diesem Abschnitt werden kurz die Rahmenbedingungen und der Stand von Prävention und Gesundheitsförderung präsentiert. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

3.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Prävention und Gesundheitsförderung findet immer unter bestimmten, sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen statt. Diese gilt es bei der Wahl von Interventionen und Interventionsmethoden zu beachten. Ausgewählte zentrale Gegebenheiten und Trends werden nachfolgend kurz geschildert:

Wirtschaftliche Entwicklung: Wirtschaftswachstum und zunehmender Wohlstand prägen die ökonomische Entwicklung der letzten Jahrzehnte. Der Kanton Zürich ist dabei vom Industrie- zum Dienstleistungskanton geworden. Nach jahrzehntelanger Vollbeschäftigung kann seit Mitte der 70er Jahre eine neue Anfälligkeit für Konjunkturschwankungen beobachtet werden. Die Auswirkungen der ökonomischen Lage auf die Gesundheit sind vielfältig. Stichworte dazu sind Wohlstand, Arbeitsmarkt, Verkehr, Emissionen, etc.

Berufswelt: In der Arbeitswelt liessen sich in den letzten Jahrzehnten folgende Trends beobachten: Zunahme der Teilzeitbeschäftigung, steigende Frauenerwerbstätigkeit, sinkende Wochen- und Lebensarbeitszeiten, höhere berufliche Mobilität. Diese Entwicklungen müssen in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch in anderen dadurch beeinflussten Lebensbereichen (Familie, Freizeit) berücksichtigt werden.

Armut: Trotz hohem Wohlstand ist Armut kein seltenes Phänomen im Kanton Zürich. 2001 lag die Armutsquote bei 7,4%. Werden zu der eigentlichen Armutsbevölkerung auch die Armutsgefährdeten dazugezählt, steigt die Quote auf 27,4%⁵. Armut ist ein Gesundheitsrisiko.

Zunehmende Lebenserwartung: Die heute 30–40-jährigen Männer können damit rechnen, durchschnittlich 78, die Frauen sogar 83 Jahre alt zu werden. Durch die steigende Lebenserwartung wird der letzte Lebensabschnitt immer länger und deshalb auch für Prävention und Gesundheitsförderung immer wichtiger.⁶

Geschlecht: Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur bezüglich Mortalität, sondern auch hinsichtlich ihrer Krankheiten und gesundheitlichen Einschränkungen, der Arbeits- und Lebensbedingungen, welche die Gesundheit und Krankheit beeinflussen, ihrem Umgang mit gesundheitlichen Belastungen sowie der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsleistungen.

⁵ Statistisches Amt des Kantons Zürich: Armut und Armutsgefährdung im Kanton Zürich 1991 – 2001 (statistik.info 15/2002), S. 15.

⁶ Statistisches Amt des Kantons Zürich: Die jungen Alten in einer alternden Gesellschaft (statistik.info 2/2001), S. 1.

Migration: Mehr als jede/r fünfte Einwohner/in im Kanton Zürich besitzt kein Schweizer Bürgerrecht. Bezüglich Bildung und Wohlstand liegen Ausländerinnen und Ausländer unter dem Durchschnitt. Sie sprechen schlechter deutsch und haben häufiger Arbeitsplätze mit erhöhten Gesundheitsrisiken.

Pluralisierung der Lebensformen: Seit Jahren kann eine Zunahme von Ein- und Zweipersonenhaushalten, Alleinerziehenden, Patchwork-Familien und Ein-Kind-Familien beobachtet werden. Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung müssen diese Rahmenbedingungen beachten.

Bildung: In den letzten Jahren fand eine Bildungsexpansion statt. Während der Anteil der Personen, welche keine nachobligatorische Ausbildung absolvierten, laufend sinkt, steigen die Anteile derer, die über einen Abschluss der Sekundarstufe II (Berufslehre, Maturität, Diplommittelschule) oder der Tertiärstufe (Hochschule, Höhere Fachausbildungen) verfügen, an. Geschlechtsspezifische Unterschiede nehmen ab.⁷ Bildung ist eine Gesundheitsressource. Die oben beschriebene Entwicklung ist aus der Sicht von Prävention und Gesundheitsförderung positiv zu bewerten.

Freizeit: Die Freizeit expandiert auf Kosten der Arbeitszeit. Diese Expansion ist nicht nur zeitlicher, sondern auch finanzieller Art. Ein immer grösserer Anteil des Haushaltbudgets wird für Bildung, Ferien, etc. ausgegeben. Gleichzeitig hat die Bedeutung des Vereinslebens in den letzten Jahren abgenommen. Die in Vereinen erlebbare Gemeinschaft ist eine wichtige soziale Ressource (vgl. 2.3), die nun nicht mehr in gleicher Masse vorhanden ist. Aus diesen Gründen gewinnt die Freizeit für Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung.

Gesundheitsversorgung: Sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung sind im Kanton Zürich gut ausgebaut. Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung kann es sein, dazu beizutragen, dass die Zugänglichkeit aller zu diesen Strukturen gewährleistet ist, und dass die Anliegen aller Menschen zur Gesundheitsversorgung wahrgenommen werden.

Veränderung der Bodennutzung: Die Siedlungsfläche im Kanton Zürich nimmt laufend zu Lasten landwirtschaftlicher Nutzflächen zu.⁸ Die physische Umwelt ist eine wichtige Gesundheitsdeterminante, deren Gestaltung für Prävention und Gesundheitsförderung bedeutsam ist.

⁷ Statistisches Amt des Kantons Zürich: Statistische Berichte des Kantons Zürich: Heft 3/1994 (statistik.info 05/1994), S.24ff. und Statistisches Amt des Kantons Zürich: Bevölkerung und Bildung. (statistik.info 02/1999).

⁸ Statistisches Amt des Kantons Zürich: Bodennutzungswandel im Kanton Zürich: Siedlungsexpansion auf Kosten des Kulturlandes. (statistik.info 32/1998).

3.2 Prävention und Gesundheitsförderung international und national

Prävention im Sinne von verhaltens- und von verhältnisorientierten Massnahmen kann auf eine jahrhundertelange Geschichte zurückblicken. Der Begriff der Gesundheitsförderung, wie sie heute verstanden wird (vgl. 2.2), ist jünger. In der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung manifestiert sich das zunehmende Interesse an diesem neuen Ansatz. Gleichzeitig machte diese Erklärung den Begriff auch populär und verstärkte Entwicklungsarbeiten und Interventionen im Sinne der Gesundheitsförderung.

3.2.1 International

Für Prävention und Gesundheitsförderung ist die «Gesundheit für alle»-Politik der WHO, die 1977 auf der Konferenz von Alma-Ata verabschiedet wurde, von grosser Bedeutung. Sie enthält wichtige Grundsätze wie die Notwendigkeit intersektoraler Politik, Chancengleichheit und Partizipation. 1998 verabschiedeten die WHO (Mai) und das WHO-Regionalkomitee Europa (September) die revidierte «Gesundheit für alle»-Politik. Unter dem Titel «Gesundheit21» wurden 21 Ziele für das 21. Jahrhundert festgelegt (vgl. Anhang B).⁹

Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) hat aus diesen 21 Zielen konkretere Teilziele für die Schweiz abgeleitet (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002).

Auf der Grundlage «Gesundheit für alle»-Politik unterhalten die WHO und insbesondere ihre Regionalbüros eine thematisch breit gefächerte Palette von Programmen und Initiativen. So unterstützt oder betreibt die WHO Europa einen Verbund gesundheitsfördernder Schulen (ENHPS) und Spitäler (HPH), das Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, ein Gesunde-Städte- und ein Gesunde-Regionen-Programm, das Europharm Forum für Apothekerinnen und Apotheker, ein Programm für psychische Gesundheit, einen europäischen Alkohol-Aktionsplan und ein Europäisches Zentrum für Gesundheitspolitik. Die Liste liesse sich noch um einige Punkte verlängern.¹⁰

In vielen europäischen Ländern gibt es neben den zuständigen staatlichen Stellen (Ministerien) weitere Akteurinnen und Akteure, die sich auf nationaler Ebene um Prävention und Gesundheitsförderung kümmern. In Deutschland ist es die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)¹¹ und das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung, in Österreich der Fonds gesundes Österreich¹², in Frankreich das Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).¹³

In Deutschland und Österreich gibt es auch auf Landesebene neben den Gesundheitsministerien Institutionen, die vielfältige präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten entfalten.

9 WHO (1999). Online: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>

10 vgl. dazu die Webseite der WHO Europa: <http://www.euro.who.int/healthtopics>

11 <http://www.bzga.de>

12 <http://www.fgoe.org>

13 <http://www.inpes.sante.fr>

3.2.2 National

In der Schweiz ist eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätig. Von grosser Bedeutung sind staatliche Akteurinnen und Akteure aller Ebenen (Gemeinde, Kantone und Bund). Daneben gibt es eine ganze Reihe von privaten Institutionen, die häufig zumindest teilweise im (Dauer-)Auftrag der öffentlichen Hand arbeiten. Es gibt aber durchaus auch einige rein privat funktionierende Akteurinnen und Akteure. Dazu gehören Non-Profit-Organisationen (Sportvereine, Verbände, Selbsthilfeorganisationen, Fachorganisationen, etc.), aber auch gewinnorientierte Betriebe (Anbieter im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, gesundheitsfördernde Betriebe, etc.).

Nachfolgend wird eine kleine Auswahl gesamtschweizerisch bedeutsamer Akteurinnen und Akteure kurz vorgestellt. Es wird nicht der Anspruch erhoben, ein umfassendes Bild der äusserst vielgestaltigen Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft zu zeichnen.

Gesundheitsförderung Schweiz: Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) hält fest, dass die Versicherer gemeinsam mit den Kantonen eine Institution betreiben, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert.¹⁴ Diese Institution nennt sich «Gesundheitsförderung Schweiz». Sie ist der wichtigste nationale Partner für alle Belange der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich auf mehreren Ebenen. Zur Zeit laufen drei Schwerpunktprogramme:

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

Daneben werden ausgewählte Projekte von Organisationen und Gruppen finanziell unterstützt (meist Co-Finanzierung). Kampagnen und Aktionen sind ein zweiter grosser Aktivitätszweig. Im März 2000 wurde die «**Feel Your Power**»-Kampagne lanciert, die versucht, die Bevölkerung in der Schweiz zu einem gesünderen Verhalten zu bewegen. Dazu gehört etwa die Kampagne «Fünf am Tag: Früchte & Gemüse», die zusammen mit anderen Organisationen durchgeführt wurde.

Mit dem Projekt «lebensqualitaet.ch» wird versucht, eine nationale Gesundheitsförderungs-Policy zu formulieren. Das Projekt will gleichzeitig einen Lernprozess anstossen, in den die gesamte Bevölkerung und insbesondere die politischen Entscheidungsträger einbezogen werden sollen.

«www.healthorg.ch» ist eine nationale, von Gesundheitsförderung Schweiz und den kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung getragene Internet-Datenbank. Sie bietet Informationen über die Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung und erweitert die Projektdatenbank «www.healthproject.ch» inhaltlich. Sie hat zum Ziel, die Netzwerk-tätigkeit zu erleichtern.

¹⁴ Art. 19 KVG enthält unter dem Titel "Förderung der Verhütung von Krankheiten" folgende Bestimmungen: Abs. 1: Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten. Abs. 2: Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor. Abs. 3: Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.

Gesundheitsförderung Schweiz erweitert und koordiniert das Angebot an Kursen, Workshops, Lehrgängen und Tagungen im Bereich der Gesundheitsförderung und betreibt einen Informations- und Dokumentationsdienst zum Thema Gesundheitsförderung in der deutschen, der französischen und in der italienischen Schweiz.

Bundesverwaltung: Wichtigster Akteur in der Bundesverwaltung ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Die Facheinheiten «Öffentliche Gesundheit» und «Sucht und Aids» sind hauptsächlich im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung tätig.

Auf Grundlage des Epidemiengesetzes¹⁵ ergreift das BAG zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten. Dazu gehört ein Meldesystem für verschiedene Krankheiten und Impfungen. Weiter widmet sich das BAG auch dem Aufbau und der Erhaltung fachspezifischen Wissens sowie der Früherkennung und Bewältigung bedrohlicher Situationen durch übertragbare Krankheiten.

Das BAG befasst sich auch mit allgemeinen Fragen der öffentlichen Gesundheit. Es leistet unter anderem einen Beitrag zu Themen wie Evidence-based Public Health, Gesundheitsförderung von Bund und Kantonen und Krebsbekämpfung.

Der Bund regelt die Aus-, Weiter- und Fortbildung der akademischen Medizinalberufe (d.h. Human-, Zahn-, Veterinärmedizin, Pharmazie und Chiropraktik) und künftig auch der Psychologieberufe und der paramedizinischen Berufe.

Verschiedene Stellen kümmern sich beim Bund auch um die Bekämpfung der Ursachen und Folgen von **Suchtproblemen**. Dieser Bereich wurde andernorts (vgl. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1999c, Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich der Kantonalen Kommission für Drogenfragen) bereits beschrieben, weshalb auf dieses Thema hier nicht näher eingegangen wird.

Der schweizerische «**Aktionsplan Umwelt und Gesundheit**» (APUG) des BAG und des Bundesamtes für Umwelt, Wald und Landschaft geht auf den Erdgipfel von Rio 1992 zurück. Mit seinen Aktivitäten fördert er die Verbindung von gesundheitsbewusstem und umweltschonendem Verhalten. Unterstützt werden Projekte in den Bereichen Mobilität (vermehrte Fortbewegung zu Fuss, mit dem Fahrrad und öffentlichen Verkehrsmitteln), Natur (gesunde Ernährung mit regionalen Produkten aus umweltgerechter Produktion) und Wohnen (Förderung eines guten Wohnumfeldes).

Der Bund ist ausserdem in den Bereichen Heilmittel, Lebensmittel, Chemikalien, Strahlenschutz, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Sport, u.a.m. tätig.

Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz¹⁶ wurde 1998 mit dem Ziel gegründet, die Ausrichtung und die Leitplanken einer zukünftigen, von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen schweizerischen Gesundheitspolitik zu definieren. Die erste Projektphase diente der Konsensfindung zwischen den politisch Verantwortlichen bezüglich Handlungsbedarf einer national koordinierten Gesundheitspolitik. Nach Schaffung der politischen Basis sollen schrittweise die Partnerinnen und Partner des Gesund-

¹⁵ Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz).

¹⁶ <http://www.nationalegesundheits.ch>

heitswesens und die Öffentlichkeit in den Prozess mit einbezogen werden. Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik wurde im Jahre 2000 beauftragt, auf drei Gebieten eine nationale Gesundheitspolitik zu entwickeln:

- Entwicklung einer nationalen Politik im Bereich psychische Gesundheit. Dieses Projekt ist mit der Erarbeitung einer nationalen Strategie zum Schutz und zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Wohnbevölkerung weitgehend erfüllt.
- Angebotsplanung in der Spitzenmedizin. Dieses Projekt wurde von einer Arbeitsgruppe der Sanitätsdirektorenkonferenz bearbeitet und ist abgeschlossen.
- Empowerment von Bevölkerung und PatientInnen sowie Förderung ihrer Kompetenzen im Gesundheitsbereich. Dieses Projekt wurde gemäss Beschluss der Steuerungsgruppe (aus dem Zielkatalog 2003) vorläufig zurückgestellt.

Ein weiteres Element des Projektes Nationale Gesundheitspolitik Schweiz ist das Ende 2001 entstandene Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan)¹⁷, eine Institution, 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. Neben einem allgemeinen Monitoring von Gesundheit und Gesundheitswesen bearbeitet das Gesundheitsobservatorium vorerst die drei Themenschwerpunkte «Gesundheit im Alter», «Psychische Gesundheit» und «Versorgungssysteme».

Ende 2003 ist das Projekt Nationale Gesundheitspolitik als solches abgeschlossen und auf der Basis einer Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz und dem Bund durch einen ständigen Dialog und einen gemeinsamen Prozess zur Strategieentwicklung ersetzt worden.

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): Die SFA ist eine private Organisation, die Alkohol- und andere Drogenprobleme verhüten – und wo bereits entstanden – vermindern will. Sie erarbeitet pädagogische Materialien für Schulen, entwickelt Präventionsprojekte, berät Betriebe und macht praxisorientierte Forschung. Sie informiert und dokumentiert kostenlos Jugendliche, Eltern, Lehrpersonen, Medienschaffende, Behörden und berät Abhängige und ihre Angehörigen. Die SFA arbeitet mit privaten und öffentlichen Institutionen, die sich mit Alkohol- und Drogenproblemen beschäftigen, auf kantonaler und Bundesebene zusammen.

Ähnliche Aufgaben wie das SFA übernimmt auch das **Institut für Suchtforschung (ISF)** in Zürich, welches in Verbindung ist mit der Universität Zürich.

Radix Gesundheitsförderung: Radix Gesundheitsförderung ist eine dezentral organisierte Fachorganisation, die gesundheitsfördernde Aktivitäten in der ganzen Schweiz durchführt. Die Hauptaktivitätsgebiete sind die Settings Gemeinde, Schule und Betrieb.

- Zusammen mit Gemeinden, Kantonen, weiteren Fachorganisationen und Gesundheitsförderung Schweiz diskutiert Radix die Rolle, die Gemeinden für die Förderung von Lebensqualität und Gesundheit spielen können. Radix bietet verschiedene Methoden an, mit denen Gemeinden ihre Lebensqualität ermitteln und beeinflussen können. Im Auftrag des Bundes

¹⁷ <http://www.obsan.ch>

amtes für Gesundheit (BAG) fördert Radix Gesundheitsförderung die «**Suchtprävention** in den Gemeinden». Dabei werden gute Projekte gefördert, damit sie auch an anderen Orten durchgeführt werden können. Weiter werden Einzelpersonen oder Gruppen beraten und Präventionsprogramme und -aktionen, die von Gemeinden durchgeführt werden, finanziell unterstützt. Unter dem Titel «Die Gemeinden handeln!» entwickelt Radix Gesundheitsförderung im Auftrag des nationalen Alkoholprogrammes «Alles im Griff?» neue Wege für eine nachhaltige **Alkoholprävention**.

- Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz koordiniert Radix Gesundheitsförderung das **Schweizerische Netzwerk für Gesundheitsfördernde Schulen**.
- Radix Gesundheitsförderung bietet Weiterbildungen im **betrieblichen Gesundheitsmanagement** an und fördert den Aufbau von Erfahrungsgruppen.

Als Beispiele für weitere private Organisationen, die auf nationaler Ebene tätig sind, seien hier die pro juventute, die Schweizerische Krebsliga und die Schweizerische Herzstiftung genannt.

3.2.3 Andere Kantone

In vielen kantonalen Gesundheitsgesetzen ist der Schutz und die Förderung der Gesundheit thematisiert. Nur in wenigen Kantonen ist aber auch deren Umsetzung konkret geregelt.

Die Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsförderung liegt in einigen Kantonen bei den Kantonsärzten, in anderen bei den Gesundheitsämtern oder bei Beauftragten für Prävention und/oder Gesundheitsförderung. Die Ausstattung mit Stellenprozenten variiert stark. Das gleiche gilt für das Pflichtenheft der zuständigen Stellen oder Personen. Vielerorts fehlen Arbeitsschwerpunkte.

Die zuständigen Personen geben an, dass es mit grossem Aufwand verbunden sei, Wesen, Bedeutung und Nutzen von Prävention und Gesundheitsförderung aufzuzeigen. Für bestimmte Bereiche der Prävention (Drogen, Alkohol, Sucht generell, Gewalt) gilt dies nicht. Hier lassen sich allgemein bekannte und akzeptierte Themen- und Arbeitsschwerpunkte setzen und auch die Finanzierung entsprechender Projekte scheint einfacher zu sein. In den meisten Kantonen existieren denn auch Konzepte zur Prävention. In der Gesundheitsförderung fehlen sie jedoch bzw. sind erst am Entstehen (Zollinger, K., Pfister-Auf der Maur, T., 2002).

3.3 Kanton Zürich

Um die Situation im Kanton Zürich darzustellen wird zuerst eine Übersicht der wichtigsten Aktivitätsbereiche und Ausbauschritte der letzten Jahre gegeben. In einem nächsten Teil wird wiedergegeben, wie Expertinnen und Experten die gegenwärtige Situation einschätzen (3.3.2).

3.3.1 Wichtige Aktivitäten und Ausbauschritte der vergangenen Jahre

Eine systematische Bestandesaufnahme aller Akteurinnen und Akteure, die Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich betreiben, vorlegen zu wollen, würde den Rahmen dieses Konzeptes bei weitem sprengen. Eine solche Bestandesaufnahme würde zudem auch

Abrenzungsprobleme aufwerfen, da z.B. Gesundheitsförderung und Sozialarbeit, Spitex und Prävention oder Schulpsychologie und Suchtprävention durchaus überlappende Arbeitsfelder darstellen. Man kann wohl die Aussage wagen, dass jede richtig verstandene und qualitativ hochstehende Leistung im Bereich der psychosozialen Arbeitsfelder – dazu zählen Sozialarbeit, Psychologie, Spitex, Pflege, Pädagogik, Medizin, usw. – immer auch wichtige gesundheitsförderliche Aspekte mitenthält.

Gerade weil es teilweise in der Natur der Sache liegt, dass nachstehend vor allem die staatlichen Aktivitäten – insbesondere diejenigen unter Beteiligung des ISPM – dargestellt werden, darf nicht der Eindruck entstehen, Prävention und Gesundheitsförderung seien ausschliesslich oder vor allem eine Aufgabe des Staates. Dass neben Kanton und Bund auch die Gemeinden eine zentrale Rolle in der Prävention und Gesundheitsförderung spielen können und im Kanton Zürich bereits spielen, hat der Zürcher Präventionstag 2002 deutlich gezeigt («P & G», Nr. 11, 2002).

Als pragmatisches Vorgehen sollen nachstehend einige wichtige Aktivitäten und Ausbauschritte der Prävention und Gesundheitsförderung aufgezählt werden. Da eine gewisse Willkür bei der Auswahl der Aktivitäten wohl unvermeidlich ist, sei klargestellt, dass die Aufzählung keineswegs Vollständigkeit beansprucht. Die genannten Aktivitäten beanspruchen auch nicht, bedeutsamer zu sein als solche, die nicht Eingang in den Text gefunden haben.

Vielgestaltige Prävention und Gesundheitsförderung durch private Akteurinnen und Akteure:

Wie weiter oben schon erwähnt wurde, betreibt eine Vielzahl von Fachleuten in privaten Non-profit- und Profitorganisationen im Kanton Zürich Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sind insbesondere auch die Pro-Organisationen (Pro Juventute, Pro Senectute, Pro Mente Sana, Pro Familia), die Gesundheitsligen (Krebsliga, Lungenliga, Rheumaliga, etc.), sowie die Berufsverbände der medizinischen und psychosozialen Berufe speziell zu nennen. Nicht zu vergessen sind hier aber auch die Jugendverbände und die Sportvereine.

Als Anbieter von präventiven und gesundheitsförderlichen Leistungen, die sich sowohl an Individuen wie auch an Kollektive richten, haben sich in den letzten Jahren viele Fachleute etabliert. Eine nicht mehr ganz aktuelle Übersicht über gesundheitsförderliche Angebote im Kanton findet sich in ISPM (1995), eine aktuellere Übersicht, die sich aber nicht speziell auf Gesundheitsförderung bezieht, geht aus der Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens (2003/04) hervor.

Rolle des ISPM: Im Jahr 1991 hat der Regierungsrat festgelegt, dass das ISPM "zuständig sei für die Planung, Förderung und Verbreitung von Prävention und Gesundheitsförderung, soweit diese dem Staat obliegen. Es stellt die notwendigen Anträge zuhanden der Direktionen und des Regierungsrates." Dafür wurden dem Institut Mittel zur Verfügung gestellt. Sachkredite z.B. für die Medienkampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» mussten jeweils eigens beantragt werden, waren aber budgetiert.

Im Oktober 2000 wurde eine Reorganisation durchgeführt, aufgrund derer das ISPM von der Regierung einen Leistungsauftrag mit einem Globalbudget erhält. Der Auftrag regelt Leistungen in den beiden Bereichen Gesundheitsmonitoring sowie Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei blieb die Zuständigkeit des ISPM für die Gesamtkoordination, wie sie schon 1991 definiert worden war, unverändert. Als Folge des Leistungsauftrages richtete das Institut im Oktober 2001 für den zweiten Bereich eine Dienstleistungsabteilung Prävention und Ge-

sundheitsförderung mit mindestens 3,5 Stellen ein.

Die Neuorganisation bringt mehr Transparenz für den Auftraggeber und mehr Flexibilität für den Leistungserbringer. Die Leistungsabteilung beträgt ab 2003 jährlich 1,8 Millionen Franken (bis 2006). Darin eingeschlossen sind die Löhne und eine grössere Kampagne.

Finanzierung der Gesundheitsförderung: In einer kleinen Aufstellung über die Pro-Kopf-Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1994 rangierte der Kanton Zürich als derjenige Kanton, der von 9 erfassten Kantonen am wenigsten für Gesundheitsförderung und Prävention ausgab. Auch wenn man diese Angaben nicht überbewerten darf, ist es interessant, dass Zürich pro Kopf rund 10mal weniger für Gesundheitsförderung und Prävention ausgab als der Kanton Tessin, der damalige Spitzenreiter. Seit Anfang der 90er Jahre hat sich die finanzielle Situation der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton sowohl strukturell wie quantitativ kontinuierlich verbessert. Die Änderungen dokumentieren die zunehmende Akzeptanz und Bedeutung der Prävention. Meilensteine dabei waren:

- Der erste Budgetposten für Sachaufwand im Bereich der Prävention, den die Gesundheitsdirektion anfangs 1992 gleichzeitig mit dem Auftrag von 1991 an das ISPM eingerichtet hat.
- Die Subventionierung der Regionalen Suchtpräventionsstellen aus Mitteln des Staatshaushaltes (ab Mitte 1994, vgl. weiter unten), verbunden mit der Kostenübernahme für die Medienkampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.».
- Die strukturelle Trennung im Fonds zur Bekämpfung des Alkoholismus zwischen dem Aufwand für Suchtprävention und dem Aufwand für Beratung und Behandlung im Jahre 1998.
- Der Leistungsauftrag des Regierungsrates aus dem Jahr 2000 an das ISPM, welcher zum einen ein Globalbudget an das ISPM in der Höhe von insgesamt Fr. 1,68 Mio. p.a. umfasst, und zum andern eine klarere strukturelle Trennung zwischen Dienstleistungen für Prävention und Gesundheitsförderung einerseits und Forschung und Lehre andererseits beinhaltet. Der Auftrag wurde für die Jahre 2003 bis 2006 erneuert und die Entgeltung auf Fr. 1,8 Mio. aufgestockt.

Auf- und Ausbau der Suchtprävention: Anfang der 90er Jahre mehrten sich angesichts der untragbaren Zustände auf den offenen Drogenszenen in der Stadt Zürich und der damit zusammenhängenden Begleitkriminalität Stimmen, welche verlangten, dass neben der Räumung der Drogenszene und polizeilichen Massnahmen verstärkt Prävention betrieben werden solle. Ende 1991 legte das ISPM das in der Folge offizialisierte Suchtpräventionskonzept vor. Es handelt sich in erster Linie um ein Konzept, welches die theoretischen Grundlagen der Suchtprävention aufarbeitete. 1991 wurde das ISPM als die für die Gesamtkoordination in der Prävention zuständige Institution vom Regierungsrat bezeichnet. Angesichts der damals rapid um sich greifenden Verschlimmerung im Umfeld der offenen Drogenszene kam es zu einer politischen Beurteilung, welche der Suchtprävention innerhalb der Prävention eine prioritäre Rolle zuwies. Dies war ein bewusster politischer Entscheid, der fachlich gerechtfertigt war.

Spätestens seit dem Vorliegen der Polizeistatistiken aus den offenen Drogenszenen der Stadt Zürich wurde klar, dass der Konsum illegaler Drogen kein spezifisch städtisches Phänomen ist, sondern alle Regionen gleichermaßen betrifft, auch wenn sich das Problem vor allem in den Städten manifestiert. Seit Anfang 90er Jahre forderten deshalb Fachleute und Behörden, dass Suchtprävention nicht nur in den Städten, sondern in allen Regionen des Kantons betrieben werden sollte.

Das Konzept für **Regionale Suchtpräventionsstellen (RSPS)** wurde vom ISPM erstellt und vom Regierungsrat des Kantons Zürich 1994 gut geheissen. Die wichtige Trennung zwischen Prävention und Therapie wird darin ausführlich begründet. Ebenfalls werden die Kernaufträge für die RSPS, die ihren Arbeitsaufwand zur Hälfte auf die verschiedenen Schulen und zu je einem knappen Fünftel auf gemeindenahe Arbeit sowie auf Öffentlichkeitsarbeit verteilen sollen, formuliert. Die ausserschulische Bildungsarbeit (vor allem Erwachsenen- und Elternbildung) soll etwas mehr als einen Zehntel ausmachen. Für den Kanton wurden acht Suchtpräventionsregionen definiert. Das heute vollumfänglich umgesetzte Konzept legt fest, dass die Trägerschaften der Gemeinden für 70 Prozent und der Kanton für 30 Prozent der anfallenden Kosten aufkommen. Für das Jahr 2003 bezahlten die Gemeinden insgesamt rund Fr. 4,64 Mio. und der Kanton Fr. 1,35 Mio. an die Regionalen Suchtpräventionsstellen.

Ergänzend zu den acht generalistisch tätigen regionalen Suchtpräventionsstellen (RSPS) waren seit jeher **kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention (KFSP)** aktiv, welche mit ihrem spezialisierten Wissen die RSPS ergänzen. Das vom ISPM ausgearbeitete und 1999 vom Regierungsrat verabschiedete Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention sieht ebenfalls acht solche private oder staatliche Fachstellen für Suchtprävention vor. Sie richten ihre Tätigkeit auf ausgewählte Zielgruppen (Volksschule: Fachstelle am Pestalozzianum, heute Pädagogische Hochschule; Migrationsbevölkerung: Fachstelle FISP; Mittel- und Berufsschulen: Fachstelle Mittelschulen und Berufsbildung) oder bestimmte Suchtmittel (Tabak: Fachstelle Züri Rauchfrei; Alkohol und Medikamente: Fachstelle ZüFAM; Suchtmittel am Steuer: Fachstelle Alkohol – am Steuer nie!) oder sind mit übergreifenden Aufgaben (Koordination: ISPM; Dokumentation: Radix Gesundheitsförderung) betraut.

Das Konzept für die KFSP definiert die Rollen der beiden Typen von Stellen und regelt deren Zusammenarbeit: Die RSPS leisten die Grundversorgung vor Ort, das heisst sie machen die Basisarbeit und koordinieren die Suchtpräventionstätigkeit in der jeweiligen Region. Kantonsweite Projekte werden hingegen durch die KFSP in Absprache mit den RSPS geplant und realisiert. Die KFSP wiederum versorgen die RSPS mit nötigem Grundlagenmaterial (Forschung und Entwicklung) und bieten den Fachleuten der RSPS Weiterbildungen an. Das für die Koordination zuständige ISPM hat mit den fünf privaten kantonsweiten Fachstellen detaillierte Leistungsverträge abgeschlossen. Diese Aufträge bilden die Grundlage für die Finanzierung der Fachstellen durch den Kanton (für 2004: Total Fr. 990 000.-).

Sichtbarster Ausdruck der suchtpreventiven Anstrengungen im Kanton Zürich ist wohl die seit 1995 laufende **Kampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.»**. Die Kampagne hat folgende generelle Zielsetzungen:

- Information über Suchtphänomene und Aufzeigen von Zusammenhängen bei der Suchtentwicklung;
- Förderung präventiver Orientierungen und Hinweise auf das Netz von Suchtpräventionsstellen;
- Senkung der Hemmschwelle, alltägliche (eigene) Suchtphänomene zu thematisieren;
- Verschiebung der Aufmerksamkeit vom Suchtmittel hin zum Suchtverhalten und zu suchtbegünstigenden Bedingungen sowie von der Beschränkung auf illegale Drogen hin zu allen Suchtmitteln.

Die wichtigsten eingesetzten Mittel der Kampagne sind Strassenplakate und Kleinplakate in öffentlichen Verkehrsmitteln sowie Broschüren. Begleitet wurden sie in jeder Phase durch weitere gezielte Aktionen der Öffentlichkeitsarbeit. Beispiel dafür ist etwa die werberische Unterstützung der Trennung von Rauch- und Nichtraucherbereichen an der Universität Zürich.

Abb. 4: Suchtpräventionskampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» 1995–2002: Oben strukturorientierte Aussagen (Verhältnisprävention), unten personorientierte Sujets (Verhaltensprävention).

**TROTZ VERBOT
WIRD IN 68% DER
WIRTSHÄUSER UND
IN 90% DER LÄDEN
ALKOHOL AN
UNTER 16 JÄHRIGE
VERKAUFT.**

GLEICHGÜLTIGKEIT KANN
ZU SUCHT FÜHREN.


DIE STELLEN FÜR SUCHTPRÄVENTION IM KANTON ZÜRICH



**ARBEITSLOSIGKEIT
ERHÖHT DIE SUCHT-
GEFAHR UM DAS
2-3FACHE.**

SUCHT BEGINNT IM ALLTAG.
PRÄVENTION AUCH.

DIE STELLEN FÜR SUCHTPRÄVENTION IM KANTON ZÜRICH




MASCHINE.

Peter Wyss ist mit Leib und Seele Wirt. Und er gibt nicht nur mit seiner 900er-Triumph gern Gas: Er habe für den Aufbau seiner Existenz sogar seine Familie geopfert. Immerhin investiert er täglich 16–18 Stunden und am Wochenende betreibt er einen Party-Service. Das sei seiner Frau zuviel geworden. Sie lebt jetzt samt Töchterchen in einer neuen Beziehung. Das und die Warnung des Arztes, er betreibe Raubbau an seinem Körper, hätten ihn schon aufgeschreckt. Heute lebt er bewusster und gönnt sich mehr Ruhephasen. Zwei Wochenenden im Monat nimmt er frei und verbringt mit Töchterchen und Hund viel Zeit in der Natur. Er raucht auch nur noch halb soviel. Einmal pro Woche schwitzt er in der Sauna, ab und zu auf dem Mountain-Bike. Und dann wenn lässt er sich in einem Wellness-Hotel so richtig umfassend verwöhnen. Wahrscheinlich habe es auch mit dem Älterwerden zu tun, dass man mehr nachzudenken beginne. Es heisse ja, wenn du die Vier schreibst, musst du einen Gang zurückschalten, sonst erlebst du die Fünf nicht mehr. Und die Fünf wolle er unbedingt erleben. Schliesslich habe er noch Pläne zu verwirklichen.

GENUSSMENSCH.

SUCHT BEGINNT IM ALLTAG. PRÄVENTION AUCH. DIE STELLEN FÜR SUCHTPRÄVENTION IM KANTON ZÜRICH



**SUCHT BEGINNT IM ALLTAG.
PRÄVENTION AUCH.**

Die Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich
www.suchtpraevention-zh.ch

In jeder Phase der Kampagne wurde eine spezifische Zielsetzung verfolgt. Diese wird ablesbar an den Sujets der Kampagne von 1995 bis 2002. Zielsetzung der Phasen von 1995 bis 1998 waren Hinweise auf die Bedeutung von Strukturen für Suchtentwicklungen sowie die Sensibilisierung für gesellschaftlich bedingte Risikofaktoren. Die Aussagen beruhen auf empirisch

gesicherten Fakten. Die Sujets wurden vor allem in Form von Plakaten, einige aber auch als Inserate veröffentlicht.

Eine vom Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung unter der Leitung von Professor Heinz Bonfadelli durchgeführte Evaluation ergab, dass 1996 der Beachtungsgrad der Kampagne im Kanton Zürich 58% betrug. Die komplexe Botschaft über strukturelle Suchtursachen auf den schwarzen Textplakaten und Inseraten wurden gemäss Eigenangaben von 78% der 500 Befragten verstanden (18% teilweise verstanden). Zum Sujet "Arbeitslosigkeit" sagten 1997 82% es sei informativ, 86% es gebe ihnen zu denken, fast alle fanden es verständlich. Im Jahre 1999 äusserten 65% der Befragten zu den personenorientierten Sujets mit den Kurzbiographien, diese hätten sie zum Nachdenken angeregt, 36% äusserten, die Kampagne hätte Anstösse für eigene Veränderungen gegeben. Der Ansatz der Kampagne im Jahre 2000 war erneut personenorientiert, er bezog sich aber stärker auf Suchtmittel: Zum Sujet "Zigarette auf Lavabo" äusserten 85% es sei alltagsnah, 77% es rege zum Nachdenken an und 79% es sei aussagekräftig. Die Kampagne erreichte in allen Phasen eine hohe Zustimmungsrate.

Über die Jahre hat sich zwar das Gesicht der Kampagne verändert, nicht aber die Hauptbotschaft: «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch». Im Lauf der Jahre wurden für die Kampagne pro Jahr ca. Fr. 700 000 – 900 000 aufgewendet.

Zusammenfassend kann sicher erwähnt werden, dass der Kanton Zürich aufgrund der grossen Anstrengungen von Gemeinden und Kanton in den letzten Jahren heute wohl einen europäischen Spitzenplatz im Bereich der Suchtprävention für sich beanspruchen kann. Dies aufgrund der dichten Strukturen, der grossen Kommunikationsanstrengungen und der eingesetzten Mittel.

Angesichts der gesetzten Priorität anfangs der 90er Jahre ist es gerechtfertigt, der Suchtprävention an dieser Stelle viel Platz einzuräumen. Weitergehende Synopsen zur Suchtprävention im Kanton Zürich finden sich in Stähli, R., Gutzwiller, F. (2001) und im Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich der kantonalen Kommission für Drogenfragen (2003).

Das Konzept für Regionale Suchtpräventionsstellen (RSPS) von 1994 sowie das Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention (1999) haben weiterhin Gültigkeit und werden – sofern nicht ausdrücklich etwas anderes erwähnt ist – durch das vorliegende Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Gültigkeit nicht eingeschränkt. Beiden Konzepten liegen Regierungsratsbeschlüsse zu Grunde.

Kommunikationsgefässe für Gesundheitsförderung: 1989 wurde erstmals der Zürcher Präventionstag organisiert. Ab 1992 zählte diese Tagung, an welcher traditionellerweise auch der Gesundheitsdirektor bzw. die Gesundheitsdirektorin teilnehmen, stets über 300 Teilnehmende. Die jeweils Mitte März durchgeführte Tagung behandelt wechselnde Themenschwerpunkte. Sie hat sich im Nachhinein oft als wichtiger Kristallisationspunkt für später realisierte Projekte erwiesen.

Ende 1995 erschien erstmals das Bulletin «P & G, Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich», welches sich an Gemeindebehörden, Fachleute und interessierte Laien wendet. Damit wurde eine einfache Publikation geschaffen, welche Ende 2003 gegen 3000 Leserinnen und Leser erreicht. Die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung des ISPM hat unter www.gesundheitsfoerderung-zh.ch eine Website installiert, die laufend ausgebaut wird.

Im Rahmen der Suchtprävention ist auch das Suchtpräventionsmagazin «laut & leise» zu nennen, welches eine beachtliche Auflage von gegen 10 000 Exemplare zählt, sowie die Website www.suchtpraevention-zh.ch. Beide Medien werden gemeinsam von den 16 Stellen für Suchtprävention herausgegeben bzw. betrieben.

Gesundheitsberichterstattung: Wie weiter vorne dargelegt wurde, bildet die Gesundheitsberichterstattung eine wichtige Grundlage der Prävention und Gesundheitsförderung. Zumindest in der Deutschschweiz darf der Kanton Zürich in diesem Bereich eine Spitzenposition beanspruchen. 1994 wurde im Kanton Zürich der erste Deutschschweizer Gesundheitsbericht für einen Kanton vorgelegt. 1999 folgte der zweite umfassende kantonale Gesundheitsbericht. Beide Berichte enthalten wichtige Massnahmenvorschläge für die Prävention und Gesundheitsförderung. Von ihnen gingen wichtige Impulse für die praktischen Arbeiten aus. 1999 wurde ein Schwerpunktbericht zu sozialer Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich vorgelegt. 2002 folgte ein Schwerpunktbericht zur Gesundheit Jugendlicher.

HIV/AIDS-Prävention: Der Kanton Zürich hat im Bereich HIV/Aids einiges erreicht: Therapie- und Betreuungsangebote für Betroffene sowie Präventionsprogramme für besonders vulnerable Gruppen stehen zur Verfügung, HIV/Aids-Prävention wurde in die Lehrpläne der Volksschule eingeführt und an der Pädagogischen Hochschule ist man dabei, die Ausbildung der LehrerInnen diesbezüglich zu verbessern. Qualitätsmanagement wurde bei einigen Aids-Organisationen eingeführt. Es gibt jedoch neue Herausforderungen. So kam es 2001 erstmals zu einem erneuten Anstieg der Neuinfektionen. Diese Entwicklungen verdeutlichen, dass die Präventionsarbeit weitergeführt werden muss.

Erweiterte Sanitätskommission: Schon Anfang der 90er Jahre wurde die im Gesundheitsgesetz verankerte Sanitätskommission mit der Begleitung der Prävention und Gesundheitsförderung betraut. Dazu gab sie sich in der Form der erweiterten Sanitätskommission unter Heranziehung weiterer Fachleute gewissermassen ein neues Organisationsgefäss.

Gesundheitsfördernde Schulen im Kanton Zürich: Seit 1998 nutzen im Kanton Zürich 98 Schulen das Rahmenprogramm «Gesundheitsfördernde Schulen im Kanton Zürich», das vom Bundesamt für Gesundheit und der Erziehungsdirektorenkonferenz gefördert und unterstützt wird. Das Programm trägt zum Aufbau eines umfassenden pädagogischen Profils einer Schule bei. Ein wichtiger Teil des Angebots ist die Beratung und Begleitung der Schulen und die Weiterbildung zur Kontaktperson in Gesundheitsförderung und Suchtprävention, welche bisher von 165 Lehrpersonen genutzt wurde.

Die gesundheitsfördernde Schule legt Wert auf die Entwicklung einer Schulhauskultur, die allen in der Schule lebenden und arbeitenden Menschen Wohlbefinden, Engagement und die Übernahme von Verantwortung ermöglicht. Das Programm wurde insbesondere für Kindergärten, Primar-, Oberstufen- und Berufsschulen ausgearbeitet.

Ausbau der Kleinkindberatung: Die Kleinkindberatung wurde personell aufgestockt und zu einer eigenständigen Abteilung der Bezirksjugendsekretariate ausgebaut. Sie besteht aus der Mütterberatung, der niederschweligen Entwicklungs- und Erziehungsberatung sowie der in der Beratung von Gemeinwesen, privaten Initiativen und Gruppierungen tätigen Gemeinwesenberatung. Die Kleinkindberatung ist ein konsequent auf Prävention ausgerichtetes Ange-

bot. Sie erfasst in der Mütterberatung über 90% der Erstgebärenden und berät sie in Fragen der Pflege und Betreuung von Säuglingen.

Schaffung von Elternbildungsgeschäftsstellen: Elternbildung wird von einer Vielzahl privater Trägerschaften angeboten. Zur Unterstützung dieser Anbieter und zur regionalen Koordination der Angebote wurden in den Bezirksjugendsekretariaten die Geschäftsstellen Elternbildung eingerichtet. Dank ihrer koordinierenden Tätigkeit werden die Elternbildungsaktivitäten heute in Bezirksprogrammen zusammengefasst und gemeinsam ausgeschrieben. Dies führte zu einer starken Zunahme der durchgeführten Anlässe und der Anzahl der Teilnehmenden.

Preisausschreibung für betriebliche Gesundheitsförderung: Seit 1999 hat das ISPM den Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb schon viermal ausgeschrieben und vergeben. Mit dem Preis wurden je ein Zürcher Klein- und Mittelbetrieb und ein Grossunternehmen ausgezeichnet, welches Vorbildliches im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung geleistet hatte. Für die Einladung zum Wettbewerb wurden pro Preisverleihung rund 8000 – 10000 Zürcher Betriebe unter Beilage von Materialien über betriebliche Gesundheitsförderung angeschrieben. Die Preisübergabe durch die Gesundheitsdirektorin und das so ausgelöste Presseecho haben das Anliegen und die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung im Kanton erheblich bekannter gemacht.

Medizinische Prävention sowie Apotheken und Drogerien: Wie unter 2.2 erwähnt, wird der ganze Bereich der medizinischen Prävention im vorliegenden Konzept nicht näher behandelt. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass etwa das Impfen und Vorsorgeuntersuchungen äusserst wichtige Präventionsaktivitäten darstellen. Apotheken und Drogerien leisten im Rahmen der Prävention einen wichtigen Beitrag, indem Kranke und Gesunde bei ihnen Rat suchen. Es handelt sich bei den Apotheken und Drogerien um eine Schnittstelle zur medizinischen Prävention.

3.3.2 Wie schätzen Expertinnen und Experten die Situation im Kanton Zürich ein?

In den Monaten Juli und August 2002 haben zwei externe Fachpersonen insgesamt 21 Face-to-Face Interviews mit Expertinnen und Experten (8 Frauen und 13 Männer) durchgeführt. Sie wurden nach ihrer Einschätzung des Status Quo von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich befragt. Nähere Angaben zur Methodik und zu den Interviewten finden sich in Anhang C.

Ziel der Umfrage war eine Beurteilung des Bereichs Prävention und Gesundheitsförderung als Ganzes. Es fiel den meisten Interviewpartnerinnen und -partnern schwer eine generelle Einschätzung vorzunehmen, was angesichts der unübersichtlichen Breite und den bisher fehlenden Strukturierungsversuchen des Präventions- und Gesundheitsförderungsangebotes nicht erstaunt. Von vielen Seiten wurde betont, dass der Kanton Zürich im nationalen und internationalen Vergleich zwar bezüglich Suchtprävention eine Spitzenposition einnehme, bezüglich allgemeiner Prävention und Gesundheitsförderung jedoch im Mittelfeld liege. Eine klare Strategie sowie die nötigen Strukturen und gesetzlichen Grundlagen dazu fehlten. Dies zeige sich auch im Bereich **Information und Kommunikation**. Die Suchtpräventionskampagnen wurden positiv hervorgehoben und gleichzeitig bedauert, dass in der Gesundheitsförderung Kampagnen mit grosser Breitenwirkung fehlten. Unterschiedlich gut zu funktionieren scheint die

interne Kommunikation unter den verschiedenen Institutionen und Partnerorganisationen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Qualität des internen Austausches stehe und falle heute mit den persönlichen Kontakten.

Bezüglich der **Ressourcenverteilung** wurde gesagt, dass der historisch bedingte Schwerpunkt in der Suchtprävention durchaus Sinn mache. Gleichzeitig wurde eine Aufstockung der Ressourcen für die Gesundheitsförderung gewünscht. Künftig sollte für den gesamten Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung ein übergeordnetes Verteilkonzept vorliegen, das aufgrund seriöser Daten regelmässig dem aktuellen Bedürfnis angepasst werden müsste.

Die Expertinnen und Experten waren sich einig, dass Prävention und insbesondere die Gesundheitsförderung in der allgemeinen **Politik und Verwaltung** nicht den gebührenden Stellenwert erhalten. Namentlich im Bildungsbereich bestünden gravierende Defizite. Es wurde bemängelt, dass auch die Gesundheitspolitik immer noch zu stark auf den kurativen Bereich ausgerichtet sei.

Die **Strukturen** der Suchtprävention wurden als gut beurteilt, sie seien über Jahre hinweg gewachsen und die verschiedenen Akteurinnen und Akteure heute gut miteinander vernetzt. Die Strukturen für die Gesundheitsförderung seien hingegen nur ungenügend entwickelt. Konsens bestand, dass Gesundheitsförderung bessere Vernetzung, Zusammenarbeit und ein klar formuliertes Konzept braucht. Dabei gelte es, auf die Balance zwischen Autonomie der Akteurinnen und Akteure sowie der Einschränkung des Freiraums durch übergeordnete Instanzen zu achten.

3.4 Gesamtbeurteilung des Ist-Zustandes

Die WHO hat mit ihrer «Gesundheit für alle»-Politik und den Gesundheitsförderungskonferenzen wichtige Grundlagen und Impulse geliefert, die auf nationaler Ebene bereits aufgenommen wurden (vgl. 3.2.1). Auch eine kantonale Politik kann und sollte sich daran orientieren.

Es existieren heute valable, national tätige Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung, mit denen die Kooperation und Koordination gesucht werden sollte. An erster Stelle ist Gesundheitsförderung Schweiz zu nennen, eine Institution, die auch über ansehnliche finanzielle Mittel verfügt.

Auch im Kanton Zürich leistet eine grosse Anzahl von Institutionen wertvolle Arbeit, die vielfach nur ungenügend zur Kenntnis genommen wird. Eine kantonale Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik darf nicht an diesen wichtigen Partnern vorbei betrieben werden. In diesem Zusammenhang ist die Meinung der befragten Expertinnen und Experten von Interesse, wonach die Vernetzung zwischen den Fachleuten in Prävention und Gesundheitsförderung und die gegenseitige Information systematischer betrieben werden müsse.

Zunehmend ergreifen Gemeinden, insbesondere die Stadt Zürich, Initiative im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Aktivitäten vor Ort sind besonders wertvoll. Der Zürcher Präventionstag 2002 befasste sich eingehend mit dem Thema «Gemeinden fördern Gesundheit».

Die Zürcher Suchtprävention wird als genügend ausgebaut und qualitativ gut bezeichnet. In der übrigen Prävention und in der Gesundheitsförderung bestehen gewichtige Defizite. Nach

Ansicht der Expertinnen und Experten fehlen eine klare Gesamtstrategie, die notwendigen Strukturen, Ressourcen und gesetzlichen Grundlagen. Das Schicksal der in den Zürcher Gesundheitsberichten von 1994 und 1999 vorgeschlagenen Massnahmen muss auch vor diesem Hintergrund gesehen werden: Die Umsetzung erfolgte nur ansatzweise. Für den gesamten Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung müssten die Interventionen systematischer bestimmt, geplant, durchgeführt und evaluiert werden.

Es besteht Konsens, dass eine Weiterentwicklung der Strukturen in Prävention und Gesundheitsförderung Not tut. In welche Richtung diese Entwicklung gehen soll, ist dagegen umstritten. Die Strukturentwicklung muss deshalb im Rahmen eines partnerschaftlichen Prozesses sorgfältig vorangetrieben werden.

Im Bereich Information und Kommunikation besteht Handlungsbedarf. Dies betrifft sowohl die Vernetzung unter den Fachleuten als auch die Kommunikation gegen aussen. Letzteres gilt vor allem für die Gesundheitsförderung. Hier steht Entwicklungsarbeit unter Beteiligung aller Partnerinnen und Partner an.

In Politik und Verwaltung insgesamt und in der Bildungs- und Gesundheitspolitik im Besonderen haben Prävention und in ausgeprägterem Masse Gesundheitsförderung nicht den Stellenwert, der ihnen zukommt. Eine gezielte Informations- und Überzeugungsarbeit könnte diese Situation verbessern.

Insgesamt ist festzustellen, dass eine ähnliche Entwicklung, wie sie bei der Suchtprävention in den 90-er Jahren erfolgt ist, für die Gesundheitsförderung noch aussteht.

4. Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Die folgenden Ziele leiten sich im wesentlichen aus den Grundsätzen von Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 2) und aus der Situationsanalyse (Kapitel 3) ab.

Eine weitere wichtige Referenz sind die 21 Gesundheitsziele der WHO (vgl. 3.2.1). Sie beziehen sich auf sehr heterogene Bereiche (vgl. Anhang B) und reichen von internationaler Solidarität (Ziel 1), über Zielformulierungen für Bevölkerungsgruppen und Problembereiche (Ziele 2 – 13) bis hin zu Versorgungs-, Finanzierungs- und Systemzielen (Ziele 14 – 17, 20, 21) und bildungs- und forschungsbezogenen Zielen (Ziele 18 und 19). Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (SGPG) hat aus diesen 21 Zielen konkretere Teilziele für die Schweiz abgeleitet (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002).

Bei der Zielformulierung für den Kanton Zürich wird unterschieden zwischen wenig spezifischen Oberzielen und konkreteren abgeleiteten Zielen. Letztere sind einerseits Gesundheitsziele, andererseits operative Ziele, die sich auf die Voraussetzungen von Prävention und Gesundheitsförderung beziehen und sich nur mittelbar auf die Gesundheit auswirken.

4.1 Oberziele

Grundsätzlich wollen Prävention und Gesundheitsförderung gesundheitsrelevante Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen in einer ihrer Gesundheit zuträglichen Art beeinflussen. Damit wird das Ziel einer gesünderen, zufriedeneren und leistungsfähigeren Bevölkerung angestrebt. Wesentlich dafür ist Empowerment und Chancengleichheit im Hinblick auf die Belange der Gesundheit. Fortschritte in diesen Bereichen schaffen die individuellen und sozialen Voraussetzungen dafür, dass Einzelne und Gemeinschaften sich selbstverantwortlich um die Belange ihrer Gesundheit kümmern und ihr Gesundheitspotenzial ausschöpfen können.

Ergänzt werden sollen diese Prinzipien durch die Verbesserung der (bereits hohen) Lebensqualität im Kanton Zürich.

4.2 Gesundheitsziele

Die Ziele 2 bis 13 der WHO-Ziele beziehen sich auf bestimmte Zielgruppen und Problembereiche oder Settings :

Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit

Ziel 3: Ein gesunder Lebensanfang

Ziel 4: Gesundheit junger Menschen

Ziel 5: Altern in Gesundheit

Ziel 6: Verbesserung der psychischen Gesundheit

Ziel 7: Verringerung übertragbarer Krankheit

Ziel 8: Verringerung nichtübertragbarer Krankheit

Ziel 9: Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen

Ziel 10: Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt

Ziel 11: Gesünder Leben

Ziel 12: Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden

Ziel 13: Settings zur Förderung der Gesundheit

Gefordert wird bei diesen 12 Zielen in der Regel die Verbesserung der Situation im Bezug auf Gesundheitsindikatoren oder –determinanten. Die 12 Ziele stecken den Themenbereich ab, aus dem künftig auch der Kanton Zürich seine Gesundheitsziele auswählen soll. Wie diese Auswahl geschehen soll, wird in Kapitel 6.2 geschildert.

4.3 Operative Ziele

Unter operativen Zielen sind hier Ziele gemeint, die sich auf politische, konzeptionelle, strukturelle und prozessuale Voraussetzung für Prävention und Gesundheitsförderung beziehen.

Bevölkerung und Fachleute im Kanton Zürich haben einen hohen Informationsstand zu Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Bevölkerung wird mit geeigneten Informationskanälen über Prävention und Gesundheitsförderung informiert und zu präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten motiviert. Die Fachleute verfügen über hohes Know-how in Prävention und Gesundheitsförderung, sind über laufende Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten informiert und untereinander vernetzt.

In den Bereichen, in denen aus gesundheitlicher Sicht der grösste Handlungsbedarf und das grösste Gesundheitspotenzial besteht, werden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt.

Die Bereiche mit dem grössten Handlungsbedarf werden systematisch ermittelt und angemessene, qualitativ gute Massnahmen durchgeführt. Das Feld der möglichen Bereiche wird durch die in Abschnitt 4.2 genannten WHO-Ziele abgesteckt.

Die kantonale Politik und Verwaltung wird unterstützt und beraten, so dass die Verantwortlichen die Auswirkungen von politischen Entscheiden auf die Gesundheit abschätzen und berücksichtigen können. Im Rahmen eines bottom-up-Ansatzes sowie des Subsidiaritätsprinzips gilt dies auch für **Gemeinden**. Ein Kanton, der Gesundheitsförderung betreibt, leistet auch einen wichtigen Beitrag zur **Standortförderung**.

Dieses Ziel hat Ähnlichkeit mit dem Ziel Nr. 14 der 21 WHO Ziele ("Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit") und vor allem zu den daraus abgeleiteten Schweizer Teilzielen: "Bis zum Jahr 2010 haben der Bund und die Kantone ein Instrument für eine gemeinsame, gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickelt. (...). Bis zum Jahr 2020 ist die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Gesetzesvorlagen bei Bund und Kantonen zur Regel geworden." (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002, S. 43).

Der Kanton Zürich verfügt über optimale Strukturen für die Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Dieses Ziel hat eine gewisse Verwandtschaft mit dem Ziel Nr. 20 der 21 Ziele ("Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange"). In den Gesundheitszielen für die Schweiz wird

dazu gesagt: "Man sollte meinen, dass wenigstens die in Public Health und Gesundheitsförderung engagierten Institutionen und Personen am selben Strick ziehen. Doch das Konkurrenzdenken verhindert nicht selten, dass Visionen und Ziele untereinander abgestimmt werden. (...) Nur über eine gemeinsame Sprache und eine vereinte Stossrichtung wird es gelingen, den Kreis zu öffnen und zu erweitern." (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002, S. 60) Was hier über das Verhältnis von Public Health und Gesundheitsförderung gesagt wird, gilt auch für den Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Die Schaffung von optimalen Strukturen ist eine wichtige Voraussetzung für partnerschaftliche Zusammenarbeit.

Zürich wird zu einem innovativen und führenden Kanton im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

Mit der Formulierung eines Konzeptes für Prävention und Gesundheitsförderung setzt der Kanton Zürich in einem Teilgebiet Ziel 21 der WHO Ziele um: "Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden."

Aufgrund dieser Ziele werden die Strategien von Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet (vgl. Kapitel 6).

5. Grundsätze für die Umsetzung

Für alle Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten im Kanton Zürich sollen die anerkannten Grundsätze der heutigen Gesundheitsförderung gelten.

5.1 Empowerment und Selbstverantwortung

Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten entsprechen dem Prinzip des Empowerment und fördern damit den selbstverantwortlichen Umgang der Menschen mit ihrer Gesundheit.

Gemäss der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zielt die Gesundheitsförderung "auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Dieses Ziel entspricht weitgehend dem, was unter "Empowerment" verstanden wird. Es gilt als ein Grundprinzip der Gesundheitsförderung. Der Begriff hat sich auch im deutschen Sprachgebrauch etabliert und kann mit Autonomie, Selbstbestimmung oder auch mit Kontrolle über die Umgebung umschrieben werden.

Empowerment setzt bei den Lebensbedingungen und den Ressourcen von Einzelnen und Gruppen an und will die Stärken und Fähigkeiten von Menschen auch (und gerade) in schwierigen Situationen wecken und entwickeln, damit es diesen Menschen (wieder) möglich ist, ihr weiteres Leben und ihre soziale Umwelt so weit als möglich zu bestimmen und zu gestalten.

Empowerment ist ein Konzept, das den Menschen als Teil seiner sozialen Umgebung sieht und diese als unterstützende Kraft nutzt. Untersuchungen haben gezeigt, dass Menschen, die ihre Lebenswelten aktiv mitgestalten, sich einmischen, ein geschärftes, kritischanalytisches Verständnis von sozialen und politischen Verhältnissen gewinnen. Zudem entwickeln sie ein gestärktes Vertrauen in das individuelle und kollektive Vermögen, ihre Umgebung zu gestalten.

Das Handlungsziel der Gesundheitsförderung muss also sein, den Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Leben zur Verfügung zu stellen. Es kann demnach nicht darum gehen, den Menschen den "richtigen Weg" zu zeigen. Vielmehr besteht die Herausforderung für Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsförderung darin, einen Prozess zu ermöglichen und anzustossen, durch den Personen innerhalb sozialer Systeme persönliche, organisatorische oder gemeinschaftliche Ressourcen erkennen können. Diese sollen sie dazu befähigen, grössere Kontrolle über ihr eigenes Leben und damit über ihre Gesundheit zu gewinnen. Eine spezielle Form des Empowerments ist die Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

5.2 Partizipation

Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten streben eine möglichst hohe Partizipationsintensität an.

Partizipation ist ein zentrales Postulat heutiger Konzepte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Es gibt unterschiedliche Erscheinungsformen und Intensitäten der Partizipa-

tion von Personen und Akteurinnen und Akteuren. Sie kann von der Information bis zur institutionalisierten Entscheidungsmacht reichen. Es hängt von den jeweiligen Aktivitäten ab, welche Form und Intensität von Partizipation angebracht ist.

5.3 Kooperation und Netzwerkbildung

Partnerinnen und Partner in kantonale unterstützten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten verpflichten sich zur Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren. Netzwerke sind die anzustrebende Form der Zusammenarbeit.

Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken aller Akteurinnen und Akteure, die auf die Gesundheit Einfluss haben, besagt die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Es sind unterschiedliche Formen der Kooperation möglich. Die Bildung von Netzwerken ist eine Form, die sich in der Gesundheitsförderung als besonders geeignet erwiesen hat. Unter einem Netzwerk wird hier eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen verstanden, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist. Ein Beispiel dafür ist das Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen. Netzwerke ermöglichen horizontales Lernen, eine der effizientesten und erfolgreichsten Gesundheitsförderungsstrategien. Gemeint ist damit das gegenseitige Lernen und der Erfahrungsaustausch unter Akteurinnen und Akteuren, die in einer ähnlichen oder der gleichen Situation stehen. Kooperation kann aber auch Beratung der einen Organisation durch die andere sein, falls deutliche Unterschiede bezüglich des Know-hows bestehen.

5.4 Chancengleichheit

Kantonale unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten dürfen sich nicht negativ auf die Chancengleichheit auswirken und sollen diese in der Regel verbessern.

Bildungsstand, Nationalität, Geschlecht und ökonomische Situation beeinflussen nachweislich die Gesundheitschancen. Kantonal beeinflusste Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten sollen die Chancengleichheit positiv beeinflussen.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern zu richten. "Gender Mainstreaming" bedeutet, die geschlechtsspezifischen Realitäten in allen Tätigkeiten und Vorhaben miteinzubeziehen, damit die Bedürfnisse beider Geschlechter gleichermaßen zum Zug kommen – z.B. bei der Planung von Projekten, beim Entscheid über den Einsatz von Ressourcen, aber auch in der Personalpolitik. Dies bedeutet für das vorliegende Konzept, dass u.a. bei der Bildung von Gremien/Instanzen ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis angestrebt werden muss. Die Verwirklichung der tatsächlichen Gleichstellung von Frau und Mann ist bei allen geplanten und durchgeführten Aktivitäten und Massnahmen – wo nötig durch Fördermassnahmen – aktiv anzustreben.

5.5 Subsidiarität

Organisationen und Personen, die einen engen Bezug zu einer bestimmten Lebenswelt haben, sollen bei der Konzeption und in der Umsetzung von Projekten in dieser Lebenswelt primär berücksichtigt werden.

Subsidiarität ist ein gesellschaftspolitisches und methodisches Prinzip, wonach übergeordnete (gesellschaftliche) Einheiten nur solche Aufgaben übernehmen sollen, zu deren Wahrnehmung untergeordnete Einheiten nicht in der Lage sind. Es fällt schwer, Inhalt und Tragweite des Prinzips allgemein zu bestimmen. Angewandt auf den konkreten Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich jedoch Aussagen machen, die in der Umsetzung handlungsleitend sein können:

- Gesundheitsförderung und Prävention sollen dort ansetzen, wo Lebensstile entstehen und gelebt werden, d.h. in den (lokalen) Lebenswelten. Personen und Institutionen vor Ort kennen diese Lebenswelten in der Regel am besten und haben damit auch die besten Chancen, adäquat zu intervenieren.
- Mit der Berücksichtigung basisnaher gesellschaftlicher Einheiten und Partnerinnen und Partner ist eher gewährleistet, dass diese ernst genommen werden und ihre spezifischen Bedingungen (z.B. Milizorganisation, Freiwilligkeit) und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Damit wird man der Idee von "Befähigen und Ermöglichen" gerecht.

Bezüglich der engeren Thematik der Auswahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten kann gezeigt werden, wie die Anwendung des Subsidiaritätsprinzips zu unterschiedlichen Resultaten führen kann, was die Rolle von zentralen bzw. dezentralen Organisationen anbelangt:

Nationale und internationale Erfahrungen zeigen, dass lokale Projekte basisnaher Organisationen bezüglich Effizienz, Innovation und Nachhaltigkeit sehr gut abschneiden. Entsprechende Projekte sind deshalb für die Gesundheitsförderung auch als Impulsgeber von grossem Interesse, sollten gefördert und die Ansätze aufgenommen werden (**Bottom-up-Ansatz**). Angesichts interkantonalen Kooperation, wachsender Unterstützung durch nationale Institutionen (BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Radix, etc.) und des Know-hows etwa der Zürcher Hochschulen ist es jedoch auch wichtig, deren Impulse für die kantonale Gesundheitsförderung nutzbar zu machen (**Top-down-Ansatz**). Beide Ansätze haben ihre Berechtigung und sollen situationsgerecht zur Anwendung gelangen.

5.6 Längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung

Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten sind so zu gestalten, dass sie eine lang dauernde Wirkung entfalten können.

Im Bereich aller vier Strategien des Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung und der Einzelprojekte ausserhalb der Hauptstrategien wird auf eine längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung abgezielt.

6. Vier Strategien zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Prävention und Gesundheitsförderung folgen im Kanton Zürich vier Hauptstrategien, die aus den operativen Zielen in Kapitel 4 abgeleitet wurden. Sie haben einen stark unterschiedlichen Charakter:

- **Strategie 1: Information und Kommunikation** (vgl. 6.1)
Strategie 1 bezieht sich auf eine Grundfunktion des Gesamtsystems und damit auch auf die übrigen Strategien. Ausserdem umfasst sie mit Kampagnen auch "unabhängigere" Projekte ohne Infrastrukturcharakter.
- **Strategie 2: Durchführung von Schwerpunktprogrammen** (vgl. 6.2)
Strategie 2 bezweckt eine Systematisierung der Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen sowie der Ressourcenverteilung.
- **Strategie 3: Unterstützung für Politik und Verwaltung** (vgl. 6.3)
Strategie 3 könnte auch als Dauer-Schwerpunktprogramm bezeichnet werden. Was gleich bleibt ist jedoch nur der Grundsatz der Unterstützung für Politik und Verwaltung. Die Themen werden mit der politischen Agenda und dem Handlungsbedarf in gesundheitlichen Fragen wechseln.
- **Strategie 4: Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen** (vgl. 6.4)
Im Unterschied zu den Strategien 1 bis 3 richtet sich diese Strategie ausschliesslich gegen "innen". Die Akteurinnen und Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung sollen gemeinsam Strukturen im Kanton Zürich entwickeln.

Strategien 1–3 sind bei der Umsetzung dieses Konzeptes prioritär. Die entsprechenden Arbeitsgruppen und Kommissionen werden unmittelbar nach dem Auftrag an das ISPM zur Umsetzung des Konzeptes eingesetzt und entsprechend beauftragt.

Die Strategie 4 wird erst in einer späteren Phase der Konzeptumsetzung angegangen. Der Grundsatz der Partizipation nimmt bei der Strukturbildung eine wichtige Rolle ein. Es ist erstrebenswert, dass alle in Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteurinnen und Akteure, Organisationen und Institutionen sowie in diesem Bereich Interessierte an einem Strukturbildungsprozess teilnehmen.

Ein Forum (vgl. 6.4.3), das allen in Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Akteurinnen und Akteuren, Organisationen und Institutionen sowie in diesem Bereich Interessierten im Kanton Zürich offen steht, wird ebenfalls neu gegründet. Die Rolle dieses Forums wird noch zu bestimmen sein.

Das Kapitel 6.6 enthält ein Organigramm und ein Schema mit Funktionsbeschreibung der Gremien, die für die Umsetzung des Konzeptes zuständig sind.

Sollten sich thematische Überschneidungen zu bereits bestehenden Aktivitäten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ergeben, wird Kooperation und Synergienutzung angestrebt. Ansonsten sollen bewährte Massnahmen und Strukturen (dies gilt z.B. für die Suchtprävention) durch die vorgeschlagenen Strategien nicht tangiert werden. Vorbehalten bleiben Änderungen in einer späteren Phase durch Strategie 4.

Es soll möglich sein, neben diesen vier Strategien auch **Einzelprojekte** zu unterstützen (vgl. 6.5).

6.1 Strategie 1: Information und Kommunikation

Tab. 1: Arbeitsgruppe Information und Kommunikation

| Eingesetzt von | Zusammensetzung | Aufgaben | Funktion des ISPM |
|----------------|--|--|---|
| ISPM | <ul style="list-style-type: none"> • Max. 7 Personen: Fachleute der Kommunikation für Prävention und Gesundheitsförderung | <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikative Begleitung/Unterstützung • Öffentlichkeitsarbeit sämtlicher Strategien und Einzelprojekte • Koordination von Informationsaktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich | <ul style="list-style-type: none"> • Einsetzung der AG • Bestimmt Präsidium • Sekretariatsfunktion |

Die erforderliche Kommunikations- und Informationsstruktur wird – ausgehend von einer noch vorzunehmenden Analyse des Status quo – unterhalten (Öffentlichkeitsarbeit, Periodika, Kampagnen, Internet, Veranstaltungen, Gremien, Befragungen, etc.).

Information und Kommunikation sollen die Themen der Hauptstrategien und die weiteren unterstützten Einzelprojekte optimal begleiten. Sie soll aber auch über Geschehnisse in Prävention und Gesundheitsförderung berichten, die unabhängig von den hier geschilderten Institutionen und Strukturen ablaufen.

Es ist eine Zwei-Weg-Kommunikation anzustreben. Die für Information und Kommunikation zuständige Arbeitsgruppe soll einerseits Informationen an das jeweilige Zielpublikum (Öffentlichkeit, Medien, Fachleute, etc.) vermitteln und andererseits Impulse aus breiten Bereichen und Kanälen aufnehmen und in geeigneter Weise weiterverarbeiten bzw. -vermitteln. Dazu ist unter anderem die Schaffung verschiedener Informations- und Kommunikationsgefässe notwendig.

Mit der Zwei-Weg-Kommunikation ist das Idealziel verbunden, dass die Informationsempfänger die passive Rolle des "Publikums" überwinden können und es zu einem gleichberechtigten Dialog kommt. Es gibt Informationsgefässe, mit denen diesem Ziel eher entsprochen werden kann (Internet, Veranstaltungen, Gremien, Befragungen). Bei anderen Gefässen ist eine Zwei-Weg-Kommunikation nur bedingt möglich und zum Teil auch nicht sinnvoll (z.B. Kampagnen).

Die Informations- und Kommunikationsstruktur ist in Einklang mit der Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen zu konzipieren.

6.1.1 Öffentlichkeitsarbeit

Die Arbeitsgruppe Information und Kommunikation hat dafür zu sorgen, dass folgende Aufgaben der Öffentlichkeitsarbeit erfüllt werden:

- Kontinuierliche Information über die Akteurinnen und Akteure von Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Arbeit und Angebote;
- Promotion der Schwerpunktprojekte und weiterer unterstützter Einzelprojekte;
- Information über gesundheitsrelevante Aspekte von Gesetzgebungs- und Verwaltungsprozessen.

Die Arbeitsgruppe kann diese Öffentlichkeitsarbeit selber leisten oder dafür besorgt sein, dass andere sie übernehmen.

Zielpublikum: Medien, breite Öffentlichkeit.

6.1.2 Informationskanäle

Periodika und weitere Publikationen: Es wird zu prüfen sein, welche Periodika im Kanton Zürich künftig sinnvoll sind. In die Analyse sind die bereits bestehenden Periodika (national, kantonale, regional) und ihre Ziele sowie Zielpublika einzubeziehen. Kooperation und Koordination sind anzustreben. Neben gedruckten Publikationen sind auch elektronische Newsletter in die Überlegungen einzubeziehen.

Nach Bedarf können weitere Spezialpublikationen veröffentlicht werden. Neben Themen der Gesundheitsberichterstattung können dazu namentlich Schwerpunktkonzepte gehören (vgl. 6.2.2).

Zielpublikum: Fachleute und interessierte Laien.

Kampagnen: Kampagnen sollen in der Regel einen Bezug haben zu den Schwerpunktprogrammen gemäss Strategie 2.

Daneben sind kontinuierliche Kampagnen zu gewissen Themen denkbar (z.B. Suchtprävention).

Zielpublikum: Breite Öffentlichkeit.

Internet: Internet ist ein Medium, das die Zwei-Weg-Kommunikation erlaubt. Es sollen moderierte Diskussionsforen zu verschiedenen Themen angeboten werden. Daneben können auch personenorientierte praktische Informationen angeboten werden (Gesundheitstipps, Kochtipps, "Gesundheits-Agenda auf dem Netz", etc.). Die Information kann zum Abholen bereitgestellt oder via elektronischem Newsletter zugestellt werden. Die oben erwähnten Publikationen (Periodika und weitere Publikationen) sollen auch auf dem Internet vorliegen.

6.1.3 Diskussionsgefässe

Der Fluss der Informationen vom "Publikum" (vgl. 6.1) zu den zuständigen Arbeitsgruppen und Gremien ist schwerer zu bewerkstelligen als umgekehrt. Werden die in diesem Abschnitt genannten Instrumente richtig gehandhabt, ergeben sich die besten Chancen einer solchen Kommunikation.

Foren: Im Rahmen von Foren (inkl. Internetforen) kann eine breite Palette von Themen diskutiert werden. Dieses Instrument kommt etwa im Zusammenhang mit der Entwicklung von Schwerpunktkonzepten in Frage. Sie eignen sich aber auch zur Meinungsbildung im Zusammenhang mit neuen Problemen, Methoden, etc. Bei Foren sollen die Inputs der Teilnehmenden im Zentrum stehen.

Veranstaltungen: An Veranstaltungen (Tagungen, Seminare, Kurse) kommen die wesentlichen Inputs von den für die Veranstaltung Verantwortlichen sowie von Referentinnen und Referenten. Die Teilnehmenden reagieren vor allem auf diese Inputs. Wichtig ist, dass die Reaktionen ernst genommen und in geeigneter Form zum Tragen kommen.

Gremien: In fest zusammengesetzten Arbeitsgruppen oder Netzwerken können bestimmte Themen kontinuierlich diskutiert werden.

Befragungen: Befragungen können dazu dienen, in bestimmten Teilgebieten Informationslücken zu füllen. Dabei kann es sowohl um Fakten als auch um Meinungen gehen. Neben der Informationsbeschaffung können sie auch der Sensibilisierung und Mobilisierung der Befragten dienen.

6.2 Strategie 2: Durchführung von Schwerpunktprogrammen

Gesundheitsfördernde Aktivitäten sollen durch Schwerpunktsetzungen strukturiert und konzentriert werden. Schwerpunkte können Settings (z.B. Arbeitswelt, Schule, Gemeinde, Familie, etc.), Bevölkerungsgruppen (Jugendliche, Migrantinnen und Migranten, Arbeitslose, etc.) oder Problembereiche (Krebsprävention, Sucht, etc.) sein. Zur Veranschaulichung werden im Anhang D zwei im Entstehen begriffene Schwerpunktprogramme kurz vorgestellt.

Ein Schwerpunktprogramm umfasst die Elemente Themenwahl, Konzepterarbeitung und Konzeptumsetzung. Die Dauer eines Schwerpunktprogramms kann variieren und ist dem Thema anzupassen. Die Häufigkeit, mit der neue Schwerpunktprogramme gestartet werden, hängt vom Finanzbedarf der einzelnen Programme und von der Finanzierungsbereitschaft der privaten und staatlichen Geldgeber ab. Es ist denkbar, dass mehrere Programme, die nur bescheidene Mittel erfordern, parallel laufen. Bei teuren Programmen dürfte dies schwieriger sein.

Abb. 5: Beispiel für die gestaffelte Durchführung unterschiedlich grosser* Schwerpunktprogramme (SPP)

| | Phase 1: Themenwahl | Phase 2: Konzepterarbeitung | Phase 3: Konzeptumsetzung |
|--------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| SPP 1 | | | |
| SPP 2 | | | |
| SPP 3 | | | |
| SPP 4 | | | |
| SPP 5 | | | |

ca 8 – 12 Mte ca 12 Mte mind. 1 Jahr, nach oben offen

* Die Höhe der Zeilen symbolisiert die Kosten eines SPP für den Kanton.

Grundsätzlich kann jede Person oder Organisation Vorschläge für mögliche Schwerpunkte machen. Die erweiterte Sanitätskommission sammelt die Vorschläge und wählt die Schwerpunktthemen nach Massgabe einer festgelegten Liste von Kriterien (vgl. 6.2.1) aus. Sie begründet die Nichtwahl von vorgeschlagenen Themen zuhanden der Vorschlagenden. Die erweiterte Sanitätskommission stellt die zur Umsetzung des Konzeptes notwendigen Anträge an die privaten und staatlichen Geldgeber.

Nach § 3 des Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 bestellt der Regierungsrat zur fachlichen Beratung der Direktion des Gesundheitswesens eine aus neun bis elf Mitgliedern bestehende Sanitätskommission. Die Kommission kann weitere Fachleute beiziehen. Seit anfangs der 90-er Jahre hat sich die so erweiterte Sanitätskommission ausschliesslich mit Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung auseinandergesetzt. Die erweiterte Sanitätskommission wird durch den Direktor des ISPM präsiert.

Tab. 2: Die erweiterte Sanitätskommission bestimmt das Schwerpunktthema

| Eingesetzt von | Zusammensetzung | Aufgaben | Funktion des ISPM |
|-----------------------|--|--|--|
| Sanitätskommission | <ul style="list-style-type: none"> • Erweiterte Sanitätskommission • ca. 15 Personen, davon 2/3 als Vertretungen der Gesundheitsberufe | <ul style="list-style-type: none"> • Auswahl des Schwerpunktthemas nach Massgabe der festgelegten Kriterienliste (vgl. 6.2.1) • Abklärung Finanzierung • Anträge an die Direktionen/Regierung | <ul style="list-style-type: none"> • Präsidium • Sekretariat • Koordinationsaufgaben zw. erw. Sanitätskommission und Kommission Schwerpunktprogramm |

Die erweiterte Sanitätskommission, die für die Themenwahl zuständig ist, trifft Entscheide aus möglichst übergeordneter Warte. Es ist darauf zu achten, dass Eigeninteressen einzelner Akteurinnen und Akteure dabei nicht zu stark ins Gewicht fallen.

6.2.1 Grundlagen, Voraussetzungen, Daten für die Schwerpunktsetzung

Um Schwerpunkte zu wählen wird eine Reihe von Informationen und Voraussetzungen beachtet. Dazu gehören namentlich

- die Ziele gemäss Kapitel 4;
- die 21 WHO Ziele der Gesundheit²¹;
- Daten aus der Gesundheitsberichterstattung (nationale und kantonale Daten) und
- weitere Daten aus Forschung und Praxis.

Zu berücksichtigen ist auch die gesellschaftliche/politische Resonanz eines Themas. Für die Identifikation von Gesundheitspotenzialen müssen ausserdem Trends und Entwicklungen in der Gesundheitsförderung beobachtet und die Effektivität und Effizienz von Massnahmen geprüft werden.

Zentral ist die Abstimmung der Schwerpunkte auf bestehende Aktivitäten im Kanton, auf interkantonalen und auf nationaler Ebene (Gesundheitsförderung Schweiz, BAG, etc.). Es gelten die Prinzipien der Subsidiarität und Kooperation (vgl. 5).

Bei sonstiger Gleichwertigkeit erhalten Schwerpunkte den Vorzug,

- die voraussichtlich einen positiveren Effekt auf die Chancengleichheit haben; dabei ist insbesondere auch der Ansatz des Gendermainstreaming zu berücksichtigen;
- zu denen Interventionsmassnahmen existieren, deren Effektivität und Effizienz nachweislich besser sind.

In einer Übergangsphase besonders beachtet werden sollen die im Gesundheitsbericht 1999 vorgeschlagenen 7 Massnahmen. Die erweiterte Sanitätskommission, die für die Themenwahl zuständig ist, soll im Jahr 2004 zwei Themen aus diesem Massnahmenkatalog wählen. Die vorgeschlagenen Themen waren Chancengleichheit, Volksschule, Jugendliche, Umwelt, Suchtprävention, betriebliche Gesundheitsförderung, sowie Bewegung-Ernährung-Entspannung. Es sollte darauf geachtet werden, dass für einen der gesetzten Schwerpunkte bereits ein Konzept vorliegt, so dass unverzüglich – unter der Voraussetzung, dass die nötigen finanziellen Mittel vorhanden sind – die Umsetzungsphase in Angriff genommen werden kann. Im Anhang D dieses Konzeptes wird auf die Kampagne Bewegung-Ernährung-Entspannung sowie auf die Betriebliche Gesundheitsförderung detailliert eingegangen.

6.2.2 Schwerpunktkonzepte

In der Regel wird für den gewählten Schwerpunkt ein Konzept erstellt. Die neu zu gründende Kommission Schwerpunktprogramm bestimmt, wer für die Erarbeitung des Schwerpunktkonzeptes verantwortlich ist. Dafür liegen vom Budget des ISPM maximal Fr. 80 000.– zur Verfügung. Der Auftragnehmer verfügt über das notwendige fachliche und methodische Know-how, die notwendige technische und personelle Infrastruktur und über ein gut ausgebautes Netzwerk im Schwerpunktbereich. Er bezieht die im Schwerpunktbereich tätigen Akteurinnen und Akteure sowie Stellen und Personen, die im entsprechenden Bereich über Einfluss verfügen,

in die Erarbeitung des Schwerpunktkonzeptes in geeigneter Art und Weise ein. Es ist die Bildung eines Netzwerkes und ein hohe Partizipationsintensität anzustreben. Soweit wie möglich sollen Initiativen, die von basisnahen Organisationen aufgezogen wurden, ins Konzept integriert und in der Umsetzung unterstützt werden (vgl. die Grundsätze unter 5).

Ein Schwerpunktkonzept handelt in der Regel folgende Punkte ab:

- Status Quo im betreffenden Schwerpunktbereich bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung inkl. Darstellung der relevanten politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von Interessenkonstellationen;
- Darstellung des nationalen und interkantonalen Kontextes;
- Dauer des Schwerpunktprogramms / Ablauf des Programms mit Meilensteinen;
- Kostenwirkungen der vorgeschlagenen Aktivitäten für die privaten und öffentlichen Programmpartnerinnen und -partner;
- Sicherstellung der Finanzierung; Finanzierungspartner sollen identifiziert werden;
- Vorschlag einer für die Durchführung des Programms geeigneten Institution/Person;
- Auswirkungen des Schwerpunktkonzeptes auf die Chancengleichheit;
- Aussagen zur längerfristigen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung im gewählten Schwerpunktbereich.

Im Übrigen stellt die Programmleitung sicher, dass die Anforderung an Projektmanagement und Evaluation gemäss 7.4.2 erfüllt werden.

Die Erarbeitung des Schwerpunktkonzeptes wird intern und/oder extern durch eine geeignete Stelle evaluiert. Die Kommission Schwerpunktprogramm verabschiedet das Schwerpunktkonzept. Das durch die erweiterte Sanitätskommission festgelegte Budget des ausgewählten Schwerpunktthemas (je nach Thema betrifft dies eine unterschiedliche Direktion) definiert den maximalen Budgetrahmen des ausgearbeiteten Konzeptes, sofern nicht andere Mittel gefunden werden.

Der Grundsatz, wonach die Direktionen für Programme und Einzelprojekte aus ihrem Zuständigkeitsbereich die Kosten zu übernehmen haben, wurde bereits in einem Regierungsratsbeschluss festgehalten. Dies ist zu begrüßen und trägt dem Postulat Rechnung, wonach Prävention und Gesundheitsförderung Querschnittsaufgaben sind, mit der sich alle Politikbereiche auseinandersetzen sollten (vgl. die Ausführungen zur gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik unter 2.3). Anträge an den Kanton werden durch das ISPM gestellt.

Entsprechen die verschiedenen beteiligten Partnerinnen und Partner den Anträgen, bestimmt die Kommission Schwerpunktprogramm den/die Programmverantwortliche/n und erteilt den Auftrag zur Umsetzung des Konzeptes.

Tab. 3: Kommission Schwerpunktprogramm

| Eingesetzt von | Zusammensetzung | Aufgaben | Funktion des ISPM |
|----------------|---|---|---|
| ISPM | <ul style="list-style-type: none"> Max. 9 Personen: Fachleute Prävention und Gesundheitsförderung; Gesellschaftliche Akteure wie Gemeinden, Landeskirchen u.a.m. | <ul style="list-style-type: none"> Trifft Entscheide zur operativen Umsetzung von Schwerpunktprogrammen Auftrag erteilen für Ausarbeitung des Konzeptes Verabschiedung des Konzeptes Auftrag definieren für Umsetzung des Konzeptes | <ul style="list-style-type: none"> Setzt die Kommission ein Bestimmt Präsidium Sekretariatsfunktion Finanzkompetenz |

6.2.3 Umsetzung der Schwerpunktkonzepte

Personen und Institutionen, die an der Umsetzung der Schwerpunktthemen beteiligt sind, verfügen über das zur Erfüllung ihrer Aufgabe notwendige fachliche und methodische Know-how sowie die notwendige technische und personelle Infrastruktur.

Die Bestimmung der entsprechenden Personen und Institutionen geschieht durch den/die Programmverantwortliche/n, soweit das Schwerpunktkonzept nichts anderes vorsieht.

Der oder die Programmverantwortliche/n ist/sind für das Projektmanagement und die Berichterstattung an die Kommission Schwerpunktprogramm verantwortlich.

Tab. 4: Prozess für ein Schwerpunktprogramm, SPP (fiktives Beispiel)

| Was | Wann beendet (Beispiel) |
|--|-------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Jede Institution, Forum, kann einen Vorschlag gemäss einer Kriterienliste für ein SPP machen. | Bis Frühjahr 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> Die erw. Sanitätskommission sammelt die Vorschläge und muss innerhalb eines halben Jahres ein Schwerpunktthema auswählen. | Ab Frühjahr 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> Die erw. Sanitätskommission muss innerhalb dieses halben Jahres die Finanzierbarkeit des SPP abklären. In Abhängigkeit des SPP werden unterschiedliche Direktionen angefragt. | Herbst 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> Wahl des Schwerpunktthemas durch die erw. Sanitätskommission ist erfolgt. | Herbst 2005 |
| <ul style="list-style-type: none"> Die Kommission Schwerpunktprogramme erteilt an eine Institution den Auftrag, für das ausgewählte SPP ein Konzept zu erarbeiten. Dafür liegen vom Budget des ISPM max. Fr. 80 000.– bereit. | Herbst 2006 liegt Konzept vor |
| <ul style="list-style-type: none"> Das Budget des Regierungsrates und dasjenige des Konzeptes liegen vor. Beide Budgets müssen übereinstimmen. | Herbst 2006 |
| <ul style="list-style-type: none"> Die Kommission Schwerpunktprogramme erteilt an Institutionen den Auftrag, das Konzept umzusetzen. | Anfang 2007 |
| <ul style="list-style-type: none"> Beginn Umsetzung des Konzeptes | Mitte 2007 |

6.3 Strategie 3: Unterstützung für Politik und Verwaltung

Es werden diejenigen Voraussetzungen geschaffen, die einerseits sicherstellen, dass gesundheitsrelevante Themen und der entsprechende Handlungsbedarf identifiziert werden und die es andererseits ermöglichen, die jeweils notwendigen Informationen zusammenzustellen und den politischen Entscheidungsträgern (Parlament und Exekutive) in Kanton und Gemeinden zur Verfügung stellen.

6.3.1 Identifizierung von gesundheitsrelevanten Themen und Handlungsbedarf

Die für diesen Bereich zuständige erweiterte Sanitätskommission hält sich auf dem Laufenden über den Gesetzgebungsprozess und identifiziert Geschäfte, die von besonderer Relevanz für die Gesundheit sind. Sie pflegt dazu den Kontakt mit staatlichen Stellen und Personen, aber auch mit weiteren Institutionen, die über relevante Informationen verfügen.

6.3.2 Information beschaffen

Wenn sich zeigt, dass Handlungsbedarf gegeben ist, sorgt die erweiterte Sanitätskommission für die Zusammenstellung jener Informationen, die den Prozess zugunsten der Gesundheitsförderung beeinflussen können. Sie pflegt dazu den Kontakt mit Personen und Stellen, die über entsprechendes Know-how verfügen.

6.3.3 Information vermitteln

Die erweiterte Sanitätskommission sorgt – wo immer möglich in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen – dafür, dass die beschafften Informationen in die für die Beeinflussung des Prozesses richtigen Kanäle gelangen. Ausserdem pflegt sie kontinuierlich den Kontakt zu kantonalen und Gemeindebehörden und steht diesen auch für Beratung zur Seite.

6.4 Strategie 4: Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen

Gesundheitsförderung und Prävention verlangen ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung breiter Kreise, welche die Gesundheit beeinflussen können. **Institutionelle und organisatorische Gegebenheiten** sowie die **Kompetenz- und Aufgabenverteilung** sind heute im Kanton Zürich nicht überall so ausgestaltet, dass sie eine solche Zusammenarbeit begünstigen würden (vgl. 3.3). Im Sinne des Grundsatzes der Partizipation (vgl. 5.2) sollen Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung deshalb in einem partnerschaftlich gestalteten Prozess die Strukturen, Verantwortlichkeiten und Abläufe im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich gemeinsam neu definieren. Ziel ist die Integration, Optimierung und Ergänzung historisch gewachsener Strukturen. In den künftigen Organisationsstrukturen sollen staatliche und private, kleine und grosse, thematisch eng und breit orientierte Organisationen ihren Platz finden. Die Einleitung der Strategie 4 ist den drei anderen Strategien zeitlich nachgelagert.

6.4.1 Organisationsvarianten

Die angestrebten Ziele können in sehr unterschiedlichen Strukturen erreicht werden. Es gilt daher, grundlegende Organisationsmöglichkeiten gegeneinander abzuwägen. Wie zentral, wie dezentral sollen die neuen Strukturen sein? Welche Rolle spielen die Akteure der öffentlichen Hand (Kanton und Gemeinden), welche die Privaten?

Aufgrund der vorgeschlagenen Strategien ist eine zentrale Einheit, welche z.B. die Schwerpunktthemen wählt und für Information und Kommunikation verantwortlich ist, in der künftigen Struktur unumgänglich. Das Subsidiaritätsprinzip verlangt gleichzeitig, dass Partnerinnen und Partner vor Ort eine wichtige Rolle spielen. Weiter bedingt die Absicht, möglichst viele Akteurinnen und Akteure partizipieren zu lassen, dass sowohl private als auch staatliche Institutionen berücksichtigt werden müssen. Es dürfte somit klar sein, dass die künftige Struktur zentrale und dezentrale Elemente kombinieren wird und dass sowohl staatliche als auch private Organisationen darin eine Rolle spielen werden.

Als integrierende Einheit der zukünftigen Struktur wäre etwa eine Stiftung oder ein Verein denkbar. Sie könnte lediglich als Plattform dienen oder aber mit weitergehenden Kompetenzen ausgestattet sein.

Als Geldgeber wird der **Kanton** in der künftigen Struktur zweifellos weiterhin eine Rolle spielen. Via das ISPM wird er seine Gelder sprechen und gewisse Anforderungen an die verschiedenen Aktivitäten stellen. Damit ist ein staatliches (und zentralistisches) Element in der Organisation vorgegeben, soweit der Kanton finanziell beteiligt ist.

Das **dezentrale Element** der künftigen Organisation könnten Gemeinden, Jugendsekretariate, Fachstellen, Vereine, Betriebe, etc. sein, die in Koordination mit der zentralen Einheit Interventionen durchführen würden. Diese Aufzählung macht klar, dass auch hier sowohl staatliche, als auch private Institutionen beteiligt sein werden.

Bei der Bestimmung der künftigen Strukturen müssen Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten bedacht werden.

- Systeme mit breiter Beteiligung, geteilter Verantwortung und hoher Partizipationsintensität bedingen aufwändige und komplexe Verfahren mit einem Hang zur Schwerfälligkeit. Sie entsprechen den Grundsätzen von Prävention und Gesundheitsförderung.
- Wird die Verantwortung stärker konzentriert, erleichtert dies die Steuerung des Systems. Die Partizipation und damit allenfalls die Bereitschaft zur Kooperation kann darunter leiden.
- Es ist ein System zu wählen, in dem Partikularinteressen nicht dominierend oder blockierend werden können.

Ein Blick in die umgebenden Kantone und Länder zeigt, dass eine Vielzahl von Organisationsmodellen denkbar ist. Einem Entscheid dazu kann und soll deshalb in diesem Konzept nicht vorgegriffen werden. Überlegungen zum künftigen Qualitätsmanagement sollten den Entwicklungsprozess von Anfang an begleiten und beeinflussen.

6.4.2 Wie wird die künftige Struktur erarbeitet?

Nach der Integration des vorliegenden Konzepts in den Aufgabenbereich des ISPM durch den Regierungsrat, wird das ISPM mit der Umsetzung der Strategien 1–3 beginnen resp. die dafür notwendigen, beschriebenen Gremien einsetzen. Der Strukturentwicklungsprozess

(Strategie 4) wird erst in einem zweiten Schritt initiiert. Das ISPM wird mit den Akteurinnen und Akteuren von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich Kontakt aufnehmen und sie motivieren, am Prozess teilzunehmen. Es werden in diesem Prozess vor allem die in 6.1.3 beschriebenen Diskussionsgefässe zum Einsatz kommen. Sie ermöglichen eine Zwei-Weg-Kommunikation, die am ehesten eine starke Partizipation ermöglicht.

6.4.3 Forum

Ein neu zu gründendes «Forum Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich» steht für alle in diesem Bereich tätigen Akteurinnen und Akteure, Organisationen, Institutionen sowie für Interessierte offen. Das Forum diskutiert Massnahmen aller vier Strategien, steuert Vorschläge für Schwerpunktthemen bei, ist für den Informationsaustausch, die Vernetzung unter den Akteurinnen und Akteuren sowie für Weiterbildungsaktivitäten innerhalb der Prävention und Gesundheitsförderung zuständig. Beim Strukturentwicklungsprozess spielt dieses Forum eine wichtige Rolle.

Tab. 5: Forum

| Zusammensetzung | Aufgaben | Funktion des ISPM |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen/Organisationen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich • Vertreter aus Forschung und Entwicklung zu Prävention und Gesundheitsförderung | <ul style="list-style-type: none"> • Diskutiert alle Massnahmen sämtlicher Strategien • Sammelt Vorschläge für Schwerpunktthemen • Beratendes Gremium für alle Strategien | <ul style="list-style-type: none"> • Organisation von Meetings • Koordinationsaufgaben zwischen Forum und anderen Gremien/Arbeitsgruppen/Kommissionen • Sekretariatsfunktion |

6.5 Unterstützung von Einzelprojekten ausserhalb der vier Strategien

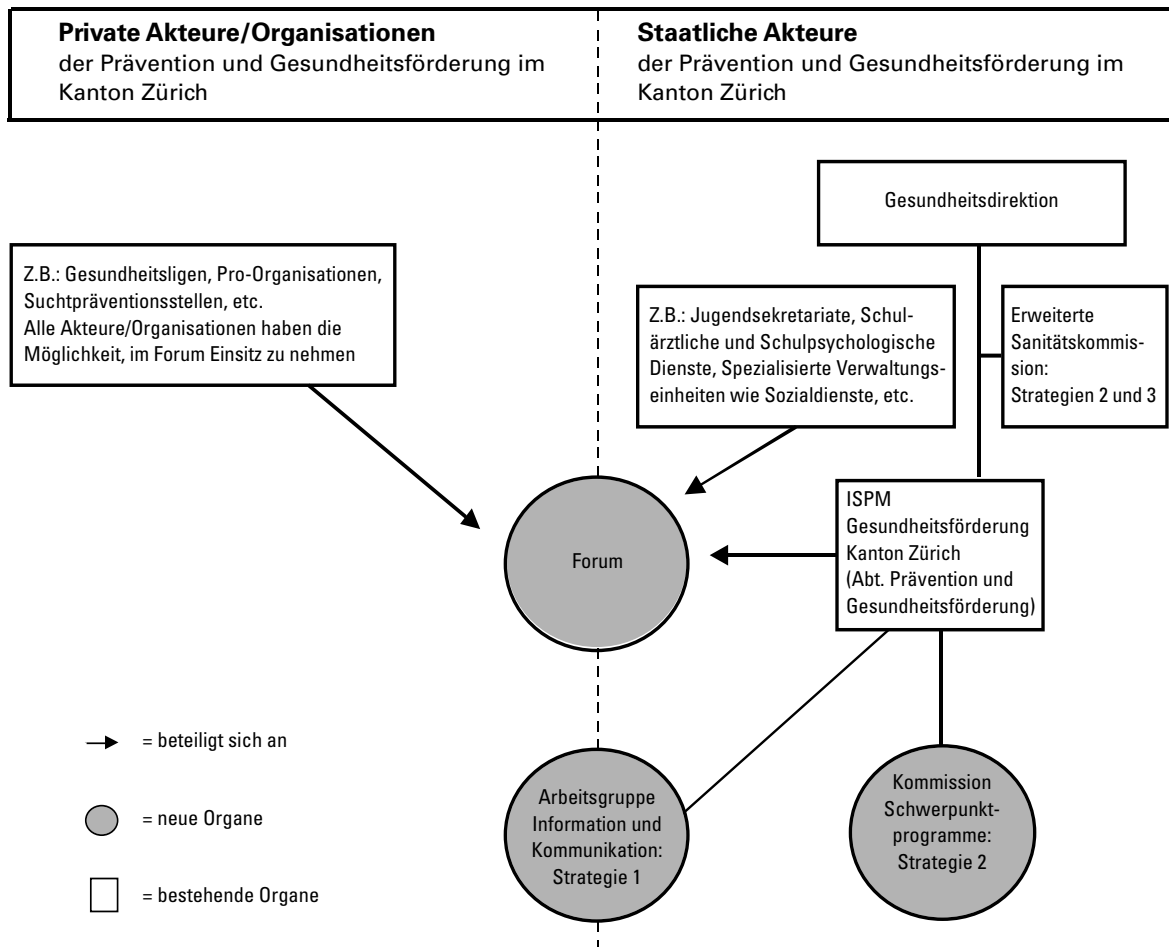
Es ist möglich, Gesundheitsförderungsprojekte ausserhalb der oben genannten vier Strategien zu unterstützen. Solche Unterstützung soll ein kleineres Ausmass haben als jene für die Strategie 2 (Durchführung von Schwerpunktprogrammen). Mit der Unterstützung von Einzelprojekten ausserhalb der Hauptstrategien soll rasch und flexibel auf Bedarf/Bedürfnisse reagiert werden können. Es soll insbesondere in Bereichen eingegriffen werden, in denen sich störende Lücken in der Gesundheitsförderung zeigen und in denen keine Unterstützung im Rahmen eines Schwerpunktprogramms abzusehen ist. Unterstützt werden insbesondere Projekte, die sich voraussichtlich besonders positiv auf die Chancengleichheit auswirken.

Für Personen und Institutionen, die Einzelprojekte durchführen wollen, gelten die gleichen Kriterien wie für jene, die an der Umsetzung von Schwerpunktprogrammen beteiligt sind (vgl. 6.2.3). Das ISPM soll selbständig über Einzelprojekte entscheiden können. Die Zusammensetzung des internen Entscheidungsgremiums wird vom ISPM bestimmt.

6.6 Übersicht der bestehenden und neuen Gremien

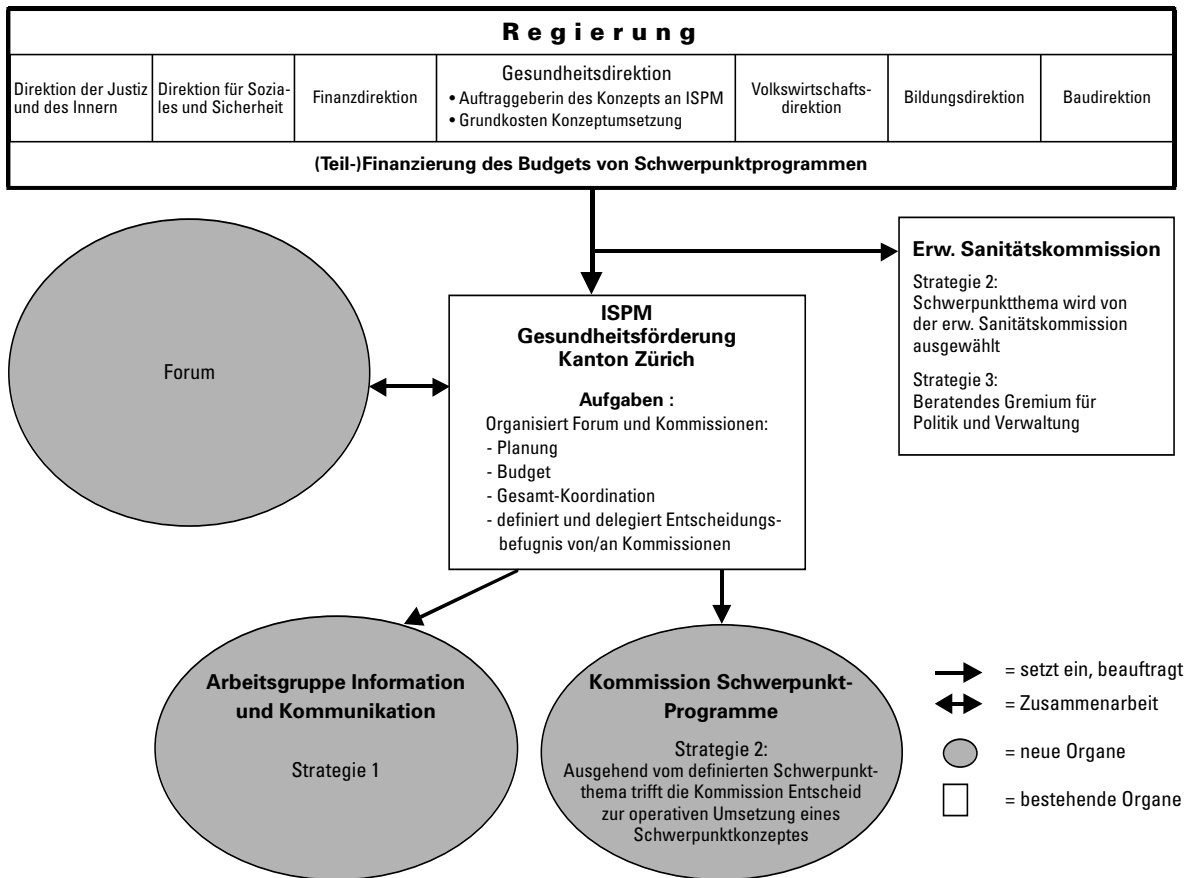
In den folgenden Übersichten werden die neu zu gründenden sowie bereits bestehenden Gremien aufgezeigt. Auf die einzelnen Aufgaben und Funktionen wurde unter 6.1 bis 6.4 detailliert eingegangen.

Abb. 6: Organigramm der privaten und staatlichen Akteure



Aus diesem Organigramm geht die hierarchische Entscheidungsstruktur für die Konzeptumsetzung hervor. Das ISPM wurde von der Gesundheitsdirektion beauftragt, das Konzept auszuarbeiten und die Umsetzung zu koordinieren. Die erweiterte Sanitätskommission geht aus der Sanitätskommission hervor. Die Arbeitsgruppe Information und Kommunikation (Strategie 1) sowie die Kommission Schwerpunktprogramme (Strategie 2) werden vom ISPM eingesetzt. Private sowie staatliche Akteurinnen und Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung, die im Kanton Zürich tätig sind, haben die Möglichkeit, im Forum Einsitz zu nehmen. Das ISPM spielt dabei eine koordinierende Rolle.

Abb. 7: Schematische Darstellung der Organisation



Bei diesem Schema, das aus dem obengenannten Organigramm der Entscheidungsstruktur (vgl. Abb. 6) hervorgeht, wurden die entsprechenden Rollen und Funktionen der Institutionen und Gremien aufgelistet.

6.7 Umsetzung bis zum Vorliegen von neuen Strukturen

Die Bestimmung der Strukturen für die Gesundheitsförderung im Kanton Zürich geschieht im Rahmen der Strategie 4. Da dies in einem partnerschaftlichen Prozess und unter Beteiligung vieler Akteurinnen und Akteure und Partnerinnen und Partner geschehen soll, wird sowohl die Entscheidungsfindung, als auch die anschliessende schrittweise Umsetzung der Beschlüsse einige Zeit in Anspruch nehmen. Mit der Umsetzung der übrigen Strategien soll nicht bis dann zugewartet werden. Die entsprechenden Arbeitsgruppen und Kommissionen werden unmittelbar nach dem Auftrag an das ISPM zur Umsetzung des Konzeptes eingesetzt und entsprechend beauftragt. Die Prinzipien der Partizipation und Kooperation (vgl. 5) sollen wegweisend sein für die Umsetzung der Strategien. Für jede einzelne Strategie müssen partnerschaftliche Formen gefunden werden, die gewährleisten, dass die Interessen der beteiligten Partnerinnen und Partner berücksichtigt werden. Das heisst zum Beispiel, dass

Akteurinnen und Akteure angemessen in Gremien vertreten sind, die die Umsetzung der Strategien steuern.

Aufgrund des gegenwärtigen Auftrags der Gesundheitsdirektion an das ISPM (vgl. 1 und 3.3.1), wird die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung bei der Umsetzung des Konzeptes eine federführende Rolle spielen müssen. Im Zuge der schrittweisen Schaffung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen gemäss Strategie 4, übernimmt die Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung die ihr dabei zugeordnete koordinierende Rolle. Dabei wird das ISPM seine Rolle als Schnittstelle zwischen dem Kanton und den übrigen Akteurinnen und Akteuren behalten (vgl. 6.4.1).

7. Qualitätsmanagement und Evaluation

Ein zentrales Element von Qualitätsmanagement und Evaluation ist die Definition von überprüfbareren Zielen aufgrund übergeordneter Ziele, wie sie in Kapitel 4 (Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich) gesetzt wurden. Worauf dabei geachtet werden muss wird in 7.2 erläutert.

In 7.3 geht es um die Frage, ob es im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung andere Instrumente des Qualitätsmanagements und der Evaluation braucht als in anderen Bereichen.

Schliesslich werden noch konkrete Aussagen zum künftigen Qualitätsmanagement und Evaluation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich gemacht (7.4).

7.1 Begriffe

Qualität bezeichnet das Ausmass, in dem ein Produkt/Ergebnis definierten Zielen entspricht. Qualitätsmanagement umfasst die Gestaltung und den Einsatz von Organisationsstruktur, Verfahren, Prozessen und Mitteln zur Erreichung des angestrebten Zieles. Methodisch kommt dabei immer die Grundidee der Lenkung über den Regelkreis "Planen – Ausführen – Überprüfen – Anpassen" zur Anwendung. Das Überprüfen ist der Bereich der Evaluation, während die übrigen Elemente zum Management gehören:

- Management: Planung, Steuerung, Koordination, Kontrolle
- Evaluation: Überprüfung der Zielerreichung

7.1.1 Management

Je nach Art des zu managenden Gebildes kommen Grundsätze des Projektmanagements oder ausgewachsene Managementsysteme zum Einsatz. Ein **Projektmanagement** bezieht sich auf zeitlich begrenzte Vorhaben. **Managementsysteme** beziehen sich auf dauerhafte Gebilde mit festgelegten Arbeitsabläufen wie Unternehmungen, Organisationen oder Teile davon.

Sowohl im Bereich des Projektmanagements, als auch von Managementsystemen existieren standardisierte Produkte.

7.1.2 Evaluation

Bei der Evaluation geht es um die systematische Erhebung und Analyse von Informationen zum Zweck der kritischen Würdigung einer bestimmten Einheit. Gegenstand der Evaluation kann die Struktur, der Ablauf (Prozess) oder das Ergebnis der Einheit sein.

Gegenstand einer **Globalevaluation** ist ein ganzes Massnahmenpaket, eine Gesamtstrategie mit den einzelnen Massnahmen, die zur Erreichung der Gesamtstrategie gewählt wurden. Daneben gibt es die **Projektelevaluation**, die sich auf einzelne Projekte oder kleinere Programme bezieht.

Es wird zwischen **Selbstevaluation** und **Fremdevaluation** (externe Evaluation) unterschieden. Eine Fremdevaluation geht denselben Fragen nach wie die Selbstevaluation, wird aber durch Dritte durchgeführt und ist in der Regel weitreichender und tiefgreifender.

Eine **summative Evaluation** (Bilanz-Evaluation) wird nach Abschluss oder während der Schlussphase der zu evaluierenden Einheit durchgeführt und zielt darauf ab, eine Beurteilung abzugeben. Im Gegensatz dazu findet die **formative Evaluation** parallel zum Ablauf der zu evaluierenden Einheit statt und will den Verlauf durch kontinuierliches Feedback günstig beeinflussen.

7.2 Von generellen zu überprüfbaren Zielen

Für Management und Evaluation eines Projektes von zentraler Bedeutung sind Ziele, deren Erreichung bzw. Überprüfung sie verfolgen. Ihre Formulierung muss sorgfältig erfolgen und gewissen Kriterien entsprechen. Um vom Oberziel "Verbesserung der Gesundheit einer Zielbevölkerung" zu überprüfbaren Zielen für konkrete Massnahmen und Projekte zu kommen, müssen in der Regel mehrere Schritte vollzogen werden. Es gelten dabei die Kriterien Messbarkeit (damit die Zielerreichung überprüfbar ist), direkte Beeinflussbarkeit (es sollen nur Ziele gesetzt werden, die durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auch beeinflussbar sind) und Messbarkeit des Effekts der Einflussnahme (der Effekt von Prävention und Gesundheitsförderung müsste isolierbar sein). Werden diese Bedingungen kumuliert, resultiert oft, dass ein massnahmenbezogenes Ziel formuliert werden muss (z.B. die Reichweite einer Plakatkampagne o.ä.).

7.2.1 Langfristige Ziele

Neben der Bestimmung von überprüfbaren Zielen für einzelne Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, können und müssen auch langfristige Ziele generellerer Natur gesetzt werden, die nicht "nur" massnahmenbezogen sind. Dies ist insbesondere für umfangreichere und längerfristige Programme sinnvoll, wie etwa die in diesem Bericht beschriebenen Schwerpunktprogramme (vgl. 6.2). Mögliches Beispiel für ein solches Ziel: "Bis im Jahr 2020 hat sich die Anzahl Betriebe im Netzwerk gesundheitsfördernder Betriebe verdoppelt."

Auch bezüglich solcher Ziele gilt der oben genannte Grundsatz der Messbarkeit und der direkten Beeinflussbarkeit. Bezüglich der Isolierbarkeit und Messbarkeit des Effekts von Prävention und Gesundheitsförderung müssen jedoch flexiblere Massstäbe gelten, weil Dritteinflüsse auf der Ebene von generelleren Zielen immer vorhanden und der genaue Einfluss von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen nie exakt zu bestimmen ist.

7.3 Qualitätsmanagement- und Evaluationsinstrumente im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Oft gehört die Entwicklung von Kooperationsstrukturen, Netzwerken und der Partizipation zu den Zielen von Interventionen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Die Frage stellt sich, ob die üblichen Management- und Evaluationsinstrumente diesen Massnahmen angemessen sind. Die Antwort kann zweifellos nicht sein, völlig neue Instrumente zu entwickeln und bereits erprobte und valide Instrumente nicht zu prüfen. Es geht vielmehr darum, ob und

wie die bestehenden Instrumente angepasst und ergänzt werden sollen. Quintessenz ist ein Beispiel für ein Projektmanagement-Tool, das für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung konzipiert wurde. Es wurde bisher kaum auf seine Wirksamkeit untersucht. Es gilt in diesem Bereich noch einige offene Fragen zu klären:

- Können Standardinstrumente auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung angewandt werden oder müssen sie angepasst werden? Wenn ja, wie?
- Sind die bereits existierenden angepassten Instrumente ausreichend gut?

Bis diese Fragen beantwortet sind, sind die gängigen Instrumente anzuwenden und allenfalls situativ zu modifizieren und/oder zu ergänzen. Minimalanforderungen ans Projektmanagement werden in Abschnitt 7.4.2 formuliert. Bezüglich des Managements des Gesamtsystems ist eine pragmatische Lösung zu suchen (vgl. 7.4.1). Das Evaluationsverfahren ist in Abhängigkeit der zu evaluierenden Einheit und der Fragestellung auszuwählen.

7.4 Organisation im Kanton Zürich

Es werden drei Handlungs- und Entscheidungsebenen unterschieden:

Ebene Gesamtsystem: Zum Gesamtsystem gehören Strukturen und Prozesse der Gesamtorganisation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich. Dazu gehören namentlich auch die Strategien 1 (Information und Kommunikation) und 4 (Weiterentwicklung der Gesundheitsförderungsstrukturen).

Ebene Schwerpunktprogramme: Zu dieser Ebene gehören die Strategien 2 (Durchführung von Schwerpunktprogrammen) und 3 (Unterstützung für Politik und Verwaltung) des vorliegenden Berichts. Strategie 3 wird in diesem Zusammenhang sozusagen als "Langzeit-Schwerpunktprogramm" behandelt.

Ebene Projekte: Projekte im Rahmen von Schwerpunktprogrammen, Einzelprojekte ausserhalb der Hauptstrategien und Projekte aus dem Bereich Information und Kommunikation gehören zur Ebene Projekte.

7.4.1 Ebene Gesamtsystem

A: Managementinstrument: Die Qualität des Gesamtsystems wird über das Qualitätsmanagement gesteuert. Die Strukturen von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich erlauben es kaum, eines der gängigen Qualitätsmanagementsysteme *tel quel* zu übernehmen. Es ist wohl eher ein **massgeschneidertes Managementsystem** zu entwickeln, wobei Elemente der üblichen QM-Systeme übernommen werden können. Wenn möglich ist ein System zu wählen, das – im Hinblick auf eine allfällige spätere Zertifizierung – mit anderen Managementsystemen zumindest kompatibel ist.

Die Diskussion über das Qualitätsmanagement im Rahmen der künftigen Strukturen ist schon während der Planung und Entwicklung dieser Strukturen im Rahmen der Strategie 4 zu führen, damit Qualitätsüberlegungen in die Strukturentwicklung einfließen können (vgl. BAG, 1997, S. 18). Der Einbezug von Organisationsberatern ist zu prüfen.

B: Evaluationsinstrument: In regelmässigen Abständen ist eine Globalevaluation des Gesamtsystems vorzunehmen.

C: Verantwortung: Verantwortlich für diese Ebene ist im wesentlichen die für die Leitung des Gesamtsystems zuständige Instanz.

7.4.2 Ebene Schwerpunktprogramme

A: Managementinstrument: Jedes Programm wird über ein Projektmanagement gesteuert. Es stellt sicher, dass folgenden Punkten Beachtung geschenkt wird und dies auch dokumentiert ist:

- Das Programm hat eine adäquate Projektorganisation.
Es ist klar dargestellt, wer in welcher Weise am Programm beteiligt ist. Ein Organigramm ist vorhanden. Das Programm ist vertraglich klar geregelt.
- Die nötigen personellen und finanziellen Mittel sind ausgewiesen.
Die Teammitglieder sind bestimmt und sind für ihre Aufgaben qualifiziert. Die Möglichkeit von Beratung ist gegeben. Alle im Projekt zu erbringenden Leistungen sind budgetiert. Die nötige Infrastruktur ist vorhanden.
- Interne und externe Kommunikation und Vernetzung sind angemessen und sichergestellt. *Ein Kommunikationskonzept definiert Inhalte, Adressaten, Frequenz, Kanäle und Gefässe.*
- Bedarf und Bedürfnis nach einem Programm im Schwerpunktbereich sind bestimmt.
- Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie Interessenskonstellationen werden berücksichtigt.
- Die Wahl von Strategien und Massnahmen ist theoretisch und methodisch begründet und berücksichtigt Erfahrungen aus ähnlichen Projekten.
Theoretische Grundlagen und die Erfahrungen aus anderen ähnlichen Projekten sind verfügbar und aufbereitet. Die Auswahl der Methoden und Massnahmen ist begründet.
- Die Ziele, die mit dem Programm erreicht werden sollen, werden als Oberziele einerseits, als überprüfbare Partikularziele andererseits formuliert (vgl. dazu 7.2). Ihre Erreichung wird überprüft.
- Die Partizipation der relevanten Akteurinnen und Akteure und der Zielgruppen ist gewährleistet.
Das Projekt wurde zusammen mit den Akteurinnen und Akteuren, die im gleichen Feld tätig sind, entwickelt. Die Projektideen wurden mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen diskutiert.
- Ein Evaluationskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt.

B: Evaluationsinstrument: Jedes Programm ist Gegenstand einer internen und eventuell externen Globalevaluation. Die Ergebnisse der Projektebene (7.4.3) werden dabei verwendet.

C: Verantwortung: Handelt es sich um eine Selbstevaluation, ist der oder die Schwerpunktprogrammverantwortliche bzw. die zuständige Stelle für die Unterstützung von Politik und Verwaltung für die Globalevaluation zuständig. Der Entscheid über eine externe Evaluation liegt bei der für die Leitung des Gesamtsystems zuständigen Instanz.

7.4.3 Ebene Projekte

- A: Managementinstrument:** Für die Ebene der Projekte gilt sinngemäss dasselbe wie für die Ebene Programme.
- B: Evaluationsinstrument:** Projekte werden intern oder extern evaluiert.
- C: Verantwortung:** Für die Selbstevaluation ist die/der Projektverantwortliche zuständig. Wenn es sich um ein Projekt im Rahmen eines Schwerpunktprogrammes handelt, ist die/der Programmverantwortliche für den Entscheid über eine externe Evaluation zuständig. Handelt es sich um Einzelprojekte ausserhalb der Hauptstrategien oder um einzelne Projekte aus der Strategie 1 (Information und Kommunikation), liegt der Entscheid über eine externe Evaluation bei der für die Leitung des Gesamtsystems zuständigen Instanz.

8. Finanzen

Die vielfältigen Anstrengungen, die der Prävention und Gesundheitsförderung dienen, sind als Querschnittsaufgabe nicht zentralisiert. Sie durchdringen viele Bereiche des staatlichen und privaten Handelns. Der Aufwand für Prävention und Gesundheitsförderung wird auf kantonaler Ebene auch nirgends gesamthaft rechnerisch oder buchhalterisch erfasst. Es ist deshalb nicht einfach, sich ein Bild über die Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung zu machen. Einige approximative Angaben zeigen aber einmal mehr die grosse Bedeutung der Suchtprävention im Kanton.

Ende 2003 flossen im Rahmen der jährlichen Mittelsprechung aus dem **Fonds zur Bekämpfung des Alkoholismus** rund Fr. 1,88 Mio. in die Suchtprävention. Davon wurden Fr. 990 000.– für die fünf privat betriebenen kantonsweit tätigen Fachstellen für Suchtprävention aufgewendet. Rund Fr. 431 000.– gingen an die Regionalen Suchtpräventionsstellen und der Rest an diverse weitere Organisationen.

Aus **allgemeinen Staatsmitteln** wurden für die beiden Fachstellen Suchtprävention an der Pädagogischen Hochschule Zürich und die Fachstelle Suchtprävention Mittelschulen und Berufsbildung rund eine Million aufgewendet.

Das Gesamtbudget der acht Regionalen Suchtpräventionsstellen betrug für 2003 rund Fr. 5,99 Mio. Daran zahlte der Kanton einen Gesamtbetrag von rund Fr. 1,35 Mio. (davon Fr. 431 000.– aus dem Fonds zur Bekämpfung des Alkoholismus). Die restlichen Fr. 4,64 Mio. wurden durch die Gemeinden übernommen.

Die Kosten für Prävention weiterer Krankheiten wie Karies, Tuberkulose und insbesondere HIV fallen bei verschiedenen Gesundheits- und Verwaltungsbereichen an (z.B. Bildungsbereich, Lebensmittelkontrolle, Impfungen). Sie sind beträchtlich, aber – nicht zuletzt wegen Abgrenzungsschwierigkeiten – nur schwer zu beziffern.

Die **zusätzlichen Kosten**, die durch die Umsetzung des vorliegenden Konzeptes für den Kanton entstehen werden, verteilen sich auf **Grundkosten für die Konzeptumsetzung, die weitgehend durch das ISPM ausgelöst werden**, und auf die **Kosten von Schwerpunktprogrammen und Einzelprojekten**. Mit Schwerpunktprogrammen sind Programme gemäss der Strategie 2 gemeint (vgl. 6.2, da diese Kosten pro Schwerpunktprogramm individuell zu ermitteln sein werden, sind dazu keine Präzisierungen möglich). Mit Einzelprojekten sind solche ausserhalb der Hauptstrategien (vgl. 6.5) gemeint.

8.1 Der bisherige Leistungsauftrag an das ISPM

Für die Periode 2003 – 2006 wurden dem ISPM für Massnahmen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vom Regierungsrat 1,8 Mio. (Leistungsauftrag vom März 2003) zugesprochen. Obwohl die Leistungsentgeltung grundsätzlich in Form eines Globalbudgets erfolgt, lassen sich die Kosten für den Leistungsauftrag wie folgt grob aufteilen:

| | |
|-----------------|------------------------|
| Personalaufwand | Fr. 800 000.– |
| Sachmittel | Fr. 310 000.– |
| Medienkampagnen | Fr. 690 000.– |
| Total | Fr. 1 800 000.– |

Die Leistungen, die mit dem bisherigen Leistungsauftrag finanziert wurden, umfassen:

a) Personalaufwand:

- Gesamtkoordination der präventiven Massnahmen auf kantonaler Ebene (einschliesslich Suchtprävention);
- Kontinuierliche Überwachung des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung und periodische Berichterstattung darüber;
- Unterstützung des Zürcher Krebsregisters;
- Evaluation von präventiven Massnahmen und gesundheitsbezogenen Lebensstilen;
- Öffentlichkeitsarbeit einschliesslich Präventionskampagnen;
- Vertretung der Gesundheitsdirektion in nationalen Gremien;
- Festlegung und Überwachung von Leistungsaufträgen an Partner wie die Suchtpräventionsstellen RSPS und KFSP;
- Auskunftserteilung an die Öffentlichkeit;
- Entwicklung neuer Methoden der präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen beim Einzelnen (Verhaltensänderung) und in sozialen Systemen (Settings).

b) Sachmittel:

- Das zweimal jährlich erscheinende Magazin «Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, P & G»;
- Der jährlich stattfindende Zürcher Präventionstag;
- Der Infrastrukturaufwand für die Mitarbeitenden;
- Der zweijährlich verliehene «Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb»;
- Der Druck der Publikationen und Berichte.

c) Medienkampagnen:

- Seit Mitte 90er-Jahre Führung der massenmedialen Kampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» mit welcher regelmässig mehr als 50% der erwachsenen Bevölkerung erreicht wurden;
- Erhebliche Mitfinanzierung des Magazins «laut & leise» und Finanzierung der Homepage www.suchtpraevention-zh.ch;
- Ende 2003 Start der Kampagne «Der Alltag prägt Ihre Gesundheit. Mit Bewegung, Ernährung, Entspannung».

8.2 Die Grundkosten für das vorliegende Konzept

Strategie 1: Information und Kommunikation: Aus obiger Aufstellung geht hervor, dass die Medienkampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch.» gemäss bisherigem Leistungsauftrag weniger als Fr. 700 000.– zur Verfügung hatte. Damit kann die in den letzten Jahren geforderte und erreichte Reichweite einer Kampagne von 50% der Bevölkerung kaum erreicht werden. Für die Realisation der Strategie 1 sind aber nebst einer Medienkampagne weitere kostenrelevante Massnahmen nötig. Selbst wenn man eine/n Angestellte/n mit einem Teilzeitpensum für die Öffentlichkeitsarbeit einsetzt, ist der künftige Aufwand für Öffentlichkeitsarbeit einschliesslich Medienkampagne mit Fr. 840 000.– zu veranschlagen. Dieser Gesamtaufwand ist der Strategie 1 zuzurechnen. Dies entspricht Mehrkosten von Fr. 150 000.–.

Strategie 2: Durchführung von Schwerpunktprogrammen: Grundsätzlich sind die Kosten für Schwerpunktprogramme nicht in den Grundkosten eingeschlossen. Dies gilt auch für den Evaluationsaufwand der Schwerpunktprogramme. Aus den Grundkosten soll allerdings eine kontinuierliche Begleitung der Programme und die Sicherstellung einer minimalen Qualitätssicherung finanziert werden. Dafür sind Mehrkosten von Fr. 150 000.– vorzusehen.

Strategie 3: Unterstützung von Politik und Verwaltung: Da diese Strategie durch die erweiterte Sanitätskommission wahrgenommen werden kann, ist dafür nur ein minimaler Aufwand von Fr. 80 000.– vorzusehen (u.a. für kleine Expertisen).

Strategie 4: Organisationsstruktur: Für die Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen und für das Qualitätsmanagement und die Evaluation des Gesamtsystems sind Fr. 120 000.– vorzusehen. Davon wird ein Grossteil an externe Kräfte (Evaluations- und Beratungsaufträge) vergeben werden.

Da die bisherigen Aufgaben, die aus dem Leistungsauftrag bezahlt wurden, weiterhin zu erfüllen sind, ergeben sich keine Kürzungsmöglichkeiten. Dies bedeutet, dass für die bisherigen Leistungen die gleichen Löhne vorzusehen sind. Dies gilt auch für die Sachmittel.

Tab. 6: Gesamtaufwand für den ISPM-Leistungsauftrag und für Grundkosten des Konzeptes

| | Bisheriger Leistungsauftrag | Zusätzliche Grundkosten für Konzept | Aufwand Total |
|--|------------------------------------|--|------------------------|
| Personalaufwand | Fr. 800 000.– | | Fr. 800 000.– |
| Sachmittel | Fr. 310 000.– | | Fr. 310 000.– |
| Strategie 1 (Information und Kommunikation) | Fr. 690 000.– | Fr. 150 000.– | Fr. 840 000.– |
| Strategie 2 (Durchführung von Schwerpunktprogrammen) | | Fr. 150 000.– | Fr. 150 000.– |
| Strategie 3 (Unterstützung für Politik und Verwaltung) | | Fr. 80 000.– | Fr. 80 000.– |
| Strategie 4 (Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen) | | Fr. 120 000.– | Fr. 120 000.– |
| Total | Fr. 1 800 000.– | Fr. 500 000.– | Fr. 2 300 000.– |

Die Kosten für die Umsetzung des vorliegenden Konzeptes sind durch den bisherigen Leistungsauftrag nur zu einem kleinen Teil eingeschlossen. Dieser betrifft nämlich lediglich die Kosten für die Strategie 1, wo Fr. 690 000.– aus dem Budget des bisherigen Leistungsauftrages in die Ausgaben für das neue Konzept einfließen.

Der totale **Mehraufwand für die Grundkosten des Konzeptes beträgt Fr. 500 000.–**. Diese sind durch die Gesundheitsdirektion zu übernehmen.

8.3 Kosten der Durchführung von Schwerpunktprogrammen und Einzelprojekten

Diese Kosten werden wohl stark schwanken und hängen von der Zahl und den Kosten der bewilligten Programme und Einzelprojekte ab. In der Regel wird bei Schwerpunktprogrammen eine Mischfinanzierung angestrebt, bei der die beteiligten Programmpartnerinnen und -partner (Kanton, private Geldgeber, weitere Geldgeber der öffentlichen Hand, z.B. Gemeinden) je einen Teil des Ressourcenbedarfs übernehmen.

Die Kosten, die der Kanton zu tragen hat, werden durch die thematisch zuständigen Direktionen übernommen und sind jeweils fallweise durch diese zu sprechen. Das ISPM stellt entsprechende Anträge an die Direktionen, die Gemeinden oder an private Akteure. Anträge an Direktionen müssen bis Ende Februar für das Folgejahr eingereicht werden.

8.4 Kosten für Evaluation und Qualitätsmanagement

Ein bestimmter Prozentsatz (z.B. 5 – 10%) eines Programm- oder Einzelprojektbudgets fließt in die Evaluation. Evaluationskosten sind fester Bestandteil von Programmen, Einzelprojekten und Aktivitäten im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung und werden im Rahmen dieser Projekte finanziert.

Die Kosten für die Evaluation und das Qualitätsmanagement auf der Ebene Gesamtsystem sind in den Grundkosten eingeschlossen.

9. Schritte zur Umsetzung des Konzeptes

Aus dem vorliegenden Bericht ergeben sich folgende konkreten Umsetzungsschritte:

9.1 ISPM

- 1a. Das ISPM beantragt die Integration des Konzeptes in den vom Regierungsrat definierten Aufgabenbereich des ISPM:
- 1b. Das ISPM beantragt der Gesundheitsdirektion, für 2004 bis 2008 je Fr. 500 000.– für die Grundkosten des vorliegenden Konzeptes zu budgetieren.
2. Nach der Erneuerung des Aufgabenbereiches des ISPM durch den Regierungsrat informiert das ISPM über das vorliegende Konzept und veröffentlicht es. Zusätzlich wird für ein interessiertes Publikum eine praxisorientierte Kurzfassung ausgearbeitet, die innerhalb von vier Monaten nach der Konzeptveröffentlichung erscheint.
3. Die erweiterte Sanitätskommission wählt für 2004 aus den vorgeschlagenen Schwerpunktthemen des Gesundheitsberichts 1999 zwei aus. Das eine der beiden Themen soll für die umgehende Umsetzung bereit sein, bzw. sich bereits in der Umsetzungsphase befinden. Das andere soll kurz vor Beginn der Umsetzungsphase stehen (vgl. Abb. 5). Als erstes Schwerpunktprogramm bietet sich die Kampagne «Der Alltag prägt Ihre Gesundheit. Mit Bewegung, Ernährung, Entspannung.» an. Als zweiter Schwerpunkt ist die Betriebliche Gesundheitsförderung eine sinnvolle Wahl (vgl. dazu Anhang D).
4. Das ISPM ernennt die Kommission Schwerpunktprogramme.
5. Das ISPM setzt eine Arbeitsgruppe Information und Kommunikation ein (vgl. dazu 6.1).
6. Ein Forum Prävention und Gesundheitsförderung für den Kanton Zürich wird vom ISPM gegründet.
7. Die Grundlagen für eine wirkungsvolle Unterstützung von Politik und Verwaltung (Strategie 3) werden durch die erweiterte Sanitätskommission geschaffen.
8. Das ISPM setzt die in Abschnitt 7.3 geforderten Abklärungen bezüglich Management- und Evaluationsinstrumente in Gang.
9. Das ISPM initiiert den Prozess zur Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen ab 2005.
10. Die Gesundheitsberichterstattung wird so weiterentwickelt, dass sie als eine der Grundlagen für die Setzung von Schwerpunktthemen tauglich ist. Ein entsprechendes Konzept ist der Gesundheitsdirektion vorzulegen.

9.2 Beteiligungsmöglichkeiten für Akteurinnen und Akteure im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Für Zürcher Akteurinnen und Akteure der Prävention und Gesundheitsförderung ergeben sich folgende Möglichkeiten, bei der Umsetzung des vorliegenden Konzeptes mitzuwirken:

Strategie 1: Information und Kommunikation

- Mitwirkung bei der Erarbeitung eines Informations- und Kommunikationskonzeptes

Strategie 2: Durchführung von Schwerpunktprogrammen

- Vorschlagen von Schwerpunktthemen
- Beteiligung an der Diskussion zur Wahl von Schwerpunktthemen
- Bewerbung um die Konzepterarbeitung und/oder Konzeptdurchführung
- Mitarbeit bei Teilprojekten

Strategie 3: Unterstützung für Politik und Verwaltung

- Identifizierung von gesundheitsrelevanten Themen und Handlungsbedarf
- Mitarbeit bei der Beschaffung der notwendigen Informationen
- Mitarbeit bei Informationsvermittlung/Lobbying

Strategie 4: Weiterentwicklung der Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen

- Beteiligung am Strukturentwicklungsprozess (Teilnahme an den dafür vorgesehenen Diskussionsgefässen)

Einzelprojekte

- Eingabe und Durchführung von Einzelprojekten

Literatur

- Baudirektion des Kantons Zürich (1999). Landschaftsentwicklung. Raumbbeobachtung Kanton Zürich Heft 21. Zürich: Baudirektion des Kantons Zürich.
- Baudirektion des Kantons Zürich (2000). Umweltbericht für den Kanton Zürich 2000. Zürich: Baudirektion des Kantons Zürich.
- Brösskamp-Stone, U. et al. (1998): Gesundheitsförderung und Prävention. Kap. 9.1 Gesundheitsförderung. In: F.W. Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg, 141 – 150.
- Bundesamt für Gesundheit (1997). Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Raumentwicklung, Bundesamt für Statistik (2002). Mobilität in der Schweiz. Ergebnisse des Mikrozensus 2000 zum Verkehrsverhalten. Bern und Neuchâtel: Bundesamt für Raumentwicklung, Bundesamt für Statistik.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Reihe «Blickpunkt Gesundheit» Nr. 3. Schwabenheim a.d. Selz: Verlag Peter Sabo.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001). Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 15. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Gutzwiller, F., Wydler, H., Jeanneret, O. (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (Hrsg.) Sozial- und Präventivmedizin. Public Health. Bern: Huber Verlag, 191 ff.
- Hämmig, O., Bauer, G. (2004): Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 10. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Hämmig, O., Bopp, M., Stähli, R. (2004): Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003–2007. Forschung und Dokumentation Nr. 25. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens (2003/04). Soziale Hilfe von A-Z. Zürich: Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1994). Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 3. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1995). Gesundheitsförderung. Angebote im Kanton Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999a). Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen 1999. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 5. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999b). Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 6. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (1999c). Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 8. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2002). Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 7. Zürich: In-

stitut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

International Union for Health Promotion and Education (2000a): The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission. Part One. Core Document. Brussels: International Union for Health Promotion and Education.

International Union for Health Promotion and Education (2000b): The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission. Part Two. Evidence Book. Brussels: International Union for Health Promotion and Education.

Kantonale Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich (2003): Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich.

Martin, B. W. et al. (2001): Volkswirtschaftlicher Nutzen der Gesundheitseffekte der körperlichen Aktivität: erste Schätzungen für die Schweiz. BAG Bulletin 33, 604 – 607.

Meier, C. (2004): Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich Nr. 9. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Meyer, P. C. et al (1998): Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt. Zürich: Seismo Verlag

Meyer, P. C. (2000): Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit. Opladen: Leske + Budrich.

Neuenschwander, M. (2001): Die Bedeutung von personalen Ressourcen, sozialen Stressoren und sozialer Vernetzung für die Gesundheit junger Erwachsener. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung.

P & G, Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 11, 2002 (Schwerpunkt: Gemeinden fördern Gesundheit).

Pfister, T., Mom, C. (1997). Gesunde Betriebe – gesunde Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Ramaciotti, D., Perriard, J. (2000): Les coûts du stress en Suisse. Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft.

Schwartz, F.W. et al. (1998): Kap. 9.2 Prävention. In: F.W. Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Schwarzenberg, 151 – 170.

Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (2002, Hrsg.): Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa). Bern: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.

Stähli, R., Gutzwiller, F. (2001). Der Sucht vorbeugen. Magazin UniZürich, 1/01, 58-61.

Stuck, A. (1999). Das Projekt EIGER: Präventive Hausbesuche. In: P & G, Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 7, 5 – 7.

Trojan, A., Legewie, H. (2001). Nachhaltige Entwicklung und Gesundheit. Frankfurt: VAS.

WHO (1999). Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for all series No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: P & G, Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 2, 1996, 7 - 9.

Zollinger, K., Pfister-Auf der Maur, T. (2002). Gesundheitsförderung in den Deutschschweizer Kantonen. Eine Recherche bei den Beauftragten für Gesundheitsförderung. Zug: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.

Anhänge

Anhang A: Arbeitsgruppen

Mitglieder der Arbeitsgruppe Gesundheitsförderungskonzept Kanton Zürich:

- Georg Bauer, ISPM
- Markus Brühwiler, Bildungsdirektion, Amt für Jugend- und Berufsberatung (bis Ende 2002)
- Felix Gutzwiller, ISPM
- Heidi Liechti, ISPM, Projektleiterin (ab 2003)
- Andreas Minder, ISPM, Projektleiter (bis Ende 2002)
- Stefan Spring, RADIX (bis Ende 2002)
- Roland Stähli, ISPM
- Hans Wydler, ISPM

Mitglieder der interkantonalen Arbeitsgruppe Gesundheitsförderungskonzept (bis Ende 2002):

- Andreas Minder, ISPM
- Thomas Pfister, Beauftragter für Gesundheitsförderung des Kantons Zug
- Roland Stähli, ISPM
- Thomas Steffen, Stellvertretender Kantonsarzt des Kantons Aargau
- Hans Wydler, Beauftragter für Gesundheitsförderung des Kantons Schaffhausen

Anhang B: Die 21 WHO-Ziele

1998 verabschiedete das WHO-Regionalkomitee Europa die folgenden 21 Ziele:

Ziel 1 – SOLIDARITÄT FÜR DIE GESUNDHEIT IN DER EUROPÄISCHEN REGION

Bis zum Jahr 2020 sollte das derzeitige Gefälle im Gesundheitszustand der Bevölkerung zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Region um mindestens ein Drittel verringert werden.

Ziel 2 – GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte das Gesundheitsgefälle zwischen sozio-ökonomischen Gruppen innerhalb der Länder durch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit von benachteiligten Gruppen in allen Mitgliedstaaten um mindestens ein Viertel verringert werden.

Ziel 3 – EIN GESUNDER LEBENSANFANG

Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neugeborenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie ihr Leben gesund beginnen können.

Ziel 4 – GESUNDHEIT JUNGER MENSCHEN

Bis zum Jahr 2020 sollten sich junge Menschen in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen und besser in der Lage sein, ihre Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen.

Ziel 5 – ALTERN IN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte Menschen im Alter von über 65 Jahren die Möglichkeit geboten werden, ihr Gesundheitspotential voll auszuschöpfen und eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu spielen.

Ziel 6 – VERBESSERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein.

Ziel 7 – VERRINGERUNG ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von übertragbaren Krankheiten durch systematisch angewendete Programme zur Ausrottung oder Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten, die für die öffentliche Gesundheit Bedeutung haben, erheblich verringert werden.

Ziel 8 – VERRINGERUNG NICHT ÜBERTRAGBARER KRANKHEITEN

Bis zum Jahr 2020 sollten in der gesamten Region Morbidität, Behinderungen und vorzeitige Todesfälle infolge der wichtigsten chronischen Krankheiten auf den tiefstmöglichen Stand zurückgehen.

Ziel 9 – VERRINGERUNG VON AUF GEWALTEINWIRKUNG UND UNFÄLLE ZURÜCKZUFÜHRENDE VERLETZUNGEN

Bis zum Jahr 2020 sollte es einen signifikanten und nachhaltigen Rückgang der Verletzungen, Behinderungen und Todesfälle infolge von Unfällen und Gewalt in der Region geben.

Ziel 10 – EINE GESUNDE UND SICHERE NATÜRLICHE UMWELT

Bis zum Jahr 2015 sollte die Bevölkerung der Region in einer mehr Sicherheit bietenden natürlichen Umwelt leben, in der die Exposition gegenüber gesundheitsgefährdenden Schadstoffen die international vereinbarten Standards nicht übersteigt.

Ziel 11 – GESÜNDER LEBEN

Bis zum Jahr 2015 sollten sich die Menschen in allen Gesellschaftsschichten für gesündere Lebensgewohnheiten entschieden haben.

Ziel 12 – VERRINGERUNG DER DURCH ALKOHOL, DROGEN UND TABAK VERURSACHTEN SCHÄDEN

Bis zum Jahr 2015 sollten in allen Mitgliedstaaten die auf den Konsum von suchterzeugenden Substanzen wie Tabak, Alkohol und psychotropen Substanzen zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen signifikant reduziert werden.

Ziel 13 – SETTINGS ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2015 sollten die Menschen in der Region bessere Möglichkeiten haben, zu Hause, in der Schule, am Arbeitsplatz und in ihrer Gemeinde in einem gesunden, natürlichen und sozialen Umfeld zu leben.

Ziel 14 – MULTISEKTORALE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2020 sollten alle Sektoren ihre Verantwortung für gesundheitliche Belange anerkennen und akzeptieren.

Ziel 15 – EIN INTEGRIERTER GESUNDHEITSEKTOR

Bis zum Jahr 2010 sollten die Menschen in der Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben, unterstützt durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem.

Ziel 16 – QUALITÄTBEWUSSTES MANAGEMENT DER VERSORGUNG

Bis zum Jahr 2010 sollten die Mitgliedstaaten dafür sorgen, daß sich das Management in allen Bereichen des Gesundheitswesens – angefangen bei bevölkerungsorientierten Gesundheitsprogrammen bis hin zur klinischen Versorgung einzelner Patienten – an den Ergebnissen gesundheitlicher Massnahmen orientiert.

Ziel 17 – FINANZIERUNG DES GESUNDHEITSWESENS UND RESSOURCENZUWEISUNG

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten auf der Grundlage des chancengleichen Zugangs, der Wirtschaftlichkeit, der Solidarität und der optimalen Qualität belastbare Finanzierungs- und Ressourcenzuweisungsverfahren für Gesundheitsversorgungssysteme entwickeln.

Ziel 18 – QUALIFIZIERUNG VON FACHKRÄFTEN FÜR GESUNDHEITLICHE AUFGABEN

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür sorgen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren, die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen.

Ziel 19 – FORSCHUNG UND WISSEN ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Bis zum Jahr 2005 sollten in allen Mitgliedstaaten Gesundheitsforschungs-, Informations- und Kommunikationssysteme zur Verfügung stehen, die den Erwerb sowie die effektive Nutzung und Verbreitung von Wissen zur Unterstützung der «Gesundheit für alle» (GFA) fördern.

Ziel 20 – MOBILISIERUNG VON PARTNERN FÜR GESUNDHEITLICHE BELANGE

Bis zum Jahr 2005 sollten zur Umsetzung der GFA-Konzepte Allianzen und Partnerschaften gebildet werden, die Einzelne und Gruppen sowie Organisationen aus allen Bereichen des öffentlichen und des privaten Sektors und nicht zuletzt die zivile Gesellschaft insgesamt in die Verfolgung gesundheitlicher Belange einbinden.

Ziel 21 – KONZEPTE UND STRATEGIEN ZUR «GESUNDHEIT FÜR ALLE»

Bis zum Jahr 2010 sollten in allen Mitgliedstaaten – unterstützt durch geeignete institutionelle Infrastrukturen, Managementprozesse und innovative Ideen – auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene GFA-Konzepte formuliert und umgesetzt werden.

Quelle: Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, SGPG (2002)

Die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen hat die europäischen Vorgaben der Gesundheitsziele für die Schweiz angepasst und Vorschläge für deren Realisierung aufgezeigt (2002, Gesundheitsziele für die Schweiz).

Anhang C: Erhebung des Status Quo im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

1. Methode

Um eine Beschreibung und Beurteilung des gesamten Bereichs Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich zu eruieren, führten Caroline Morel und Sylvia Sommer im Auftrag des ISPM in den Monaten Juli und August 2002 insgesamt 21 Face-to-Face Interviews (8 Frauen und 13 Männer) durch. Fünf der Befragten waren in der Arbeitsgruppe, welche das vorliegende Konzept ausgearbeitet hat. Sämtliche Interviews wurden am Arbeitsplatz der befragten Person durchgeführt und dauerten durchschnittlich 45 Minuten.

Die Fachpersonen waren in den Bereichen Jugend, Schule, Frauen- und Männerarbeit, Migration, Suchtprävention, Alter, Forschung, Umwelt oder Verwaltung tätig (siehe unten).

Mittels eines Gesprächsleitfadens (siehe unten) wurde ein semistrukturiertes Interview geführt, immer mit der Option, wichtigen Themen aus Sicht der Befragten Raum zu geben. Die Interviewprotokolle wurden qualitativ ausgewertet.

2. Interviewpartnerinnen und -partner für die Erhebung

- Arioli Kathrin, Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich (FFG)
- Bachmann Gaudenz, Helsana Versicherungen AG
- Bachmann Paul, Jugendsekretariat Bezirk Uster
- Bauer Georg, ISPM
- Bohny Regula, Amt für Jugend- und Berufsberatung
- Bürge Ruedi, Jugendsekretariat Bezirk Uster
- Decurtins Lu, mannebuero züri
- Gabathuler Ulrich, Kantonsärztlicher Dienst
- Geser Guido, santésuisse Region Ost I
- Gutzwiller Felix, ISPM
- Hornung Rainer, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II
- Margulies Hans-Peter, Baudirektion, Koordinationsstelle für Umweltschutz
- Meister Barbara, Pestalozzianum, Fachbereich für Gesundheitsförderung und Suchtprävention
- Pausewang Edith, Fachstelle für interkulturelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung (FISP)
- Rechsteiner Nicole, Organisation & Kontaktstelle aller Jugendvereinigungen Zürich (OKAJ)
- Ruckstuhl Brigitte, Gesundheitsförderung Schweiz
- Schorro Nelli, Pro Senectute Kanton Zürich
- Spring Stefan, RADIX Gesundheitsförderung
- Stähli Roland, ISPM
- Winnewisser Eveline, Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich
- Wydler Hans, ISPM, Beauftragter für Gesundheitsförderung im Gesundheitsamt des Kantons Schaffhausen

3. Gesprächsleitfaden für das Interview zur Erhebung des Status Quo im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPM) hat von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich den Auftrag, bis Ende 2002 ein Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich zu erarbeiten. In diesem Konzept soll auch der gegenwärtige Stand von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich dargestellt werden. Dies soll eine der Grundlagen sein, aus der die zukünftigen Strategien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet werden. Aus Zeitgründen muss auf eine umfassende Erhebung des Status Quo verzichtet werden. Statt dessen soll aufgrund von Interviews mit Expertinnen und Experten ein Bild der gegenwärtigen Situation gezeichnet werden.

Bei den Interviews geht es in erster Linie um eine Beschreibung und Beurteilung des gesamten Bereiches der Prävention und Gesundheitsförderung. Erst an zweiter Stelle sollen Aussagen zu einzelnen Spezialbereichen kommen.

Fragen

- Bitte beurteilen Sie den gesamten Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich: Generelle Beurteilung, Stärken – Schwächen, Lücken, Doppelspurigkeiten.
- Wie beurteilen Sie Information und Kommunikation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung?
Wird die Bevölkerung genügend über Prävention und Gesundheitsförderung informiert (ev. nach Beispielen fragen)?
Wird innerhalb des Bereichs Prävention und Gesundheitsförderung genügend gegenseitig informiert und kommuniziert (interne Vernetzung unter den Fachleuten)?
- Nach welchem Prinzip erfolgt die heutige Verteilung der Ressourcen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Giesskanne oder Schwerpunkte)?
Wäre es richtig, vermehrt Schwerpunkte zu setzen?
- Wie sehen Sie das Verhältnis von Politik/Verwaltung zu Prävention und Gesundheitsförderung?
Hat Prävention und Gesundheitsförderung generell den gebührenden Stellenwert in Politik und Verwaltung?
Hat Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb der Gesundheitspolitik den gebührenden Stellenwert?
- Wie beurteilen Sie die heutigen Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich?
Halten Sie eine Weiterentwicklung der Strukturen in Richtung vermehrte Koordination und Zusammenarbeit für sinnvoll und nötig?
- Wie beurteilen Sie die Situation in Ihrem Fachbereich?
- Was ist ihr dringendster Wunsch bezüglich des Gesamtbereichs Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich?
- Muss noch etwas Wichtiges ergänzt werden?

Anhang D: Zur Illustration: Mögliche Schwerpunktkonzepte und -programme

Das ISPM hat – unabhängig vom Auftrag zur Erarbeitung eines Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung – von der Gesundheitsdirektion den Auftrag erhalten, in den Bereichen

- a) Bewegung, Ernährung, Entspannung (BEE)
und
- b) Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

tätig zu werden. Dies geht auch aus dem Massnahmenteil des kantonalen Gesundheitsberichts 1999 hervor. Das ISPM hat deshalb zwei Leistungsaufträge zu diesen Themen vergeben. Die Aufträge beinhalten die Erhebung des Status Quo, die Entwicklung eines Konzepts und verschiedene Einzelmassnahmen.

Auftragnehmer für die Bestandesaufnahme zum Bereich BEE war Radix Gesundheitsförderung, für den Bereich BGF die Abteilung Gesundheits- und Interventionsforschung des ISPM. Nachfolgend sind diese Arbeiten zusammengefasst. Die Ausführungen sollen als Illustration dafür dienen, was unter einem Schwerpunktkonzept (vgl. 6.2.2) verstanden werden könnte. Allerdings genügen die zwei Projekte den Anforderungen an Schwerpunktprogramme, wie sie in Kapitel 6.2 beschrieben wurden, nicht in allen Punkten.

a) Bewegung, Ernährung, Entspannung (BEE)

Hintergrund: Mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung und ungenügende Entspannung sind Ursachen vielfältiger Gesundheitsbeschwerden und ernsthafter Krankheiten. Ein Mehr an Bewegung, ausgeglichene Ernährung und genügend Entspannung führt zu einer Verbesserung der allgemeinen Gesundheit, des persönlichen Wohlbefindens und der Lebensqualität.

Essen und trinken, bewegen und entspannen gehören zusammen und sollten Teil unseres Alltags sein. Tatsächlich bewegen wir uns jedoch wenig (sitzende Tätigkeiten wie Arbeit am Computer, Sitzungen, Telefone, etc.), ernähren uns mangelhaft (Fastfood, Zeitmangel beim Essen, etc.) und entspannen uns ungenügend (Fernsehen, vielfältige Belastungen in Arbeit und Freizeit, etc.).

Was tun? Sind Fitnesstraining, fünf Früchte und Gemüse am Tag und über Mittag eine halbe Stunde liegen angesagt? Das wäre sicher nicht schlecht. Ein solches Programm führt aber seinerseits zu Stress und – bei Nicht-Erfüllen – zu schlechtem Gewissen. Viel besser ist es, die verschiedenen Elemente in unseren Alltag zu integrieren und sie achtsam und bewusst auszuüben.

Ideen für ein Schwerpunktkonzept: Mit der Lancierung eines Schwerpunktprogramms kann auf Mängel im Bereich BEE eingewirkt werden. In einer Konzeptskizze schlägt Radix vor, dass die ganze Bevölkerung Zielgruppe sein soll und dass die Interventionen vor allem in und mit Gemeinden geplant werden. Die Gemeinden sollen dabei zusätzlich fachlich unterstützt und über die Aktivitäten des Kantons im Bereich BEE informiert werden.

Was bisher geschah:

- **Einstieg:** Am Zürcher Präventionstag im Jahr 2000 wurden Theorie und Praxisprojekte aus dem Bereich BEE vorgestellt und diskutiert.
- **Bestandesaufnahme:** Im Jahr 2002 wurde eine Bestandesaufnahme über die Aktivitäten im Bereich BEE im Kanton Zürich vorgelegt.
- **Positive Annäherung:** Die Broschüre «Ein kleiner Schritt für Sie, ein grosser für Ihr Wohlbefinden. Bewegung, Ernährung, Entspannung im Kanton Zürich» wurde 2001 von Radix entwickelt und im Sinne eines Vorprojektes getestet.
- **Schwerpunktkonzept:** Eine erste Skizze für das Konzept wurde 2002 entworfen (vgl. oben).
- Im Juli 2003 wurden die Umsetzungsarbeiten für das Schwerpunktkonzept «Bewegung, Ernährung, Entspannung» durch das ISPM in Angriff genommen.
- Im November 2003 wurde die Broschüre «Ein kleiner Schritt für Sie, ein grosser für Ihr Wohlbefinden. Bewegung, Ernährung, Entspannung im Kanton Zürich» durch das ISPM weiterentwickelt, die **Broschüre «Weiterlesen fördert Ihre Gesundheit»** lanciert und als Beilage in Tageszeitungen an einen Teil der Bevölkerung im Kanton Zürich verteilt. Diese Aktion war als Pilotphase gedacht. Die Broschüre gilt als Startschuss für die BEE-Kampagne, welche unter dem Motto **«Der Alltag prägt Ihre Gesundheit. Mit Bewegung, Ernährung, Entspannung.»** läuft. Eine extern durchgeführte wissenschaftliche Evaluation der Broschüre hat ein hervorragendes Ergebnis ergeben. In der Folge wurde Mitte August 2004 die leicht überarbeitete Broschüre im Kanton Zürich mittels Beilage in Tageszeitungen und Gratisanzeigen, Streuwürfen, Auflegen an Poststellen und in öffentlichen Verkehrsmitteln usw. breit

gestreut. Die Verteilung der Broschüre als Hauptmittel der Kampagne wurde mit diversen weiteren Werbemitteln wie z.B. Grossplakate bei Rolltreppen, TV-Spots auf TeleZüri, Tischsets in Restaurants, etc., begleitet.

Ab 2004 werden im Rahmen der Kampagne zielgruppenspezifische Aktivitäten in drei Bezirken des Kantons geplant und umgesetzt. Dieses **Bezirksprojekt** wird von Gesundheitsförderung Schweiz mit Fr. 210 000.– unterstützt.

Die Kampagne «Der Alltag prägt Ihre Gesundheit. Mit Bewegung, Ernährung, Entspannung.» lehnt sich ans **Schwerpunktprogramm «Bewegung, Ernährung, Entspannung» der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz** an.

b) Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Arbeit ist ein wichtiger Einflussfaktor für die Gesundheit und Lebensqualität des Menschen und leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sinnstiftung und Strukturierung des Alltags. Zur Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich wurde am ISPM ein Bericht erstellt (Hämmig, O., Bauer, G. 2004: «Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit»). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird definiert als eine **Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, Gesundheitspotenziale zu stärken, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen** (einschliesslich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress) und das **Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern** (aus der Luxemburger Deklaration 1997).

BGF optimiert bestehende Unternehmensstrategien (Personalmanagement, Qualitätsmanagement) und lässt sich gut als freiwillige Erweiterung mit den gesetzlich vorgegebenen Gesundheitsschutz- und Arbeitssicherheitsmassnahmen verbinden. Über den Schutz der Mitarbeitenden vor Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit hinaus werden gesundheitsrelevante Ressourcen zur Bewältigung der zunehmenden psychosozialen Belastungen (z.B. Stress, Veränderungsdruck) in der modernen Arbeitswelt gestärkt.

Aufgrund ihrer Mitarbeiter/innen-Orientiertheit geniesst BGF hohe Akzeptanz bei der Belegschaft und bietet Unternehmen eine nachhaltigere Wirkung als rein effizienz- und produktivitätsorientierte Ansätze. Da **gesunde und zufriedene Mitarbeitende ein kritischer Erfolgsfaktor** sind, lohnt es sich auch aus Sicht des Unternehmens, in BGF zu investieren.

Konzeptidee: Das Konzept «BGF im Kanton Zürich» hat die Weiterentwicklung und Verbreitung von BGF bei privaten und öffentlichen Betrieben aller Grössenklassen im Kanton Zürich zum Ziel.

Eine ursprünglich für den Kanton Zürich vorgesehene Plattform und Koordinationsstelle BGF wird gemäss jüngsten Entwicklungen nun gesamtschweizerisch durch das nationale Netzwerk für BGF abgedeckt. Dies ermöglicht die Ergänzung auf kantonaler Ebene durch folgende Massnahmen:

Durchführung von Pilotprojekten: Unter Berücksichtigung relevanter Settings (z.B. kantonale Verwaltung) ist die Durchführung von Pilotprojekten mit Modellcharakter anzustreben. Die erfolgreiche Umsetzung der Projekte soll andere Institutionen und Betriebe im Kanton motivieren, dem guten Beispiel zu folgen.

Projektbasierte Fachstelle BGF: Folgende Funktionen sollen durch die Stelle übernommen werden, oder wurden bereits übernommen:

- fachliche Unterstützung bei der Entwicklung und Durchführung von Pilotprojekten
- Information und Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Durchführung von lokalen Veranstaltungen; Themenlunchs, Vorträge, Fortführung der Verleihung des Zürcher Preises für Betriebliche Gesundheitsförderung)
- Vernetzung mit kantonalen und nationalen Akteuren

Diese Strategie wurde unter Einbezug der relevanten Akteure entwickelt. Auch die Umsetzung soll partizipativ erfolgen, da nur so eine längerfristige Verankerung von BGF sichergestellt werden kann.

Da auch andere Kantone Betriebliche Gesundheitsförderung unterstützen wollen, wurde ein **Projekt zur interkantonalen Kooperation** ausgearbeitet. Nebst den Kantonen Aargau, Thurgau und Zug hat sich auch das ISPM daran beteiligt. Gesundheitsförderung Schweiz wird dieses Projekt namhaft unterstützen, sofern sich die Kantone dafür auch finanziell engagieren.

Anhang E: Abbildungsverzeichnis

| | <i>Seite</i> | <i>Kapitel</i> |
|---|--------------|----------------|
| Abb. 1: Rahmenkonzept für Prävention und Gesundheitsförderung 6 im Kanton Zürich | 6 | 1.4 |
| Abb. 2: Verhältnis von Prävention zu Gesundheitsförderung 9 | 9 | 2.2 |
| Abb. 3: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung..... 10 | 10 | 2.2 |
| Abb. 4: Suchtpräventionskampagne «Sucht beginnt im Alltag..... 29 Prävention auch.» | 29 | 3.3.1 |
| Abb. 5: Beispiel für die gestaffelte Durchführung unterschiedlich grosser 47 Schwerpunktprogramme (SPP) | 47 | 6.2 |
| Abb. 6: Organigramm der privaten und staatlichen Akteure 54 | 54 | 6.6 |
| Abb. 7: Schematische Darstellung der Organisation 55 | 55 | 6.6 |

Anhang F: Tabellenverzeichnis

| | <i>Seite</i> | <i>Kapitel</i> |
|---|--------------|----------------|
| Tab. 1: Arbeitsgruppe Information und Kommunikation | 44 | 6.1 |
| Tab. 2: Die erweiterte Sanitätskommission bestimmt das Schwerpunktthema | 47 | 6.2 |
| Tab. 3: Kommission Schwerpunktprogramm | 50 | 6.2.2 |
| Tab. 4: Prozess für ein Schwerpunktprogramm, SPP (fiktives Beispiel)..... | 50 | 6.2.3 |
| Tab. 5: Forum | 53 | 6.4.3 |
| Tab. 6: Gesamtaufwand für den ISPM-Leistungsauftrag und für Grundkosten des Konzeptes | 65 | 8.2 |