

Februar 2019



Arbeitspapier 47

Evaluation der kantonalen Aktionsprogramme Ernährung und Bewegung 2014–2017

Schlussbericht

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Die Geschäftsstelle besteht aus Büros in Bern und Lausanne. Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 4.80 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, der von den Krankenversicherern eingezogen wird. Weitere Informationen: www.gesundheitsfoerderung.ch

In der Reihe «**Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier**» erscheinen von Gesundheitsförderung Schweiz erstellte oder in Auftrag gegebene Grundlagen, welche Fachleuten in der Umsetzung in Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Der Inhalt der Arbeitspapiere unterliegt der redaktionellen Verantwortung der Autorinnen und Autoren. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapiere liegen in der Regel in elektronischer Form (PDF) vor.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Autorinnen und Autoren

- Sarah Fässler, DEA en sciences politiques (Projektleitung)
- Birgit Laubereau, Dr. med. und MPH
- Alexandra La Mantia, Soziokulturelle Animatorin, MAS Community Development
- Isabelle Lussi, Dr. phil.
- Zilla Roose, M.Sc. in Psychology
- Andreas Balthasar, Prof. Dr.

INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung, Seidenhofstrasse 12, CH-6003 Luzern,
Tel +41 (0)41 226 04 26, luzern@interface-pol.ch, www.interface-pol.ch

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

Sandra Walter, Projektleiterin Wirkungsmanagement

Laufzeit

August 2017 bis Dezember 2018

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 47

Zitierweise

Fässler, S., Laubereau, B., La Mantia, A., Lussi, I., Roose, Z., Balthasar, A. (2018). *Evaluation der kantonalen Aktionsprogramme Ernährung und Bewegung 2014–2017. Schlussbericht*. Arbeitspapier 47. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Fotonachweis Titelbild

iStockphoto

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz, Wankdorffallee 5, CH-3014 Bern, Tel. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.gesundheitsfoerderung.ch

Originaltext

Deutsch

Bestellnummer

02.0267.DE 02.2019

Diese Publikation ist auch in französischer Sprache verfügbar (Bestellnummer 02.0267.FR 02.2019).

Download PDF

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen

© Gesundheitsförderung Schweiz, Februar 2019

Editorial

Übergewicht und Adipositas gefährden die Gesundheit. Sie sind die Folge von Lebensgewohnheiten, die schon in sehr jungen Jahren erworben werden. Um ihre Prävalenz zu verringern, setzt Gesundheitsförderung Schweiz seit 2007 gemeinsam mit den beteiligten Kantonen kantonale Aktionsprogramme (KAP) im Bereich der Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche um.

Im Rahmen des gesetzlichen Auftrags von Gesundheitsförderung Schweiz (Art. 19 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung) werden die kantonalen Programme regelmässig evaluiert. Die vorliegende Evaluation, die das Luzerner Institut Interface Politikstudien Forschung und Beratung durchgeführt hat, knüpft an die vorhergehenden Evaluationen an. Einerseits dient sie dazu, über die Umsetzung und Wirkung der KAP zu informieren. Andererseits liefert sie Hinweise zur Weiterentwicklung der KAP, insbesondere in Bezug auf die Qualität, die Verankerung der Interventionen und die Ausarbeitung von Policymassnahmen. Zu diesem Zweck stützt sich die Studie unter anderem auf die Jahresberichte der KAP, auf Gespräche mit den KAP-Verantwortlichen und auf einen Fragebogen, den alle KAP-Verantwortlichen in den Kantonen ausgefüllt haben.

In Bezug auf die Zielerreichung kommt die Evaluation zu einem sehr erfreulichen Ergebnis: Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die über die Interventionsprogramme erreicht wurden, hat sich ver-

dreifacht. Und es wurden mehr als 15 Mal mehr Multiplikatoren und Multiplikatorinnen erreicht. Ausserdem setzt sich der bereits sehr positive Trend der Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Kindern fort, und zwar nicht mehr nur im Vorschul-, sondern auch im Primarschulalter. Diese Ergebnisse bestärken uns im Bestreben, uns im Rahmen der neuen Strategie 2019–2024 weiter für die Förderung einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung einzusetzen.

Der Bericht hebt auch die Erfolgsfaktoren und Hindernisse für eine erfolgreiche Umsetzung der kantonalen Aktionsprogramme hervor. Des Weiteren zeigt er, dass die Bemühungen von Gesundheitsförderung Schweiz, die Evaluation der Wirkung der finanzierten Massnahmen zu verstärken, sich auszahlen. Die Analyse schliesst mit strategischen und operativen Empfehlungen, mit denen sich die Umsetzung der nächsten KAP-Phase verbessern lässt. Wir möchten diese Gelegenheit nutzen, um uns bei unseren Partnerinnen und Partnern für die ausgezeichnete Zusammenarbeit im Rahmen dieses Programms zu bedanken.

Bettina Abel
Vizedirektorin und Leiterin Programme

Lisa Guggenbühl
Leiterin Wirkungsmanagement

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Management Summary – in Deutsch | 6 |
| Management Summary – en français | 8 |
| Management Summary – in italiano | 10 |
| 1 Einleitung | 12 |
| 1.1 Die kantonalen Aktionsprogramme | 12 |
| 1.2 Die Evaluationsphase 2018 | 13 |
| 1.2.1 Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens | 13 |
| 1.2.2 Aufbau des Berichts | 13 |
| 2 Zielerreichung der KAP | 15 |
| 3 Wirkungen von KAP-Interventionen | 38 |
| 3.1 Ziele und Gegenstände der Evaluationen | 38 |
| 3.2 Qualität der Evaluationen | 41 |
| 3.3 Ergebnisse der Evaluationen | 43 |
| 3.3.1 Wirkungen im Überblick | 44 |
| 3.3.2 Wirkungen auf Ebene Wissen | 46 |
| 3.3.3 Wirkungen auf Ebene Einstellungen | 46 |
| 3.3.4 Wirkungen auf Ebene Verhalten | 47 |
| 3.3.5 Wirkungen auf Ebene Kultur | 47 |
| 3.3.6 Wirkungen auf Ebene Struktur | 47 |
| 3.3.7 Wirkungen auf Ebene Gesundheit | 48 |
| 3.3.8 Wirkungsrelevante Erfolgsfaktoren | 48 |
| 3.4 Quantifizierung der Wirkungen | 50 |
| 4 Fazit | 52 |
| 5 Literaturverzeichnis | 60 |
| Anhang | 61 |
| A1.1 Liste mit Zielen und Indikatoren | 61 |
| A1.2 Auswertungen | 64 |

Darstellungsverzeichnis

| | | |
|-------|---|----|
| D1.1 | Übersicht über die drei KAP-Phasen | 12 |
| D1.2 | Fragestellungen der Evaluation | 14 |
| D2.1 | Zielerreichung der KAP 2013 und 2017 | 15 |
| D2.2 | Investitionen in die KAP seit 2009 | 17 |
| D2.3 | Verteilung der Investitionen auf die Ebenen und das Programmmanagement seit 2009 | 18 |
| D2.4 | Qualität der Interventionen | 23 |
| D2.5 | Stand der Umsetzung Modulprojekte 2011, 2013 und 2017 | 25 |
| D2.6 | Charakter der bereits in Kraft getretenen Policymassnahmen | 26 |
| D2.7 | Interdepartementale Entscheide in den KAP | 27 |
| D2.8 | Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren in KAP-Gremien | 30 |
| D2.9 | Vergleich der interkantonalen Vernetzung 2009, 2011, 2013, 2017 | 31 |
| D2.10 | Thematische Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit | 33 |
| D2.11 | Erreichte Zielgruppen, Multiplikatoren, Settings | 34 |
| D2.12 | Ernährungsverhalten von 11- bis-15-jährigen Schülerinnen und Schülern | 35 |
| D2.13 | Bewegungsverhalten Kinder und Jugendliche | 36 |
| D2.14 | Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen auf verschiedenen Schulstufen, alle Kantone und Städte mit verfügbaren Daten, 2010, 2013 und 2017 | 37 |
| D3.1 | Übersicht über Interventionen, Evaluationsberichte und -konzepte | 38 |
| D3.2 | Zielsetzung der Evaluationsberichte und -konzepte | 39 |
| D3.3 | Adressierte Zielgruppen | 40 |
| D3.4 | Adressierte Multiplikatoren | 40 |
| D3.5 | Beurteilungskriterien für die Evaluationskonzepte und Evaluationen 2013 und 2017 im Vergleich | 41 |
| D3.6 | Wirkungsmodell | 44 |
| D3.7 | Wirkungsdimensionen der Interventionen | 45 |
| D3.8 | Wirkungspotenzial von vier KAP-Interventionen | 51 |
| D4.1 | Modell der vier Programmphasen | 52 |
| D4.2 | Empfehlungen | 59 |
| DA.1 | Zusammenarbeiten in Massnahmen und Interventionen | 64 |
| DA.2 | Wirkungsmodell «GORILLA» | 66 |
| DA.3 | Wirkungsmodell «Pédibus» | 67 |
| DA.4 | Wirkungsmodell «PEBS» | 68 |
| DA.5 | Wirkungsmodell «Purzelbaum» | 69 |

Management Summary – in Deutsch

Seit 2007 unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz kantonale Aktionsprogramme (KAP) zu den Themen Bewegung und Ernährung für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche (Modul A). Der vorliegende Bericht beschreibt die Zielerreichung und die Wirkungen der kantonalen Aktionsprogramme im Modul A zwischen 2014 und 2017. Die Evaluation basiert auf einer Konsolidierung der Informationen und Kennzahlen in den Jahresberichten, Interviews mit den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und in den Kantonen, auf einem von allen kantonalen KAP-Verantwortlichen ausgefüllten Fragenkatalog, auf den jährlichen Schlussrechnungen der KAP, auf Evaluationen zu einzelnen Interventionen und Informationen aus verschiedenen Berichten.

Zielerreichung

Wie bereits in der letzten Evaluationsrunde erreichen die kantonalen Aktionsprogramme die gesetzten Ziele gut. So setzt sich beispielsweise die bereits sehr gute Entwicklung beim Ziel bezüglich einer Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder weiter fort. Der Anteil übergewichtiger Kinder sinkt nun nicht mehr ausschliesslich im Kindergarten wie in der letzten Evaluationsrunde, sondern auch in der Mittelstufe. Die Tatsache, dass sich die kantonalen Aktionsprogramme primär auf diese Zielgruppe fokussieren, kann als starkes Indiz interpretiert werden, dass die Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz und der Kantone wirken. Einen kausalen Zusammenhang zwischen der Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder und den kantonalen Aktionsprogrammen kann allerdings nicht hergestellt werden.

Fortschritte konnten bei vier Zielen der KAP identifiziert werden. So ist es im Übergang von der zweiten in die dritte Programmphase gelungen, eine stärkere Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen vorzunehmen. Dies zeigt sich insbesondere daran, dass der Anteil evaluierter Interventionen deutlich zugenommen hat. Zudem hat sich die Zahl der mit

den Interventionen erreichten Kinder und Jugendlichen verdreifacht, und die Zahl erreichter Multiplikatoren (zum Beispiel Lehrpersonen und Schulleitende, medizinische Fachpersonen, schul- und familienergänzende Betreuungspersonen, Eltern und Schwangere) ist gar um das Fünfzehnfache gestiegen. Weiter sind Fortschritte bei der strukturellen Verankerung der Themen Bewegung und Ernährung zu beobachten. So konnte die Anzahl geplanter sowie in Kraft getretener Policymassnahmen weiter gesteigert werden. Schliesslich hat sich das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen verbessert, während sich das Bewegungsverhalten stabilisiert hat.

Einen kritischen Punkt stellt die Verankerung der Interventionen dar. Die längerfristige, KAP-unabhängige Finanzierung respektive die Überführung der Interventionen in Regelstrukturen stellt nach wie vor die grösste Herausforderung für die KAP dar. Die Anzahl verankerter Interventionen ist nach wie vor relativ tief.

Wirkungen

In den letzten vier Jahren hat Gesundheitsförderung Schweiz einen Schwerpunkt bei der Überprüfung der Wirkungen der finanziell unterstützten Interventionen gelegt. Zu diesem Zweck hat Gesundheitsförderung Schweiz 14 kantonalen Aktionsprogrammen je nach Bevölkerungsgrösse jährlich zwischen 5000 und 12000 Franken für Wirkungsevaluationen von Interventionen zur Verfügung gestellt. Daneben wurden in den letzten vier Jahren zwölf zumeist grössere Interventionen evaluiert. Infolge dieser Anstrengungen ist der Anteil der Wirkungsevaluationen deutlich gestiegen. Die analysierten Evaluationsberichte beschreiben bei jeweils neun Interventionen Wirkungen auf Wissen, Einstellung und Verhalten von Multiplikatoren respektive Zielgruppen. Zu fünf Interventionen wurden Wirkungen auf die Verhältnisse dargelegt. Für vier Interventionen konnte zudem eine grobe Schätzung des Wirkungspotenzials erstellt werden. Die vier Inter-

ventionen lösen Veränderungen im Verhalten bei geschätzt 3900 Multiplikatoren aus. Zudem wurde die Kultur in 3000 Settings und die Struktur in 2900 Settings verändert. Geschätzt 51800 Kinder haben etwas in ihrem Ernährungsverhalten geändert. Bei 60200 Kindern wurden Veränderungen im Bewegungsverhalten beobachtet. Da nur vier von insgesamt 108 Interventionskonzepten in der Schätzung berücksichtigt werden konnten, dürfte das Wirkungspotenzial des Moduls A in Wirklichkeit deutlich höher ausfallen.

Allerdings weisen die vorliegenden Evaluationen gewisse Schwachpunkte auf, die ihre Aussagekraft einschränken. Nur in einer Minderheit der Evaluationen werden Vorher-Nachher-Vergleiche erstellt. Die meisten Evaluationen beruhen zudem auf subjektiven Einschätzungen der Wirkungen durch die Zielgruppen und Multiplikatoren am Ende oder nach Abschluss der Intervention. Nur in wenigen Evaluationen werden auch objektive Messungen realisiert. Schliesslich werden in den Evaluationen selten Kontextfaktoren identifiziert, welche die Wirkungen begünstigen, hemmen oder allenfalls ganz erklären.

Empfehlungen

Gestützt auf diese Befunde empfehlen wir Gesundheitsförderung Schweiz, den Fokus in der vierten Programmphase auf die Verankerung zu legen und den Begriff neu zu definieren. Die Verankerung des Programmmanagements in den Kantonen soll gestärkt, verankerungswürdige Interventionen sollen gezielter ausgewählt und Ressourcen für Innovationen beispielsweise für die Zielgruppe Jugendliche freigestellt werden. Um verankerungswürdige Interventionen zu identifizieren, sind aussagekräftige Evaluationen von Bedeutung. Aus diesem Grund soll die Qualität der Wirkungsmessung weiter verbessert werden und die Nutzung der Evaluationsergebnisse sichergestellt werden.

Management Summary – en français

Depuis 2007, Promotion Santé Suisse soutient des programmes d'action cantonaux (PAC) sur l'activité physique et l'alimentation destinés au groupe cible des enfants et adolescent-e-s (module A). Le présent rapport décrit l'atteinte des objectifs et les impacts des programmes d'action cantonaux module A entre 2014 et 2017. L'évaluation s'appuie sur une consolidation des informations et des chiffres clés contenus dans les rapports annuels, sur des entretiens avec les responsables de PAC chez Promotion Santé Suisse et dans les cantons, sur un questionnaire complété par tous les responsables de PAC dans les cantons, sur les comptes annuels des PAC, sur les évaluations de certaines interventions et sur des informations puisées dans divers rapports.

Atteinte des objectifs

Comme lors de la dernière évaluation, les programmes d'action cantonaux atteignent bien les objectifs fixés. Par exemple, l'évolution déjà très positive concernant l'objectif de la baisse de la part d'enfants en surpoids se poursuit. Et cette baisse ne concerne plus seulement les élèves de l'école enfantine, mais également ceux du niveau primaire. Ce résultat, compte tenu de l'accent mis par les programmes d'action cantonaux en priorité sur les enfants appartenant aux classes d'âges correspondantes, peut être interprété comme un indice fort, que les activités de Promotion Santé Suisse et des cantons portent leurs fruits. Un lien causal entre la réduction de la prévalence du surpoids et les programmes d'action cantonaux ne peut cependant pas être établi.

Des progrès ont été constatés concernant quatre objectifs des PAC. L'accent a notamment pu être davantage mis sur des interventions de bonne qualité lors du passage de la deuxième à la troisième phase de programme, ce qui se remarque surtout dans la forte augmentation des interventions évaluées. Qui plus est, le nombre d'enfants et d'adolescent-e-s atteints au travers des interventions a triplé, et celui des multiplicateurs et multiplicatrices a même été

multiplié par quinze. Des progrès sont également observés au niveau de l'ancrage structurel des thèmes de l'activité physique et de l'alimentation, avec pour conséquence une nouvelle hausse du nombre de mesures policy planifiées et en vigueur. Enfin, le comportement alimentaire des enfants et des adolescent-e-s s'est amélioré et leur comportement en matière d'activité physique s'est stabilisé. Un point critique est l'ancrage des interventions. Le financement à long terme indépendamment des PAC et le transfert des interventions dans des structures existantes restent le principal enjeu pour les PAC. Le nombre d'interventions ancrées est toujours relativement faible.

Impacts

Au cours des quatre dernières années, Promotion Santé Suisse a mis davantage l'accent sur l'étude des impacts des interventions bénéficiant d'un soutien financier. À cet effet, la Fondation a mis chaque année à disposition de quatorze programmes d'action cantonaux entre 5000 et 12000 francs par année, en fonction du nombre d'habitants. Les PAC concernés devaient en contrepartie évaluer les effets d'une intervention. De plus, douze interventions, pour la plupart de grande envergure, ont été évaluées au cours des quatre dernières années. Grâce à ces efforts, la part des évaluations d'impact a sensiblement augmenté. Pour neuf interventions, les rapports d'évaluation analysés font état d'effets sur les connaissances, l'attitude et le comportement des multiplicateurs et multiplicatrices ou des groupes cibles. Dans le cadre de cinq interventions, on constate des impacts sur la structure ou la culture du setting. Une estimation globale du potentiel d'impact a également été faite pour quatre interventions. Ces quatre interventions ont abouti à des changements de comportement chez environ 3900 multiplicateurs et multiplicatrices. De plus, elles ont entraîné une modification de la culture dans 3000 settings et de la structure dans 2900 settings. Environ 51 800 enfants ont changé quelque chose dans leur

comportement alimentaire. De même, on a observé chez 60200 enfants des changements au niveau du comportement en matière d'activité physique. Étant donné que seuls quatre des 108 concepts d'intervention au total ont pu être pris en compte dans cette estimation, le potentiel d'impact du module A est certainement nettement plus élevé dans la réalité.

Toutefois, les évaluations existantes présentent plusieurs points faibles qui limitent leur valeur explicative. Des comparaisons avant/après ne sont faites que dans une minorité des évaluations. Qui plus est, la plupart des évaluations reposent sur des estimations subjectives des effets par les groupes cibles et multiplicateurs et multiplicatrices à la fin ou après la clôture de l'intervention. Seules quelques évaluations recourent aussi à des mesures objectives. Enfin, les facteurs contextuels pouvant favoriser, entraver ou éventuellement expliquer les impacts sont rarement identifiés dans les évaluations.

Recommandations

Sur la base de ces résultats, nous recommandons à Promotion Santé Suisse de mettre l'accent sur l'ancrage lors de la quatrième phase de programme et de redéfinir le concept d'ancrage. Il faudrait renforcer l'ancrage de la gestion des programmes dans les cantons, choisir de manière plus ciblée des interventions dignes d'être ancrées et libérer des ressources pour les innovations, p.ex. pour le groupe cible des adolescentes et adolescents. Il est important d'effectuer des évaluations pertinentes afin d'identifier les interventions dignes d'être ancrées. C'est la raison pour laquelle il faut encore améliorer la qualité de la mesure des impacts et veiller à l'usage des résultats d'évaluation.

Management Summary – in italiano

Dal 2007 Promozione Salute Svizzera sostiene programmi d'azione cantonali (PAC) sui temi alimentazione e movimento per i gruppi target dei bambini e degli adolescenti (modulo A). Il presente rapporto illustra gli obiettivi raggiunti e l'impatto dei programmi d'azione cantonali nel modulo A tra il 2014 e il 2017. La valutazione si basa su un consolidamento delle informazioni e delle cifre chiave dei rapporti annuali, sulle interviste con i responsabili PAC presso Promozione Salute Svizzera e i cantoni, su un questionario compilato da tutti i responsabili PAC cantonali, sui bilanci annuali finali dei PAC, sulle analisi di singoli interventi e sui dati tratti da vari rapporti.

Raggiungimento degli obiettivi

Come già rilevato nell'ultima sessione di valutazione, i programmi d'azione cantonali sono sulla buona strada per raggiungere gli obiettivi prefissati. Proseguono così, ad esempio, i già ottimi progressi compiuti nel raggiungimento dell'obiettivo di una riduzione della percentuale di bambini in sovrappeso. Questa diminuisce ora non più solo negli asili, come riscontrato nell'ultima sessione di valutazione, ma anche nelle scuole medie. Il fatto che i programmi d'azione cantonali si concentrino principalmente su questo gruppo target può essere considerato un forte indicatore dell'efficacia delle attività svolte da Promozione Salute Svizzera e dai cantoni. Tuttavia, non è possibile stabilire una correlazione tra la riduzione della percentuale di bambini in sovrappeso e i programmi d'azione cantonali.

Sono stati compiuti progressi in quattro obiettivi dei PAC. Passando dalla seconda alla terza fase del programma siamo così riusciti a concentrarci maggiormente su interventi qualitativamente validi. Ciò è evidenziato soprattutto dal netto aumento della quota di interventi sottoposti a valutazione. Inoltre, il numero di bambini e adolescenti raggiunti con gli interventi è triplicato e il numero di moltiplicatori raggiunti è addirittura aumentato di quindici volte. Si

constatano altresì progressi nell'ancoraggio strutturale dei temi alimentazione e movimento. È stato possibile aumentare ulteriormente il numero di policy previste e di quelle entrate in vigore. Infine, il comportamento alimentare di bambini e adolescenti è migliorato, mentre il comportamento motorio si è stabilizzato.

Un punto critico è costituito dall'ancoraggio degli interventi. Il finanziamento a più lungo termine indipendente dai PAC risp. il trasferimento degli interventi in strutture ordinarie rappresentano tuttora la principale sfida per i PAC. Il numero di interventi ancorati rimane relativamente basso.

Impatto

Negli ultimi quattro anni Promozione Salute Svizzera si è concentrata sulla valutazione dell'impatto degli interventi sostenuti finanziariamente. A tal fine, Promozione Salute Svizzera ha messo a disposizione per quattordici programmi d'azione cantonali, a seconda delle dimensioni della popolazione, tra 5000 e 12000 franchi l'anno per valutare l'impatto degli interventi. Inoltre, negli ultimi quattro anni sono stati valutati dodici interventi di dimensioni importanti. Per questa ragione la quota di valutazioni dell'impatto degli interventi è nettamente aumentata. I rapporti di valutazione analizzati evidenziano in nove interventi un impatto sulle conoscenze, sull'atteggiamento e sul comportamento dei moltiplicatori o dei gruppi target. In cinque interventi si è osservato un impatto sulle condizioni quadro. Per quattro interventi è stato inoltre possibile effettuare una stima approssimativa del potenziale impatto. I quattro interventi hanno prodotto cambiamenti nei comportamenti di circa 3900 moltiplicatori. Vi sono stati altresì cambiamenti a livello culturale in 3000 setting e a livello strutturale in 2900 setting. Si stima che 51800 bambini abbiano modificato qualcosa nel proprio comportamento alimentare. In 60200 bambini si sono osservate modifiche del comportamento motorio. Poiché solo quattro dei complessivi 108 con-

cetti d'intervento hanno potuto essere presi in considerazione nella stima, l'impatto potenziale del modulo A potrebbe essere in realtà nettamente superiore.

Tuttavia, le presenti valutazioni hanno alcune lacune che ne limitano l'attendibilità. Solo per una piccola parte delle valutazioni vengono eseguiti confronti prima-dopo. La maggior parte delle valutazioni si basa inoltre su stime soggettive dell'impatto da parte dei gruppi target e dei moltiplicatori alla fine o alla conclusione dell'intervento. Solo in poche valutazioni vengono effettuate anche misurazioni oggettive. Infine, nelle valutazioni raramente vengono individuati fattori contestuali che favoriscono, inibiscono o eventualmente spiegano l'impatto.

Raccomandazioni

Sulla scorta di tali risultati, per la quarta fase del programma raccomandiamo a Promozione Salute Svizzera di concentrarsi sull'ancoraggio e di ridefinire tale termine. Occorrerebbe ancorare maggiormente la gestione del programma nei cantoni, selezionare in modo più mirato gli interventi che vale la pena radicare e mettere a disposizione le risorse destinate alle innovazioni, ad esempio, per il gruppo target degli adolescenti. Per individuare gli interventi che vale la pena radicare è importante che le valutazioni siano significative. Per questo motivo è necessario migliorare ulteriormente la qualità della misurazione dell'impatto e garantire l'utilizzo dei risultati della valutazione.

1 Einleitung

In diesem einleitenden Kapitel werden zuerst kurz die kantonalen Aktionsprogramme «Ernährung und Bewegung» (vgl. Abschnitt 1.1) und danach die Evaluationsperiode 2013 bis 2017 beschrieben (vgl. Abschnitt 1.2).

1.1 Die kantonalen Aktionsprogramme

Der Bereich «Ernährung und Bewegung» ist seit 2007 ein Kernthema der Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz. Ziel ist es, den Anteil der Bevölkerung mit einem gesunden Körpergewicht zu erhöhen. Das zentrale Element der Strategie sind kantonale Aktionsprogramme (KAP). Gesundheits-

förderung Schweiz begleitet die kantonalen Aktionsprogramme und unterstützt sie finanziell. Die KAP führen Aktivitäten auf vier Ebenen durch. Die *Ebene Interventionen* umfasst zielgruppenspezifische Interventionen. Die *Policy-Ebene* bezieht sich auf meist strukturelle Massnahmen, die flächendeckend und über die KAP-Dauer hinaus angelegt sind. Die *Vernetzungsebene* fokussiert sowohl die intra- als auch die interkantonale Zusammenarbeit der relevanten Akteure und Akteurinnen. Die *Ebene Öffentlichkeitsarbeit* dient einerseits der Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema gesundes Körpergewicht und andererseits der Bekanntmachung der KAP. Aus der Tabelle D1.1 wird ersichtlich, dass von den 21 KAP bereits 16 in die dritte Phase gestartet sind.

TABELLE D1.1

Übersicht über die drei KAP-Phasen

| Kanton | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| AG | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| BE | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| BL | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| BS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| FR | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| GE | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| GR | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| JU | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| LU | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| NE | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| OW/NW > NW | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| OW/NW > OW | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| SG | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| SO | | | | | | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| TG | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| TI | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| UR | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| VD | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| VS | | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| ZG | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | |
| ZH | | | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | |

■ erste Phase
 ■ zweite Phase
 ■ dritte Phase nach altem Modell
 ■ dritte Phase nach neuem Modell

Grundsätzlich wurden die KAP der dritten Phase gestützt auf die Erfahrungen und Erkenntnisse der zweiten Phase entwickelt. Der Übergang in eine neue Phase bringt in der Regel jedoch auch konzeptionelle Anpassungen mit sich.

Die wichtigsten konzeptionellen Anpassungen betreffen die neuen Rahmenbedingungen der KAP (Amstad et al. 2016). Die Kantone können neben dem Modul A (Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen) drei weitere Module in ein kantonales Aktionsprogramm integrieren (Modul B: Ernährung und Bewegung bei älteren Menschen, Modul C: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, Modul D: Psychische Gesundheit bei älteren Menschen). Die Evaluation der kantonalen Aktionsprogramme fokussiert sich ein letztes Mal auf das Modul A. Die anderen Module sind nicht Gegenstand der Evaluation. Daneben wurden auch Empfehlungen der letzten Gesamtevaluation, wie die obligatorische Fokussierung auf die Altersgruppe der 0- bis 6-jährigen Kinder, umgesetzt.

1.2 Die Evaluationsphase 2018

Nach 2008, 2010, 2012 und 2014 sollen die kantonalen Aktionsprogramme im Jahr 2018 erneut evaluiert werden. Um die Entwicklung des Moduls A über die letzten vier Jahre beurteilen zu können, orientiert sich die Evaluation weitgehend am Zielkatalog aus dem Jahr 2011 (vgl. Anhang A1.1). Die Evaluation hat sowohl eine summative als auch eine formative Zielsetzung. Einerseits soll die Evaluation Rechenschaft über die Umsetzung und die Wirksamkeit der KAP zuhanden des Stiftungsrates, der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit im Nationalrat sowie der Regierungsräte und -rätinnen ablegen. Andererseits soll die Evaluation eine Grundlage bieten, um die Steuerung der KAP insbesondere im Hinblick auf die Qualität und die Verankerung der Interventionen sowie in Bezug auf die Entwicklung von Policymassnahmen zu verbessern. Entsprechende Erkenntnisse können ebenfalls für die Steuerung der Module B, C und D genutzt werden. Im Rahmen der Evaluation sollen die in der Abbildung D1.2 aufgeführten summativen und formativen Fragestellungen beantwortet werden.

1.2.1 Chancen und Grenzen des methodischen Vorgehens

Die von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit interessierten Kantonen formulierten Ziele und Indikatoren (vgl. Anhang A1.1) bieten eine gute Grundlage, um die kantonalen Aktionsprogramme summativ zu beurteilen. Da dieses Instrument bereits 2011 eingesetzt wurde, kann im vorliegenden Bericht ein Längsschnittvergleich der Jahre 2013 und 2017 erstellt werden. Um die Veränderungen bei der Zielerreichung besser einschätzen zu können, werden auch die Aussagen der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen miteinbezogen. Der Einbezug verschiedener Datenquellen und Perspektiven gewährleistet eine umfassende Beurteilung der kantonalen Aktionsprogramme. Für einen Längsschnittvergleich ist eine Kontinuität bei der Datenerhebung von Bedeutung. Personelle Wechsel bei Gesundheitsförderung Schweiz sowie den Kantonen können dazu führen, dass einzelne Indikatoren von den Vorgängerinnen und Vorgängern respektive Nachfolgerinnen und Nachfolgern unterschiedlich interpretiert werden. Bei der Erhebung der Daten in der Projektliste gab es einen internen Wechsel bei Gesundheitsförderung Schweiz. Die Daten aus den Jahren 2017, 2016 und teilweise 2015 wurden von Interface erhoben. Aufgrund dieser personellen Wechsel müssen die quantitativen Auswertungen vorsichtig interpretiert werden.

1.2.2 Aufbau des Berichts

In Kapitel 2 wird die Zielerreichung der KAP über die letzten vier Jahre beurteilt. Die Antworten zu den formativen Evaluationsfragen finden sich ebenfalls in diesem Kapitel. Informationen zur Evaluationsfrage F2 finden sich beim Ziel I1. Die Evaluationsfrage betreffend Verankerung F3 wird beim Ziel I2 diskutiert. Die Antworten auf die Evaluationsfragen F4.1 und F4.2 finden Sie unter dem Ziel Z1. Antworten zur Evaluationsfrage F4.3 finden sich bei der Diskussion des Ziels Z2. In Kapitel 3 erfolgen eine Einschätzung der Wirkungen der KAP und Informationen zur Evaluationsfrage F5. In Kapitel 4 werden die Evaluationsfragen beantwortet und Empfehlungen formuliert.

ABBILDUNG D1.2

Fragestellungen der Evaluation

Summative Fragestellungen

S1: Wie kann die Zielerreichung beurteilt werden?

S2: Inwiefern sind Fortschritte bei der Fokussierung auf und der Verbreitung von qualitativ guten Interventionen feststellbar? Welche Interventionen waren am weitesten verbreitet und welche Interventionen wurden am häufigsten sistiert? Sind die Veränderungen in der dritten Phase signifikant?

S3: Inwiefern funktioniert die Verankerung der Massnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung in die kantonalen Strukturen?

S4: Wie hoch fallen die Kosten für das Programm als Ganzes und verteilt auf die vier Ebenen (Interventionen, Polycymassnahmen, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) aus? Wie hat sich die Verteilung dieser Kosten verändert?

S5: Welche Schlüsse bezüglich Wirksamkeit der KAP können, gestützt auf die Evaluationen, gezogen werden?

Formative Fragestellungen

F2: Welche Gründe waren ausschlaggebend, dass die am meisten verbreiteten Interventionen weitergeführt respektive Interventionen sistiert wurden? Welche Faktoren fördern respektive hemmen die Fokussierung auf und die Verbreitung von Interventionen mit besonderer Qualität?

F3: Ist die Definition des Begriffs «Verankerung» klar? Kann die Verankerung gemäss Definition von Gesundheitsförderung Schweiz erfolgen? Welche Faktoren fördern oder hemmen die Verankerung?

F4.1: Wie wirkt sich die finanzielle Lage der Kantone auf die KAP aus? Wie hat sich das Engagement der Kantone für die KAP verändert und wie kann dieses Engagement aufrechterhalten werden?

F4.2: Wie wirken sich die neuen Rahmenbedingungen auf die KAP aus? Wie hat sich die Beteiligung der Kantone verändert? Fokussieren sich die Kantone nach wie vor auf das Modul A oder haben sie die Mittel zugunsten von anderen Modulen gekürzt?

F4.3: Wie werden die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz durch die Kantone beurteilt? Welche Unterstützungsleistungen sollten trotz neuer Rahmenbedingungen beibehalten werden und in welcher Form?

F5: Welche KAP haben die Option «Wirkungsevaluation» genutzt? Welche Ebenen respektive Interventionen waren Gegenstand von Evaluationen? Welche Zielsetzungen wurden mit den Evaluationen verfolgt? Welche Evaluationstendenzen lassen sich beobachten? Welche Ergebnisse zeigen diese Evaluationen auf?

2 Zielerreichung der KAP

Im Jahr 2011 wurden von Gesundheitsförderung Schweiz in Absprache mit den beteiligten Kantonen und gestützt auf den State-of-the-Art-Bericht (Gesundheitsförderung Schweiz 2010) sowie auf die Empfehlungen aus den Evaluationen insgesamt 15 Ziele für die KAP festgelegt. Nach der letzten Evaluation im Jahr 2013 wurden die Ziele für die zweite Phase leicht angepasst. Zurzeit bestehen neben jeweils drei übergeordneten Zielen zur Umset-

zung sowie zum Outcome der KAP weitere Ziele für die Ebenen Interventionen, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. In der Tabelle D2.1 wird die Erreichung dieser Ziele als tief, mittel oder hoch eingestuft und es wird zwischen den Jahren 2013 und 2017 unterschieden. Die Bewertung erfolgt gestützt auf die Indikatoren, die von Gesundheitsförderung Schweiz in Abstimmung mit den KAP formuliert wurden (vgl. Anhang A1.1). Zusammen-

TABELLE D2.1

Zielerreichung der KAP 2013 und 2017

| Ziele | Zielerreichung | | | |
|---------------|---|--------|------|----|
| | hoch | mittel | tief | |
| Input | Z1: Die kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt. | ○● | | |
| | Z2: Die wissenschaftlichen Grundlagen sowie die Empfehlungen aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der zweiten und dritten Phase eingeflossen. | ○● | | |
| | Z3: Die KAP fokussieren sich auf die prioritären Zielgruppen. | | ○● | |
| Intervention | I1: Es findet eine Fokussierung statt auf qualitativ gute Interventionen. | | ● | ○ |
| | I2: Die Interventionen sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert. | | | ○● |
| Policy | P1: Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert. | ● | ○ | |
| | P2: Politiker/-innen setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein. | | ○● | |
| Vernetzung | V1: Im Grossteil der Kantone (>50%) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Bildungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist. | | ○● | |
| | V2: Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales usw.) zeigt konkrete Resultate. | | ○● | |
| | V3: Die Vernetzung innerhalb der Kantone wird aufrechterhalten. | ○● | | |
| | V4: Die Vernetzung zwischen den Kantonen wird aufrechterhalten. | ○● | | |
| Kommunikation | C1: Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser/HBI) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden. | | ○● | |
| Outcome | R1: Die Zahl erreichter Zielgruppen, Multiplikatoren und Settings bleibt stabil. | ● | ○ | |
| | R2: Das Verhalten von Kindern/Jugendlichen im Bereich Ernährung und Bewegung ist stabil oder verbessert sich. | ● | ○ | |
| | R3: Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab. | ○● | | |

fassend lassen sich folgende Erkenntnisse aus der Tabelle ziehen:

Insgesamt gute Zielerreichung: Bei acht Zielen wurde die Zielerreichung als hoch und bei sechs als mittel eingestuft. Besonders erfreulich ist, dass sich die positive Entwicklung beim Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher fortsetzt. So sinkt der Anteil übergewichtiger Kinder nun nicht mehr ausschliesslich im Kindergarten, sondern auch in der Mittelstufe (3.–5. Klasse, Harmos 5–7). Insgesamt verläuft die Entwicklung der KAP relativ konstant. Bei 11 von 15 Zielen zeigte sich seit der letzten Evaluationsrunde keine Veränderung.

Fortschritte bei einzelnen Zielen: Bei vier Zielen konnten Verbesserungen im Vergleich zur letzten Evaluationsrunde identifiziert werden. So ist es im Übergang von der zweiten in die dritte Programmphase gelungen, eine stärkere Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen vorzunehmen.¹ Dies zeigt sich insbesondere daran, dass der Anteil evaluierter Interventionen deutlich zugenommen hat. Allerdings wird ein Drittel der Interventionen nach wie vor nur in einem einzelnen KAP umgesetzt. Zudem sind Fortschritte bei der strukturellen Verankerung der Themen Bewegung und Ernährung zu beobachten. So konnte die Anzahl geplanter sowie in Kraft getretener Policymassnahmen weiter gesteigert werden. Ferner wurde die Zahl der erreichten Zielgruppen und Settings verdreifacht. Die Zahl erreichter Multiplikatoren² ist gar um das Fünfzehnfache gestiegen. Schliesslich hat sich das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen verbessert, während sich das Bewegungsverhalten stabilisiert hat.

Ein kritischer Punkt: Die Verankerung der Interventionen stellt nach wie vor die grösste Herausforderung für die KAP dar, sodass die Anzahl verankerter Interventionen immer noch relativ tief ist.

Nachfolgend wird die Bewertung der einzelnen Ziele im Detail beschrieben. Zuerst wird das Ziel aufgeführt und dann werden die Veränderungen bei der Zielerreichung seit der letzten Evaluationsphase beschrieben (= keine Veränderung, ▲ Verbesserung, ▼ Verschlechterung). In die Beurteilung der Zielerreichung flossen einerseits im Vorfeld definierte Indikatoren ein. Andererseits wurde die Einschätzung der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und in den Kantonen mitberücksichtigt.

Z1: Die kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt (=).

Zwischen 2013 und 2017 ist die Anzahl KAP von 20 auf 21 gestiegen. Die 21 aktuell beteiligten Kantone decken nach wie vor 96 % der in der Schweiz lebenden Kinder im Alter von 0 bis 16 Jahren ab (BFS 2017). Der Umfang der aktuell in die KAP investierten Gelder ist leicht gestiegen. Da die kantonalen Aktionsprogramme nach wie vor in einem ähnlichen Umfang weitergeführt werden, stufen wir die Zielerreichung weiterhin als hoch ein.

Beurteilung der Indikatoren zum Engagement der Kantone für Modul A

Seit der letzten Evaluationsrunde sind die Investitionen in die KAP marginal erhöht worden. Im Jahr 2017 wurden rund 14,2 Millionen Franken in die KAP investiert, im Jahr 2013 waren es 13,7 Millionen Franken.³ Das entspricht ungefähr 0,7 % der Ausgaben in der Schweiz für Prävention im Jahr 2016.⁴ Die Beteiligung der Kantone, von Gesundheitsförderung Schweiz und von Dritten an den Investitionen ist seit der letzten Evaluationsrunde ähnlich geblieben. Die Kantone trugen den Hauptanteil mit rund 58%.⁵ Der Anteil von Gesundheitsförderung Schweiz liegt im

¹ Drei Indikatoren wurden herangezogen, um die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen zu beurteilen: 1) Anteil multiplizierter Interventionen, 2) Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention, 3) Anteil evaluierter Interventionen.

² Zum Beispiel Lehrpersonen und Schulleitende, medizinische Fachpersonen, schul- und familienergänzende Betreuungspersonen, Eltern und Schwangere.

³ Im Jahr 2013 waren die Kantone Obwalden/Nidwalden nicht mehr mit einem KAP beteiligt. Im Jahr 2017 haben die beiden Kantone jeweils ihr eigenes KAP ausgewiesen, Appenzell Ausserrhoden hatte im Jahr 2017 kein KAP.

⁴ Laut Angaben des Bundesamts für Statistik (BFS-Nr.: je-d-14.05.01.03 Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungen) wurden im Jahr 2016 1902 Millionen Franken in Prävention investiert.

⁵ Der Beitrag der Kantone wurde berechnet als Gesamtausgaben abzüglich Beitrag von Gesundheitsförderung Schweiz und abzüglich der Beiträge externer Sponsoren/-innen gemäss jährlichen Schlussrechnungen.

Vergleich zum Vorjahr marginal tiefer bei 36% und der erfasste Anteil externer Sponsoren und Sponsorinnen bei rund 6%.⁶ Damit besteht weiterhin ein deutlicher Multiplikatoreffekt der Investitionen von Gesundheitsförderung Schweiz. Wie in den Vorjahren wurde für jeden Franken, den Gesundheitsförderung Schweiz direkt in die KAP investierte, mehr als das Doppelte von den Kantonen und Dritten beigesteuert. Dieser Multiplikatoreffekt hat seit 2013 etwas zugenommen (von rund 2.40 Franken im Jahr 2013 auf rund 2.70 Franken im Jahr 2017).⁷ Gesundheitsförderung Schweiz zahlte 2017 rund 3,3 Millionen Franken direkt an die KAP und 1,7 Millionen Franken für übergeordnete Leistungen, wie zum Beispiel das Wirkungsmanagement und die Betreuung der vier Ebenen.⁸ Tabelle D2.2 zeigt einen Überblick über die Entwicklung der Investitionen seit 2009.

Der Grossteil der Kosten in den Kantonen wurde für die Ebene Interventionen eingesetzt.⁹ Die restlichen Gelder verteilen sich insbesondere auf die Ebenen Policy und Programmmanagement. Relativ kleine Kostenstellen sind die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Vernetzung. Der Anteil an Investitionen für Policymassnahmen ist seit der letzten Evaluationsrunde vor vier Jahren gestiegen, während die Aufwände für die Öffentlichkeitsarbeit gesunken sind. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die Programme über die Jahre bekannter wurden und deshalb weniger Öffentlichkeitsarbeit benötigen. Zudem ist eine klare Abgrenzung des Aufwandes für die Ebenen Programmmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, Policy und Vernetzung oft schwierig.

Wie die Investitionen insgesamt, blieben auch die Ausgaben der KAP pro Kind über die Jahre hinweg

TABELLE D2.2

Investitionen in die KAP seit 2009

| Jahr | Anzahl KAP | Investitionen in Mio. Fr. | | | |
|------|------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------|------------------------|
| | | Gesamt | Beitrag Gesundheitsförderung Schweiz | | Beitrag Kantone/Dritte |
| | | | übergeordnete Leistungen | direkt an die KAP | |
| 2009 | 16 | 9,7 | 0,66 | 2,7 | 6,3 |
| 2010 | 20 | 15,6 | 3,40*** | 3,6 | 8,7 |
| 2011 | 21 | 14,8 | 1,40 | 3,2 | 10,2 |
| 2012 | 21 | 14,6 | 1,18 | 3,2 | 10,2 |
| 2013 | 20* | 13,7 | 1,50 | 3,6 | 8,6 |
| 2017 | 21** | 14,2 | 1,69 | 3,4 | 9,1 |

Quelle: Kostenerfassungsformulare und jährliche Schlussrechnungen der KAP¹⁰

Die Zahlen sind gerundet. Einschliesslich geschätzter Gemeinkosten.

* Im Jahr 2013 waren die Kantone Obwalden/Nidwalden nicht mehr mit einem KAP beteiligt.

** Im Jahr 2017 waren die Kantone Obwalden und Nidwalden wieder mit je einem eigenen KAP beteiligt. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden hingegen war im Jahr 2017 nicht mehr beteiligt.

*** Dieser Betrag fällt im Vergleich zum Vorjahr hoch aus, weil darin neu die Kampagnen von Gesundheitsförderung Schweiz miteingerechnet wurden. In den Vorjahren wurden die Kampagnen ausserhalb der KAP gerechnet.

6 Gemäss jährlichen Schlussrechnungen zahlten externe Sponsoren/-innen 2017 rund 912400 Franken. Ausgewiesene Beiträge externer Sponsoren/-innen, die bei der Aufschlüsselung der Kosten nicht auftauchten, wurden nicht berücksichtigt. Daher ist, wie in den Vorjahren, zu vermuten, dass die tatsächlichen Investitionen externer Sponsoren/-innen höher liegen.

7 Im Jahr 2009 waren dies rund 2.30 Franken, 2010 rund 2.40 Franken, 2011 rund 3.20 Franken und 2013 rund 2.40 Franken.

8 Einschliesslich des geschätzten Gemeinkostenanteils.

9 In den Vorjahren wurde diese Ebene als Modul-Ebene bezeichnet.

10 Bis 2011 füllten die KAP für die Evaluationssynthese ein spezielles Kostenerfassungsformular aus. Seit 2012 verwendet Interface für die Berechnung der Investitionen die jährlichen Schlussrechnungen der KAP an Gesundheitsförderung Schweiz. Die Personalkostenanteile zur Berechnung der Gemeinkosten wurden in den Schlussrechnungen nicht mehr erhoben und pro Kanton ab 2012 als Mittel der Angaben aus den Jahren 2010 und 2011 berechnet.

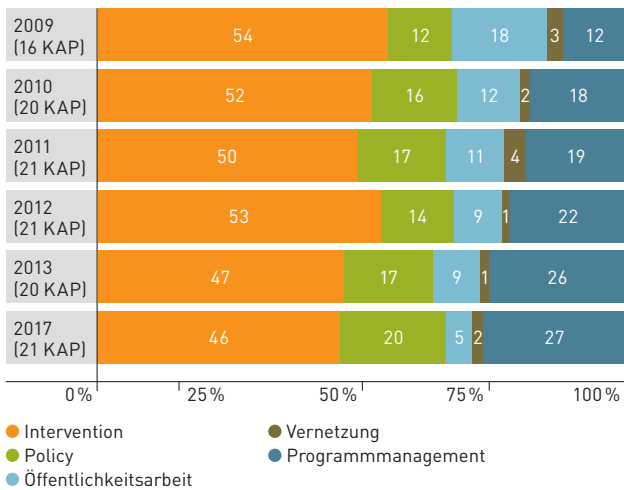
relativ konstant.¹¹ Im Jahr 2017 wurden in den KAP im Mittel weiterhin rund 14 Franken pro Kind im Alter von 0 bis 16 Jahren ausgegeben.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zum Engagement der Kantone für Modul A

Das Engagement der Kantone für das Modul A, das eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung bei Kindern fördert, wird durch zwei Kontextfaktoren beeinflusst. Einerseits hängt dieses Engagement wie bisher vom politischen Kontext in den einzelnen Kantonen ab. Andererseits wurden mit der Erweiterung der kantonalen Aktionsprogramme auf die Module C (Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen), B (Ernährung und Bewegung bei älteren Menschen) und D (Psychische Gesundheit bei älteren Menschen) durch Gesundheitsförderung Schweiz neue Rahmenbedingungen geschaffen.

ABBILDUNG D2.3

Verteilung der Investitionen auf die Ebenen und das Programmmanagement seit 2009



Quelle: Kostenerfassungsformulare und jährliche Schlussrechnungen der KAP (siehe Fussnote 10)
 Die Prozentzahlen beziehen sich auf direkt in die KAP investierte Gelder, einschliesslich geschätzter Gemeinkosten ohne übergeordnete Leistungen von Gesundheitsförderung Schweiz. 2009 betrug diese rund 9 Millionen Franken, 2010 rund 12 Millionen Franken, 2011 rund 13 Millionen Franken, 2012 rund 12 Millionen Franken und 2017 rund 12,5 Millionen Franken.

Politischer Kontext im Kanton: Aus Sicht der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz ist der Rückhalt für das Modul A in den Kantonen erstaunlich hoch. Zwar wurden in einzelnen Kantonen die Mittel für das Modul A nach einem Regierungsratswechsel oder in mehreren Kantonen aufgrund von Sparprogrammen gekürzt. Aber sowohl im Gesundheitsdepartement als auch im Bildungsdepartement werden die KAP-Aktivitäten mit ungebundenen Mitteln finanziert, die im Gegensatz zu den gebundenen Mitteln (bspw. für die Spitalfinanzierung) jederzeit gekürzt werden können. Gerade vor diesem Hintergrund sei die stabile Finanzierung des Moduls A als Zeichen der hohen Akzeptanz der KAP zu deuten. Sowohl die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch in den Kantonen sind überzeugt, dass die 50-Prozent-Regelung bei der Kostenteilung zwischen Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen wesentlich zur politischen Akzeptanz der KAP beiträgt. Gemäss den kantonalen KAP-Verantwortlichen wurde das finanzielle Engagement für das Modul A in vier Kantonen ausgebaut und in acht Kantonen stabil gehalten. In acht Kantonen wurde das finanzielle Engagement für Modul A leicht bis stark reduziert. Die meisten kantonalen KAP-Verantwortlichen blicken zuversichtlich in die Zukunft und sehen keine Anhaltspunkte für ein reduziertes Engagement ihres Kantons im Modul A. Lediglich in einem Kanton hat sich das Parlament gegen eine Fortführung des Moduls A in der vierten Programmphase entschieden. Aufgrund von Veränderungen im politischen Kontext oder bei Sparmassnahmen schliessen mehrere KAP-Verantwortliche ein reduziertes finanzielles Engagement des Kantons für das Modul A jedoch nicht aus.

Neue Rahmenbedingungen für die KAP: Gemäss den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz sind für die Zielgruppe Kinder in den meisten Kantonen kantonale Aktionsprogramme konzipiert oder geplant, welche die Module A und C kombinieren. Ein thematischer Fokus auf Bewegung und Ernährung bei Kindern sowie bei älteren Menschen durch die Kombination der Module A und B wird nur in einzelnen KAP gewählt. Bisher wurde das Engagement der Kantone für Modul A nicht zugunsten anderer Module gekürzt. Dies hat vor allem

¹¹ Bezugsgrösse ist, analog zu den Vorjahren, die Anzahl Kinder in den KAP-Kantonen im Jahr 2017. Berechnet wird der Mittelwert der Ausgaben pro Kind pro KAP.

damit zu tun, dass in vielen Kantonen das Gesuch für Modul A vor Inkrafttreten der neuen Rahmenbedingungen bei Gesundheitsförderung Schweiz eingereicht wurde. Sowohl die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch in den Kantonen gehen davon aus, dass die neuen Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die Ausgestaltung des Moduls A in der vierten Programmphase haben. In einigen Kantonen ist vorgesehen, vermehrt Synergien zwischen den Modulen zu nutzen. Insbesondere bei der Umsetzung von Modul C können die Verantwortlichen von den bisherigen Vernetzungsaktivitäten im Modul A profitieren und das Thema psychische Gesundheit in bestehende Interventionen integrieren. Allerdings ist es einfacher, solche Synergien herzustellen, wenn die Leitung der Module A und C bei der gleichen Person liegt. Wenn die Leitung der beiden Module in verschiedenen Departementen angesiedelt ist, ist der Aufwand zur Nutzung von Synergien deutlich höher.

Die KAP-Verantwortlichen erachten es mehrheitlich als wichtig, dass Gesundheitsförderung Schweiz das finanzielle Engagement für das Modul A aufrechterhält. Einzelne KAP-Verantwortliche wünschen sich zudem, dass bei der Finanzierung mehr Flexibilität besteht; beispielsweise zwischen Modulen, aber auch beim Übertragen nicht genutzter Projektmittel auf das nächste Jahr.

Z2: Die wissenschaftlichen Grundlagen sowie die Empfehlungen aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der zweiten und dritten Phase eingeflossen (=).

Die Wissensgrundlagen von Gesundheitsförderung Schweiz sowie die Empfehlungen der Evaluationen werden weiterhin gut berücksichtigt und die Zielerreichung als hoch eingestuft.

Beurteilung der Indikatoren zur Wissensbasierung der KAP

Gemäss den operativen und strategischen Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz wird bei der Erstellung der Konzepte für die kantonalen Aktionsprogramme jeweils darauf geachtet, dass die für Gesundheitsförderung Schweiz wichtigen wissenschaftlichen Grundlagen und Empfehlungen

eingehalten werden. So wird in der dritten Phase die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen, die Verankerung, die Zielgruppe Vorschulkinder und das Thema Healthy Body Image (HBI) gestärkt. Zudem wird die Vernetzung mit den Gemeinden und der Raumplanung vorangetrieben.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zu den verschiedenen Instrumenten zur Förderung der Wissensbasierung

Um sicherzustellen, dass die kantonalen Aktionsprogramme nicht nur möglichst wissenschaftsbasiert konzipiert, sondern auch umgesetzt werden, stellt Gesundheitsförderung Schweiz den kantonalen KAP-Verantwortlichen verschiedene Unterstützungsleistungen zur Verfügung. Dazu zählen die Aufbereitung wissenschaftlicher Grundlagen, das Wirkungsmanagement, die fachliche Begleitung der KAP und das jährliche Reporting.

Wissensaufbereitung: In den letzten Jahren hat Gesundheitsförderung Schweiz zahlreiche wissenschaftliche Grundlagen, wie Berichte zum Healthy Body Image oder zur psychischen Gesundheit, erarbeitet. Ausserdem stellt die Stiftung den KAP-Verantwortlichen verschiedene Checklisten und Instrumente zur Verfügung. Die Wissensgrundlagen werden von den kantonalen KAP-Verantwortlichen grossmehrheitlich als nützlich und nutzerfreundlich beurteilt. Viele KAP-Verantwortliche schätzten diese Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz, weil sie selbst nicht über genügend Ressourcen verfügen, um die wissenschaftlichen Grundlagen aufzuarbeiten. Die Grundlagen werden für die Weiterentwicklung der KAP, den Aufbau von Interventionen, zur Legitimation gegenüber Politik und Geldgebern/-innen sowie für Vorträge genutzt. Lediglich einzelne kantonale KAP-Verantwortliche nutzen die Grundlagen wenig oder gar nicht. Dies, weil die Grundlagen als zu umfangreich oder als zu wenig praxistauglich erachtet werden oder weil es das kleine Stellenpensum nicht erlaubt, die zur Verfügung gestellten wissenschaftlichen Grundlagen zu verarbeiten. Einzelne KAP-Verantwortliche würden es schätzen, wenn Gesundheitsförderung Schweiz wissenschaftliche Grundlagen zu Synergien zwischen den verschiedenen Modulen oder zu aktuellen gesellschaftlichen Modeerscheinungen, wie zum Beispiel Glutenintoleranz, zur Verfügung stellen könnte.

Fachliche Begleitung: Ein weiteres Instrument zur wissensbasierten Konzipierung und Umsetzung der KAP ist die fachliche Begleitung, die Gesundheitsförderung Schweiz den kantonalen KAP-Verantwortlichen anbietet. Diese fachliche Begleitung hat sich in den letzten Jahren verändert. Da die meisten kantonalen KAP-Verantwortlichen in den letzten Jahren sehr viel Wissen und Erfahrung aufgebaut haben, ist eine ausführliche fachliche Begleitung durch Gesundheitsförderung Schweiz nicht mehr notwendig. Zudem können die Mitarbeitenden von Gesundheitsförderung Schweiz solche umfangreichen Beratungsleistungen nicht mehr in gleichem Masse erbringen, weil die Weiterentwicklung der KAP auf weitere Altersgruppen und Themen sowie die vielfältigen Kombinationsmöglichkeiten eine grössere Komplexität und mehr Aufwand generieren. Insbesondere neue kantonale KAP-Verantwortliche werden jedoch nach wie vor ausführlich fachlich betreut. Aber auch Fragen von erfahrenen kantonalen KAP-Verantwortlichen werden jederzeit beantwortet. Die kantonalen KAP-Verantwortlichen sind noch immer sehr zufrieden mit der fachlichen Begleitung und wünschen sich, dass Gesundheitsförderung Schweiz weiterhin im engen Austausch mit ihnen steht und die Eigenheit jedes Kantons gut kennt. Auch das Fachwissen von Gesundheitsförderung Schweiz zu verschiedenen Themen und Interventionen soll weiterhin abrufbar bleiben.

Wirkungsmanagement: Im Rahmen des Wirkungsmanagements wird eine Gesamtevaluation der kantonalen Aktionsprogramme durchgeführt. Für einzelne kantonale KAP-Verantwortliche wären allerdings Evaluationen von einzelnen Interventionen anstelle einer Gesamtevaluation nützlicher. Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt dieses Anliegen, indem sie den KAP-Verantwortlichen in der dritten Phase der KAP eine finanzielle Unterstützung für die Evaluation einer Intervention zur Verfügung gestellt hat. KAP aus Kantonen mit weniger als 50 000 Einwohnerinnen und Einwohnern erhielten jährlich 5000 Franken. Bei KAP aus Kantonen mit einer Bevölkerungsgrösse zwischen 50 000 und 150 000 belief sich dieser Betrag auf 8000 Franken jährlich. In Kantonen mit mehr als 150 000 Einwohnerinnen und Einwohnern erhielten die KAP 12 000 Franken jährlich. Diese Option wird nicht nur von KAP-Verantwortlichen, die bereits eine Intervention evaluieren liessen, sondern auch von anderen KAP-Verantwortlichen begrüsst. Von fünf Kan-

tonsvertretenden wurde geschätzt, dass die Gelder aus mehreren Kantonen zusammengelegt wurden und eine gemeinsame externe Evaluation von «Fourchette verte» in Auftrag gegeben werden konnte. Eher zurückhaltend zur Option Wirkungsevaluation haben sich zwei KAP-Verantwortliche geäussert. Sie sind der Ansicht, dass eine fundierte Evaluation in aller Regel mehr als die zur Verfügung gestellten Gelder kostet und die Kantone deshalb auf eine vollständige Finanzierung der Evaluation durch Gesundheitsförderung Schweiz oder durch andere Förderstellen angewiesen sind. Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt zudem die Wirkungsorientierung der KAP, indem sie den KAP-Verantwortlichen Weiterbildungen zum Thema anbietet.

Reporting: Das Reporting dient Gesundheitsförderung Schweiz zur Steuerung der KAP. So kann Gesundheitsförderung Schweiz sicherstellen, dass die KAP nicht nur wissensbasiert konzipiert, sondern auch umgesetzt werden und ihre im Konzept festgehaltenen Ziele erreichen. Zudem fliessen die Reporting-Daten in die Gesamtevaluation der KAP sowie in den Geschäftsbericht von Gesundheitsförderung Schweiz ein. Mit der Ausweitung der KAP auf die Module B, C und D wurde das Reporting überarbeitet. Statt massnahmenbasiert, erfolgt das Reporting nun zielbasiert. Von den 21 KAP nutzten 2017 noch 15 das alte Reporting, während sechs KAP bereits das neue Reporting verwendeten. Neun interviewte KAP-Verantwortliche erachteten den Aufwand für das Reporting als vertretbar. Mehrere Befragte finden es sinnvoll, sich einmal jährlich über die Zielerreichung Gedanken zu machen. Von Einzelnen wird zudem geschätzt, dass Gesundheitsförderung Schweiz auf den Zwischenbericht zugunsten eines Zwischengesprächs verzichtet. Acht Befragte empfinden das Reporting als zu aufwendig. Darunter befinden sich vier KAP-Verantwortliche, die das neue zielbasierte Reporting verwenden. Bei mehreren Modulen sei dieses Reporting sehr aufwendig. Zudem sei das neue Reporting für die Kommunikation gegen aussen – insbesondere gegenüber Politikerinnen und Politikern – wenig geeignet. Dies liegt einerseits an der Umstellung von der Massnahmen- zur Zielorientierung und andererseits an der unschönen Formatvorlage. Schliesslich wird auch der Zeitpunkt des Reportings kritisiert. Ende Januar würden die meisten Kennzahlen zur Zielgruppenerreichung und zum Budget noch nicht vorliegen.

Z3: Die KAP fokussieren sich auf die prioritären Zielgruppen (=).

Bei der Fokussierung auf die zwei prioritären Zielgruppen – vulnerable Gruppen und Kinder im Vorschulalter – zeigen sich auf Ebene Interventionen und Policymassnahmen keine starken Veränderungen. Hingegen ist es den KAP gelungen, sich noch stärker mit Multiplikatoren im Kontakt mit diesen prioritären Zielgruppen zu vernetzen. Die Zielerreichung wird aus diesem Grund nach wie vor als mittel eingestuft.

Beurteilung der Indikatoren zur Fokussierung der KAP auf prioritäre Zielgruppen

Zurzeit stehen zwei prioritäre Zielgruppen im Fokus der KAP. Wie bereits in der letzten Evaluationsrunde sollen die Aktivitäten der KAP den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigen und vulnerable Gruppen miteinbeziehen. Seit 2015 sind die KAP verpflichtet, sich vermehrt auf Kinder im Vorschulalter (0–6 Jahre) zu fokussieren.

Vulnerable Gruppen: Gut ein Drittel der Interventionen berücksichtigt, wie bereits in den letzten beiden Evaluationsrunden, den Aspekt der Chancengleichheit. Nach wie vor richtet sich die grosse Mehrheit der Interventionen, die vulnerable Gruppen mitberücksichtigen, an die Migrationsbevölkerung. Zwei Fünftel dieser Interventionen umfassen neben der Migrationsbevölkerung auch einkommensschwache oder bildungsferne Gruppen respektive haben einen Genderaspekt. Im Jahr 2013 betrug dieser Anteil lediglich einen Drittel. Wie in der letzten Evaluationsrunde gibt es nur einzelne Interventionen, die sich ausschliesslich auf bildungsferne respektive einkommensschwache Gruppen fokussieren oder rein genderspezifisch angelegt sind. Bei den Policymassnahmen gibt es keine Veränderungen in Bezug auf den Aspekt der Chancengleichheit. Der Anteil Policymassnahmen, die diesen Aspekt berücksichtigen, liegt bei 14% (2013: 14%, 2011: 11%). Die Massnahmen betreffen grossmehrheitlich die Migrationsbevölkerung. Zusätzlich richten sich fünf Massnahmen neben der Migrationsbevölkerung an einkommensschwache oder bildungsferne Gruppen. Eine Policymassnahme ist ausschliesslich genderspezifisch angelegt. Auf Ebene Vernetzung ist die Entwicklung positiv. In 16 Kantonen haben Vertretende des Migrationsbereichs in einem KAP-Gremium Einsitz (2013: 13, 2011: 12).

Besonders erfreulich ist, dass die Migrationsbevölkerung in zwei Kantonen in der Steuergruppe des KAP vertreten ist (vgl. Tabelle D2.8). Keine klaren Aussagen können zu den Veränderungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden, da die entsprechenden Daten von Gesundheitsförderung Schweiz nicht mehr erhoben werden. Die Angaben der KAP-Verantwortlichen im Fragenkatalog zeigen, dass nur einzelne Kommunikationsmassnahmen auf die Migrationsbevölkerung ausgerichtet sind.

Kinder im Vorschulalter: 75% der Interventionen haben Kinder zwischen 0 und 6 Jahren als Zielgruppe (2013: 70%). Die Vernetzung mit Akteuren und Akteurinnen im Vorschulbereich hat ebenfalls zugenommen. So sind Hebammen in elf Kantonen in einem KAP-Gremium vertreten (2013: 10, 2011: 6), Mütterberaterinnen in 13 Kantonen (2013/2011: 11), Leitende von MuKi/FaKi-Turnen und Spielgruppen in zehn Kantonen (2013: 5, 2011: 3), Schwangere in drei Kantonen (2013: 2, 2011: 0). Auf Ebene Öffentlichkeitsarbeit richten sich zwei Drittel der kantonalen Kommunikationsmassnahmen unter anderem an Multiplikatoren im Kontakt mit Kindern im Vorschulalter. Diese sind ausschliesslich im Fokus von einem Siebtel der Kommunikationsmassnahmen.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Fokussierung der KAP auf prioritäre Zielgruppen

Diese quantitativen Daten spiegeln sich auch in den Interviews mit den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und in den Kantonen.

Vulnerable Gruppen: Gemäss den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz legen die KAP bei ihren Aktivitäten den Fokus auf die Chancengleichheit und haben diesen Aspekt in ihren Programm- und Projektzielen abgebildet. Allerdings ist eine Operationalisierung in der Praxis anspruchsvoll, da Chancengleichheit keine eigene Intervention darstellt, sondern bei allen Interventionen mitgedacht werden muss. Gemäss Gesundheitsförderung Schweiz hat im Bereich der Vernetzung die Zusammenarbeit mit interkulturellen Vermittelnden zugenommen. Einzelne kantonale KAP-Verantwortliche berichten von einer engeren Zusammenarbeit mit den Kantonalverbänden des Schweizerischen Roten Kreuzes, mit dem HEKS, der Caritas und mit Ausländervereinen sowie von einer engen institutionellen Zusammenarbeit zwischen Integrations- und Gesundheitsförderung. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wird davon berichtet,

dass in den letzten vier Jahren vermehrt Broschüren in verschiedene Sprachen übersetzt wurden.

Kinder im Vorschulalter: Gemäss den KAP-Verantwortlichen von Gesundheitsförderung Schweiz hat die Fokussierung auf die Zielgruppe der 0- bis 6-jährigen Kinder in den KAP zugenommen, weil dies eine wichtige Vorgabe für die dritte Phase darstellte und die frühe Förderung unabhängig von den KAP in den Kantonen an Bedeutung gewonnen hat. Zugenommen in den KAP haben insbesondere Aktivitäten, die sich auf die Eltern vor und nach der Geburt konzentrieren. Auch 13 kantonale KAP-Verantwortliche sind der Ansicht, dass sich die Fokussierung der Interventionen auf die Zielgruppe der 0- bis 6-Jährigen seit der letzten Evaluation verstärkt hat. So wurden neue Interventionen für diese Altersgruppe initiiert oder multipliziert und bestehende Interventionen auf diese Zielgruppe respektive auf Settings und Multiplikatoren im Vorschulalter ausgedehnt. Die KAP-Verantwortlichen aus acht Kantonen – davon vier bevölkerungsstarke – sind der Ansicht, dass sich in ihrem KAP wenig geändert hat, weil sich ihre Interventionen bereits in der vorherigen Programmphase auf Kinder im Vorschulalter fokussierten. Im Bereich Policy scheint die Fokussierung auf das Vorschulalter gemäss KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und in den Kantonen weniger fortgeschritten zu sein. Allerdings laufen in den meisten Kantonen Bemühungen in diesem Bereich. So ist es in einem Deutschschweizer Kanton beispielsweise gelungen, Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen in die Ausbildungspläne von Kleinkindererzieherinnen und -erziehern und Kindergartenlehrpersonen zu integrieren. In den Westschweizer Kantonen konnten die Interventionen «Youp'là bouge» und «Fourchette verte» in 70% bis 100% aller Krippen eingeführt werden. Die Vernetzung mit Akteuren und Akteurinnen, die mit Kindern im Vorschulalter in Kontakt kommen, ist gemäss den kantonalen KAP-Verantwortlichen nicht nur in den institutionalisierten Begleit- und Fachgruppen der KAP gestiegen. Die Vernetzung wird auch über Weiterbildungsangebote sowie konkrete Interventionen gefördert. Die KAP haben sich stärker mit Mütterberaterinnen, Gynäkologen/-innen, Kinderärzten/-innen, Hebammen und Fachpersonen in Kindertagesstätten vernetzt. Als förderlich für eine gute Vernetzung dieser Akteure/-innen hat sich in einem Kanton beispielsweise das Vorhandensein einer kantonalen Strategie erwiesen, die auf einer Analyse bestehender Aktivitäten und Akteure/-innen basiert und als Übersicht zur Verfügung steht. Insbesondere in kleinen Kantonen mit Vernetzungspartnern mit beschränkten Zeitressourcen hat es sich als wichtig erwiesen, Themen aus den Modulen A und C an einer gemeinsamen Veranstaltung anzusprechen. Die Öffentlichkeitsarbeit für die Altersgruppe der 0- bis 6-Jährigen wird je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltet. Aus Effizienzgründen richten einige Kantone ihre Öffentlichkeitsarbeit nicht direkt an die Familien, sondern primär an Multiplikatoren. Teilweise gelangen Broschüren und Flyer über die Multiplikatoren an die Familien. Es gibt aber auch einzelne Kantone, die in den Nachrichtenmedien regelmässig Tipps zu Ernährung und Bewegung in der frühen Kindheit verbreiten. Daneben werden auch die Internetseite, soziale Medien und Veranstaltungen zur Informationsvermittlung genutzt. Ein KAP führt eine Veranstaltung durch, deren Thema die frühe Kindheit ist. Einzelne Kantone haben generell zu wenig Mittel für die Öffentlichkeitsarbeit oder kommunizieren sehr zurückhaltend, weil die frühe Kindheit als Privatsache betrachtet wird.

I1: Es findet eine Fokussierung statt auf qualitativ gute Interventionen (▲).

Um die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen zu beurteilen, werden drei Indikatoren herangezogen. Neben dem Anteil multiplizierter respektive evaluierter Interventionen wird auch der Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention in die Beurteilung miteinbezogen. Seit der letzten Evaluationsrunde ist der Anteil evaluierter Interventionen deutlich gestiegen, während sich bei den anderen beiden Indikatoren keine Veränderungen zeigen. Wir stufen die Zielerreichung aus diesem Grund neu statt tief als mittel ein.

Beurteilungen der Indikatoren zur Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen

Seit der letzten Evaluationsrunde sind die meisten KAP in die dritte Phase gestartet oder haben, wie Nidwalden und Obwalden, erneut ein kantonales Aktionsprogramm lanciert. Beim Übergang in diese dritte Phase ist es gelungen, die Anzahl Interventionskonzepte zu reduzieren. Die 208 aktuell laufenden Interventionen beruhen auf 103 Interventions-

konzepten (2013: 117).¹² Allerdings fielen zwischen 2013 und 2017 42 Interventionskonzepte weg. Die meisten dieser Konzepte betreffen Interventionen, die lediglich in einem Kanton umgesetzt wurden. Allerdings gibt es auch Konzepte von nationalen Interventionen wie «klemon» oder «Bewegte Schule», die 2017 in keinem Kanton mehr Bestandteil des KAP sind. Gleichzeitig sind 27 neue Interventionskonzepte dazugekommen, wovon die allermeisten lediglich in einem KAP umgesetzt werden. Über alle Interventionskonzepte hinwegesehen, lässt sich feststellen, dass die meisten Interventionskonzepte in mehreren KAP umgesetzt werden. Aktuell werden «Femmes-Tische» und «Purzelbaum» in jeweils 13 KAP umgesetzt. «Fourchette verte» ist Bestandteil von acht KAP und «Pédibus» von sieben KAP. In jeweils fünf KAP werden die Interventionen «Bike2school», «MidnightSports», «Freiwilliger Schulsport» sowie «Weiterbildung von Multiplikatoren» umgesetzt. Im Schnitt werden die Interventionen in zwei KAP umgesetzt. Ein Drittel der Interventionen ist lediglich Bestandteil eines KAP, während es sich bei zwei Drittel der Interventionen um multiplizierte Interventionen handelt.

Was die Qualität der Interventionen betrifft, haben sich zwei Qualitätsindikatoren kaum verändert (vgl. Tabelle D2.4). Wie in den letzten Jahren auch, wurden zwei Drittel der Interventionen multipliziert respektive verfolgen einen verhältnispräventiven Ansatz. Erfreulich ist hingegen die Entwicklung bei der Anzahl evaluierter Interventionen. Während in den letzten beiden Evaluationsrunden nur ungefähr die Hälfte der Interventionen evaluiert wurden, sind es nun bereits zwei Drittel.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen

Nach übereinstimmender Einschätzung der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz und in den Kantonen haben nur einzelne KAP im Übergang in die dritte Programmphase stärker auf evaluierte respektive von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlene Interventionen gesetzt. Die meisten kantonalen KAP-Verantwortlichen sind der Ansicht, dass sie bereits in der letzten Programmphase mehrheitlich qualitativ gute Interventionen umgesetzt haben.

Im Übergang auf die dritte Programmphase wurde gemäss den kantonalen KAP-Verantwortlichen jedoch aus verschiedenen Gründen auf gewisse Interventionen verzichtet. Mehrfach wurde angegeben, dass die sistierten Interventionen weder einem Bedarf noch einem Bedürfnis entsprochen haben. So bestünde beispielsweise bei bereits gut ausgebildeten Multiplikatoren im Frühkindbereich kein Weiterbildungsbedarf mehr. Interventionen für die Migrationsbevölkerung respektive für Eltern von Kleinkindern wurden aufgrund der mangelnden Nachfrage sistiert. In drei KAP wurde entschieden, die Ressourcen auf weniger Interventionen zu konzentrieren respektive aus Effizienzgründen eine kantonale Intervention zugunsten einer vergleichbaren nationalen Intervention aufgegeben. In zwei KAP wurden Interventionen für ältere Kinder zugunsten von Interventionen für Kinder im Vorschulalter aufgegeben. In einem KAP wurde eine Intervention für schwangere Migrantinnen sistiert, weil der politische Rückhalt fehlte. Auch führten Zweifel der politischen Verantwortlichen bezüglich der nachhaltigen

TABELLE D2.4

Qualität der Interventionen

| | 2011 (n=214) | | 2013 (n=334) | | 2017 (n=381) | |
|--|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| Multiplizierte Interventionen | 131 | 61 % | 227 | 68 % | 251 | 66 % |
| Interventionen mit Verhältnisprävention | 147 | 69 % | 210 | 63 % | 252 | 66 % |
| Evaluierbare Interventionen | 111 | 52 % | 160 | 48 % | 259 | 68 % |

Quelle: Projektliste Gesundheitsförderung Schweiz

¹² «Purzelbaum» ist ein Interventionskonzept, das in mehreren Kantonen als Intervention umgesetzt wird.

Wirksamkeit der Interventionen in einem KAP zum Abbruch von Interventionen. Schliesslich wurde vereinzelt erwähnt, dass Interventionen erfolgreich verankert und aus diesem Grund nicht mehr unter dem Dach des KAP weitergeführt wurden.

Gemäss den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz gibt es jedoch nach wie vor viele kantonsspezifische Interventionen und ein Bedarf an Fokussierung auf qualitativ gute und wirksame nationale Interventionen. Als Haupthindernis für die Übernahme von Interventionen, die von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlen werden, werden sowohl von den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch in den Kantonen die Kosten dieser Interventionen angeführt. Relativ häufig scheitern solche Interventionen auch an der notwendigen finanziellen Beteiligung der Gemeinden. Ebenso spricht gegen die Übernahme von nationalen Interventionen gemäss mehreren KAP-Verantwortlichen, wenn im Kanton bereits ähnliche, von den Multiplikatoren mitentwickelte und gut akzeptierte Interventionen bestehen. Einzelne kantonale KAP-Verantwortliche erwähnen zudem die komplizierten Teilnahmebedingungen, welche die Multiplikatoren von der Teilnahme an einer Intervention abhalten und die Umsetzung der Intervention erschweren.

Damit die Umsetzung von empfohlenen nationalen Interventionen gelingt, müssen gemäss den befragten KAP-Verantwortlichen verschiedene Aspekte beachtet werden. So sollen die Interventionen möglichst pfannenfertig übernommen, gleichzeitig aber auch an den kantonalen Kontext angepasst werden können. Die Interventionen sollten zudem in die bestehenden kantonalen Strukturen eingebunden werden können. Wenn Interventionen über die Sprachgrenze hinweg multipliziert werden, ist eine Anpassung an den kulturellen und sprachlichen Kontext in der anderen Sprachregion notwendig. Es wird vorgeschlagen, Umsetzungsvarianten für grosse und kleine Kantone respektive Städte und Gemeinden anzubieten. So ist es beispielsweise in grossflächigen und regional vielfältigen Kantonen schwieriger, eine Intervention flächendeckend umzusetzen. Kleinere Kantone können die empfohlenen nationalen Interventionen nur als reduzierte Version oder in Kooperation mit anderen Kantonen umsetzen.

I2: Die Interventionen sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert (=).

Bei der Verankerung von Interventionen in bestehende oder neue Strukturen ist zwar eine leichte Verbesserung erkennbar. Insgesamt ist jedoch der Anteil verankerter Massnahmen nach wie vor tief. Wir stufen die Zielerreichung daher wie in der letzten Evaluationsrunde als tief ein.

Beurteilung der Indikatoren zur Verankerung der Interventionen

Von den insgesamt 381 Interventionen sind mittlerweile 173 abgeschlossen (vgl. Tabelle D2.5). Von diesen 173 abgeschlossenen Interventionen wurden 135 (78%) nicht verankert respektive mit Blick auf die Flächendeckung ausgedehnt (2011: 56%, 2013: 59%). Der Anteil der flächendeckend, das heisst in 80% aller Settings (z.B. Krippen, Schulen), eingeführten Interventionen ist gleichbleibend gering. Erfreulich ist allerdings, dass der Anteil verankerter Interventionen von 4% auf 8% leicht zugenommen hat.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Verankerung der Interventionen

Die interviewten kantonalen KAP-Verantwortlichen definieren das Konzept der Verankerung unterschiedlich. Einige Befragte erachten eine Intervention als verankert, wenn sie vollständig ohne Finanzierung durch das kantonale Aktionsprogramm weiterläuft. Für andere ist eine Intervention dann verankert, wenn die operativen Tätigkeiten für die Intervention von Dritten übernommen werden, aber weiterhin eine Finanzierung durch das KAP besteht. Wieder andere verbinden Verankerung damit, dass die Inhalte der Intervention in Regelstrukturen verankert werden, wie beispielsweise im Leitbild einer Kita oder in den Empfehlungen der Bildungsdirektion.

Die KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz erkennen eine positive Entwicklung der KAP in Bezug auf die nachhaltige Verankerung der Interventionen. Es sei punktuell gelungen, Interventionen oder deren Kerninhalte in den Regelstrukturen zu verankern. So konnten beispielsweise in einigen Kantonen die Inhalte von «Purzelbaum Kin-

TABELLE D2.5

Stand der Umsetzung Modulprojekte 2011, 2013 und 2017

| Stand | 2011 | | 2013 | | 2017 | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| 1–9 Laufend | 187 | 88 % | 270 | 81 % | 208 | 55 % |
| 10 Abgeschlossen (ohne weitere Aktivitäten, keine Verankerung) | 15 | 7 % | 38 | 11 % | 135 | 35 % |
| 11 Abgeschlossen, verankert (auf kantonal resp. Policyebene) | 6 | 3 % | 15 | 4 % | 32 | 8 % |
| 12 Ausdehnung/Multiplikation via KAP (mit Blick auf Flächendeckung) | 6 | 3 % | 11 | 3 % | 6 | 2 % |
| Total alle Projekte | 214 | 100 % | 334 | 100 % | 381 | 100 % |

Quelle: Projektliste Gesundheitsförderung Schweiz

dergarten» in den Lehrplan der pädagogischen Hochschulen aufgenommen werden. Die Aktivitäten werden in einem Kanton nun nicht mehr über das KAP, sondern über das Bildungsdepartement finanziert. Auch bei der Intervention «Miges Balù» ist in mehreren Kantonen eine Überführung ins Regelangebot der Mütter- und Väterberatung gelungen. Bei anderen Interventionen sind die kantonalen KAP-Verantwortlichen erst auf dem Weg dazu, die Finanzierung vom KAP loszulösen. Die Verankerung bleibt eine anspruchsvolle und aufwendige Aufgabe und ist häufig ein Prozess von mehreren Jahren. Sowohl KAP-Verantwortliche bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch mehrere Zuständige in den Kantonen sind der Ansicht, dass die meisten Interventionen wohl nie ohne nationale KAP-Finanzierung auskommen werden. Selbst wenn die Interventionen in den Regelstrukturen verankert sind, können sich die KAP sowohl finanziell als auch personell nur sehr selten vollständig von einer Intervention zurückziehen, ohne deren Abbruch zu riskieren. Einzelne erachten es schwierig, die Gemeinden für eine längerfristige Mitfinanzierung zu gewinnen. Einfacher sei es, eine Verankerung von Inhalten der Interventionen in Empfehlungen zu bewirken. Allerdings stösst auch dieses Vorgehen aufgrund der grossen Autonomie von Gemeinden und Schulen an Grenzen.

Für eine erfolgreiche Verankerung müssen mehrere Aspekte berücksichtigt werden. Gemäss den kantonalen KAP-Verantwortlichen sollte die Verankerung bereits bei der Konzeption einer Intervention mitge-

dacht werden. Es ist empfehlenswert, sich bei der Verankerung auf wenige Interventionen zu konzentrieren, für die ein wissenschaftlich belegter Bedarf besteht. Zudem bauen die Interventionen idealerweise auf etablierte Institutionen auf, welche die KAP-Themen in ihr Angebot integrieren können. Weiter ist die Vernetzungsarbeit für die Verankerung von Bedeutung. Wichtig sind in diesem Zusammenhang die Sicherstellung des Rückhalts von Entscheidungsträgerinnen und -trägern, die Überzeugungsarbeit in den Gemeinden und eine gute Abstimmung auf andere kantonale Policies.

P1: Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert (▲).

Unter Policymassnahmen fallen zumeist strukturelle Massnahmen, die flächendeckend und über die KAP-Dauer hinaus angelegt sind. Die Anzahl Policymassnahmen hat seit der letzten Evaluationsrunde weiter zugenommen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass seit der dritten KAP-Phase auch Anstrengungen zur Verankerung von Interventionen unter Policymassnahmen laufen. Zudem ist der Anteil in Kraft getretener Policymassnahmen gestiegen. Schliesslich haben zwei Drittel der in Kraft getretenen Massnahmen weiterhin einen verbindlichen Charakter. Aus diesen Gründen stufen wir die Zielerreichung neu als hoch ein.

Beurteilung der Indikatoren zur strukturellen Verankerung der Themen Bewegung und Ernährung

Die Anzahl Policymassnahmen hat zwischen 2013 und 2017 von 154 auf 183 zugenommen. Von diesen Policymassnahmen sind 44 % bereits in Kraft getreten (2011: 23 %, 2013: 29 %). Die Tabelle D2.6 bietet einen Überblick über die Anzahl und den Charakter der 2011 und 2013 bereits in Kraft getretenen Policymassnahmen. Von den 81 Policymassnahmen, die 2017 in Kraft getreten sind, haben gut zwei Drittel wie bereits 2013 einen eher verbindlichen Charakter. Bei neun der in Kraft getretenen Regelungen handelt es sich um Gesetze respektive Verordnungen. In weiteren sechs Fällen wurden neue Reglemente, Weisungen, Richtlinien oder Standards geschaffen. Dreimal ist es gelungen, die Themen Bewegung und Ernährung im Lehrplan der obligatorischen Schule zu verankern. 13 Massnahmen betreffen die Verankerung relevanter Themen in der Aus- und Weiterbildung von Multiplikatoren. Je zehn Massnahmen bestehen in der Überführung in ein Regelangebot respektive der Schaffung einer institutionalisierten KAP-unabhängigen Koordinationsstelle. Zu den 14 eher unverbindlichen Policymassnahmen zählen Empfehlungen, Labels sowie neue institutionalisierte Vernetzungsgefässe.

P2: Politiker/-innen setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein (=).

Beim Einsatz der Politiker und Politikerinnen für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung zeigt sich insgesamt wenig Veränderung, sodass die Zielerreichung nach wie vor als mittel eingestuft wird.

Beurteilung der Indikatoren zum Einsatz der Politiker und Politikerinnen für Bewegungsräume und gesunde Ernährung

Wie bisher hat in vier Kantonen der Regierungsrat Einsitz in einem Gremium, das sich mit übergeordneten Fragen in Zusammenhang mit dem KAP beschäftigt (2013: 4, 2011: 6). In 15 Kantonen ist zudem eine Amtsleitung in einem solchen Gremium vertreten (2013: 15, 2011: 16). Ebenso gibt es, wie in den beiden letzten Evaluationsrunden, in allen Kantonen (mit Ausnahme von einem) politische Strategiepläne, in welche die Themen Bewegung und Ernährung aufgenommen wurden. In 18 Kantonen gibt es insgesamt 64 interdepartementale Entscheidungen zugunsten von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung (2013: 60, 2011: 40). Die meisten dieser Entscheide betreffen nach wie vor die Departemente

TABELLE D2.6

Charakter der bereits in Kraft getretenen Policymassnahmen

| Charakter der Policymassnahmen | Anzahl | Anzahl | Anzahl | hoch ↓ tief |
|--|----------------|-----------------|-----------------|------------------------------|
| | 2011 | 2013 | 2017 | |
| Gesetz, Verordnung, Reglement**, Strategien** | 0 | 4 | 9 | Verbindlichkeit ↓ tief |
| Weisung, Richtlinie, Standards usw. | 3 | 4 | 6 | |
| Verankerung in Lehrplan/Curriculum/Lernziele (obligatorische Schulzeit) | 1 | 2 | 3 | |
| Verankerung in Aus-/Weiterbildung von Multiplikatoren | 0 | 9 | 13 | |
| Überführung in Regelangebot, Leistungsvereinbarung o. ä. | 3 | 6 | 10 | |
| Institutionalisierte Koordinationsstelle/Zuständigkeit (KAP-unabhängig)* | – | 6 | 10 | |
| Empfehlungen, Leitlinien usw. | 7 | 9 | 17 | |
| Label, Auszeichnung | 2 | 3 | 10 | |
| Neues Vernetzungsgefäss (institutionalisiert) | 0 | 2 | 1 | |
| Sensibilisierung von Entscheidungsträgern/-innen / Politikern/-innen | 0 | 0 | 2 | |
| Verbindliche Policymassnahmen | 7 (44%) | 31 (69%) | 51 (63%) | |
| Unverbindliche Policymassnahmen | 9 (56%) | 14 (31%) | 30 (37%) | |

Quelle: Projektliste Gesundheitsförderung Schweiz

* Neue Kategorie im Jahr 2013

** 2017 neu in Gesetz und Verordnungen enthalten

Gesundheit und Bildung (vgl. Tabelle D2.7). Es gibt allerdings weniger Kantone mit interdepartementalen Entscheidungen, die das Bildungsdepartement involvieren. Dafür gibt es mehr solche Entscheide, an denen das Wirtschafts- oder das Sozialdepartement beteiligt sind. Die Beteiligung der Gemeinden in den KAP-Gremien ist weiter gestiegen. So sind die Gemeinden neu in 16 Kantonen in einem KAP-Gremium vertreten (2013: 12, 2011: 9).

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zum Einsatz der Politiker und Politikerinnen für Bewegungsräume und gesunde Ernährung

In der Westschweiz, aber auch in mehreren Deutschschweizer Kantonen wird die politische Akzeptanz für das Modul A weiterhin als hoch erachtet. In diesen Kantonen haben Gesundheitsförderung und Prävention in der Regel einen hohen Stellenwert. Das Modul A wird als wichtiger Teil der Gesundheitsförderung gesehen, insbesondere auch wegen des Fokus auf Kinder und Jugendliche, bei denen langfristige Verhaltensänderungen bewirkt werden können. In drei Kantonen geniessen die KAP eine grosse Unterstützung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Regierung und Verwaltung, wodurch die politische Akzeptanz der Programme sehr gefördert wird. Ebenfalls in drei Kantonen wurde der politische Rückhalt für die KAP durch die Erstellung von Leitbildern gestärkt. In einem Kanton hat sich der politische Kontext des KAP durch eine Reorganisation der Kantonsverwaltung sowie eine bessere Einbettung der KAP in eine Gesamtstrategie verbessert.

In anderen Kantonen hat sich der politische Kontext aufgrund von Sparmassnahmen verschlechtert. In drei Kantonen wird auch von einer kritischen Einstellung der politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen gegenüber Gesundheitsförderung und Prävention generell und für vulnerable Gruppen in der Migrationsbevölkerung im Speziellen berichtet. Einzelne kantonale KAP-Verantwortliche haben ausserdem festgestellt, dass das lange Bestehen von Modul A eine Angriffsfläche bieten kann. Politische Entscheidungsträger und -trägerinnen stellen in Frage, ob es das Modul noch immer braucht.

Um Einfluss auf den politischen Kontext zu nehmen, wird in den KAP unterschiedlich vorgegangen. Mehrere kantonale KAP-Verantwortliche unterstreichen, dass die politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen mit fundierten Argumenten von der Bedeutung des Moduls A überzeugt werden müssen. Gut bewährt haben sich Argumentationen, die unter anderem Überlegungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis miteinbeziehen. Realistische Zielsetzungen für die Rechenschaftsablegung gegenüber politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern werden ebenfalls als wichtig erachtet. Statt die Ziele auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen zu fokussieren, sei es besser, dass die Zielsetzung bei Settings und Multiplikatoren ansetze. Schliesslich ist auch das von Gesundheitsförderung Schweiz publizierte Argumentarium «Gesundheit fördern, Krankheit und Unfälle verhüten» ein wertvolles Instrument für die Überzeugungsarbeit bei politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern. Um bei ih-

TABELLE D2.7

Interdepartementale Entscheide in den KAP

| Involviertes Departement | Anzahl KAP mit interdepartementalen Entscheiden | | |
|---------------------------------|--|--------------------|--------------------|
| | 2011 (n=21) | 2013 (n=20) | 2017 (n=21) |
| Bildung | 16 | 18 | 15 |
| Sport | 4 | 5 | 5 |
| Bau, Umwelt, Verkehr | 5 | 5 | 4 |
| Wirtschaft | 3 | 3 | 7 |
| Soziales | 1 | 2 | 5 |
| Alle Departemente | 9 | 9 | 9 |

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen der Kantone ausgefüllte Fragenkataloge

nen keine unnötige Aufmerksamkeit zu generieren, wird in mehreren KAP eine zurückhaltende Öffentlichkeitsarbeit verfolgt. Eine interviewte Person regt an, dass Gesundheitsförderung Schweiz noch stärker aufzeigt, welche Policy-massnahmen in den Kantonen umgesetzt werden, um so den Druck auf kantonale Entscheidungsträger und -trägerinnen zu erhöhen, in diesem Bereich aktiv zu werden. Zudem wird es als wichtig erachtet, für verbindliche Policy-massnahmen Gesetze, Verordnungen, Weisungen und Richtlinien vermehrt auf regionaler oder nationaler Ebene anzusetzen.

V1: Im Grossteil der Kantone (>50%) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Bildungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist (=).

Die Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement scheint sich seit 2013 tendenziell eher verschlechtert zu haben. Da diese Zusammenarbeit in den meisten Kantonen jedoch nach wie vor gut ist und sich der Zugang zu den Schulen nicht wesentlich verschlechtert hat, stufen wir die Erreichung dieses Ziels nach wie vor als mittel ein.

Beurteilung der Indikatoren zur Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement und den Schulen

Die Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement scheint weniger intensiv als in der letzten Evaluationsrunde. So wiesen 2017 zwei Kantone keine Vertretung des Bildungsdepartements in einem KAP-Gremium auf, während 2013 dieses Departement noch in allen Kantonen in einem KAP-Gremium vertreten war. Zudem gibt es nur noch in 15 Kantonen interdepartementale Entscheidungen, in die das Bildungsdepartement involviert ist (2013: 18, 2011: 16).

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement und den Schulen

Die Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement wird von 14 KAP-Verantwortlichen als eher gut oder gut bezeichnet. Sechs KAP-Verantwortliche empfinden die Zusammenarbeit insbesondere mit dem Amt für Volksschulen als eher schlecht oder schlecht. In einem KAP-Kanton ist die Zusammenarbeit auf operativer, nicht aber auf strategischer Ebene gut. Als erschwerend für die Zusammen-

arbeit wirken sich ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention im Bildungsdepartement sowie ein mangelndes Engagement der Bildungsdirektion für das Thema Prävention und die KAP-Ziele aus. Mehrfach wurde zudem erwähnt, dass es im Bildungsdepartement durch die Einführung des Lehrplans 21 zu wenig personelle Ressourcen für Gesundheitsförderung und Prävention gibt. Eine gute Abstimmung mit den regionalen Lehrplänen hat sich aus diesem Grund als fördernd für die Zusammenarbeit mit dem Bildungsdepartement erwiesen. So wird in einem Kanton beispielsweise die Akzeptanz der KAP-Interventionen gesteigert, indem ein Bezug zwischen diesen Interventionen und den Zielen des Lehrplans 21 hergestellt wird. In einem anderen Kanton wurden die KAP-Interventionen gemeinsam mit der Bildungsdirektion entwickelt mit dem Ziel, dass sie mit dem Lehrplan vereinbar sind.

Den Zugang zum Setting Schule schätzen 15 KAP-Verantwortliche als gut oder eher gut ein. In vier KAP ist der Zugang zu den Schulen eher schlecht und zwei haben keine klare Haltung in dieser Frage. Erschwerend für den Zugang zu den Schulen ist vielerorts die starke Auslastung der Lehrpersonen und Schulleitenden. Ausserdem ist die Volksschule mit zahlreichen Anfragen diverser Akteure/-innen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zu vielen verschiedenen Themen konfrontiert. Fördernd für den Zugang zu den Schulen wirken sich die Kanäle und Veranstaltungen der Volksschulen aus, welche die KAP für die Verbreitung von Informationen zu ihren Interventionen nutzen können.

V2: Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales usw.) zeigt konkrete Resultate (=).

Die Vernetzung mit weiteren Departementen hat sich nicht wesentlich verändert, sodass wir die Zielerreichung nach wie vor als mittel einstufen.

Beurteilung der Indikatoren zur Vernetzung mit weiteren Departementen

Gemessen an der Anzahl interdepartementaler Entscheidungen hat sich die Vernetzung der KAP leicht weg vom Bildungsdepartement und hin zu anderen Departementen, insbesondere im Bereich Wirtschaft und Soziales, verlagert (vgl. Tabelle D2.7). Inter-

departementale Entscheide, die diese beiden Bereiche betreffen, umfassen beispielsweise die Förderung ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung bei vulnerablen Familien mit Unterstützung des Wirtschafts- und Sozialdepartements. In einem Kanton wurde eine Arbeitsgruppe zur frühen Förderung gegründet, in der das Sozialamt vertreten ist. Zusammen mit dem Bau-, Umwelt- und Verkehrsdepartement bestehen interdepartementale Entscheidungen im Bereich Langsamverkehr, Spielplätze und Bewegungsräume.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Vernetzung mit weiteren Departementen

Die meisten Vernetzungsaktivitäten mit weiteren Departementen bestanden in den KAP bereits bei der letzten Evaluationsrunde. Nur in einzelnen KAP sind neue Vernetzungsgefässe entstanden. Zurzeit besteht eine Zusammenarbeit mit Ämtern für Soziales in zehn KAP, mit Ämtern für Sport respektive für Migration und Integration in acht KAP, mit Ämtern in den Bereichen Umwelt, Verkehr und Raumplanung in acht KAP und mit Ämtern für Wirtschaft in drei KAP. Fünf KAP-Verantwortliche berichteten, dass die Vernetzung mit weiteren Departementen über eine Begleit- respektive Steuergruppe sichergestellt wird. Ebenfalls fünf KAP-Vertretende haben Einsitz in Fachkommissionen zu verschiedenen Themenbereichen wie Langsamverkehr, Sport, frühe Förderung und Integration. Zudem berichteten etliche KAP-Verantwortliche von interventionsbezogenem respektive bilateralem Austausch mit weiteren Departementen. Das Thema frühe Förderung wird mit Abstand am häufigsten als Anlass für die Vernetzungsaktivitäten mit anderen Departementen erwähnt. Zudem scheint es mehr interdepartementale Vernetzungen zum Thema Bewegung als zu den Themen Ernährung und Healthy Body Image zu geben.

V3: Die Vernetzung innerhalb der Kantone wird aufrechterhalten (=).

In einzelnen Kantonen zeigen die Vernetzungspartner und -partnerinnen der KAP weniger Interesse an den Themen Bewegung und insbesondere Ernährung. Die Vernetzung mit Fachpersonen konnte jedoch seit der letzten Evaluationsrunde insgesamt weiter ausgebaut werden. Aus diesem Grund stufen wir die Erreichung dieses Zieles nach wie vor als hoch ein.

Beurteilung der Indikatoren zur intrakantonalen Vernetzung

Im Jahr 2017 sind zehn der zwölf untersuchten Multiplikatorengruppen öfter in den KAP vertreten als 2013 (vgl. Tabelle D2.8). Am stärksten zugenommen hat der Einbezug von Leitenden von Spielgruppen respektive Mütter-, Väter- und Kindturnen, die neu in zehn Kantonen in einem KAP-Gremium Einsitz haben (2013: 5, 2011: 3). Ebenso sind Leitende von familien- und schulergänzender Kinderbetreuung, Vertretende des Migrationsbereichs sowie von Lehrlingsausbildungen deutlich häufiger in KAP-Gremien vertreten. Stabil geblieben ist die Vertretung von Berufsverbänden, und leicht abgenommen hat die Vertretung der Ärzteschaft. Diese ist in einem Kanton weniger vertreten als in der letzten Evaluationsrunde.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur intrakantonalen Vernetzung

Gemäss den KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz ist die Vernetzungsarbeit eine wichtige Aufgabe des Programmmanagements. Sie sind der Ansicht, dass die kantonalen KAP-Verantwortlichen die Umsetzung von Interventionen noch mehr an externe Partner und Partnerinnen delegieren könnten. Sie könnten sich dadurch vermehrt auf die Steuerung der Umsetzung und die Vernetzung mit Umsetzungspartnern/-innen konzentrieren.

Die intrakantonale Vernetzung in den Kantonen läuft über verschiedene Gefässe. Mit Abstand am häufigsten sind Vernetzungstreffen mit Partnern/-innen respektive Projektträgerinnen und -trägern in neun KAP. In vier KAP gibt es Vernetzungsanlässe für bestimmte Multiplikatorengruppen, wobei diese Anlässe nur in zwei KAP von den Verantwortlichen organisiert werden. Die zwei anderen KAP-Verantwortlichen bevorzugen es, Referate an Veranstaltungen der Multiplikatoren zu halten. Drei KAP-Verantwortliche erwähnen projektspezifische Austauschgefässe, beispielsweise zu «Purzelbaum» oder «Miges Balù». In fünf Kantonen gibt es keine spezifischen Vernetzungsanlässe.

Das Interesse der Partner und Partnerinnen an den KAP-Themen wird unterschiedlich beurteilt. Ein Teil der interviewten KAP-Verantwortlichen ist der Ansicht, dass das Interesse der Fachleute an den Themen Bewegung und Ernährung nach wie vor vorhanden ist. Andere vertreten die Meinung, dass

TABELLE D2.8

Vertretung unterschiedlicher Multiplikatoren in KAP-Gremien

| Multiplikatoren | Anzahl KAP mit Vertretung von Multiplikatoren in ... | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|------|---------------|------|------|---------|------|------|---------------|------|------|
| | Steuergruppe | | | Begleitgruppe | | | Weitere | | | Alle Gremien* | | |
| | 2011 | 2013 | 2017 | 2011 | 2013 | 2017 | 2011 | 2013 | 2017 | 2011 | 2013 | 2017 |
| Leitende familien- und schulergänzende Kinderbetreuung | 0 | 0 | 3 | 3 | 4 | 3 | 11 | 12 | 14 | 11 | 14 | 17 |
| Schulvertretende | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 11 | 11 | 11 | 15 | 15 | 16 |
| Vertretung Migrationsbereich | 0 | 0 | 2 | 7 | 8 | 8 | 7 | 8 | 11 | 12 | 13 | 16 |
| Vertretende Ärzteschaft | 7 | 8 | 4 | 11 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 18 | 16 | 15 |
| Mütter-/Väterberatende | 1 | 0 | 1 | 5 | 5 | 4 | 9 | 9 | 11 | 11 | 11 | 13 |
| Leitende Freizeitangebote, Vereine | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 5 | 9 | 10 | 5 | 10 | 12 |
| Hebammen, Geburtsvorbereitende | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 6 | 9 | 11 | 6 | 10 | 11 |
| Erziehungsberechtigte | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 7 | 7 | 9 | 8 | 8 | 10 |
| Leitende Muki-/Vaki-Turnen, Spielgruppen | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 5 | 9 | 3 | 5 | 10 |
| Vertretende Berufsverbände | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| Lehrlingsauszubildende | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 7 |
| Schwangere | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 |

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllte Fragenkataloge

* Lesebeispiel: 2013 hatten Schulvertretende in 6 Kantonen in der Steuergruppe, in 6 Kantonen in der Begleitgruppe und in 11 Kantonen in weiteren KAP-Gremien Einsitz. Da Schulvertretende in 7 Kantonen in 2 oder mehr Gremien Einsitz haben, sind sie über alle Gremien hinweg nicht in 23 (6 + 6 + 11) Kantonen, sondern lediglich in 15 Kantonen vertreten.

die Themen Bewegung und insbesondere Ernährung nicht mehr besonders innovativ sind und die psychische Gesundheit auf grösseres Interesse stösst. Die Verknüpfung dieser drei Themen durch das Healthy Body Image wurde aus diesem Grund als wertvoll für die Vernetzung erachtet. In diesem Zusammenhang wird angeregt, die Vernetzung über die Module A und C hinaus zu stärken.

V4: Die Vernetzung zwischen den Kantonen wird aufrechterhalten (=).

Bei der interkantonalen Vernetzung gibt es keine wesentlichen Veränderungen, sodass die Zielerreichung nach wie vor als hoch eingestuft wird.

Beurteilung der Indikatoren zur interkantonalen Vernetzung

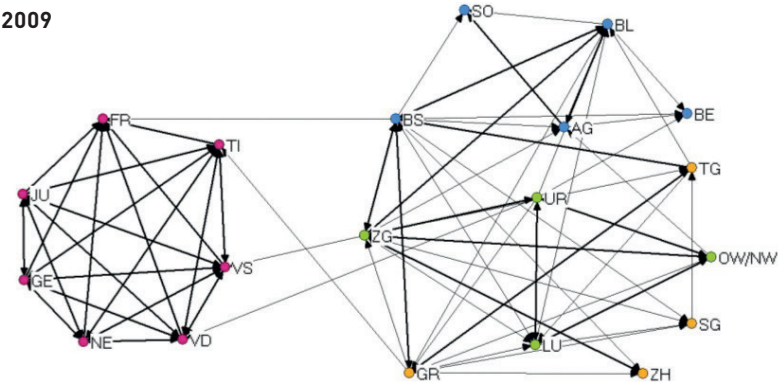
Wie aus der Abbildung D2.9 zu entnehmen ist, hat die interkantonale Vernetzung der KAP zwischen 2009 und 2011 am stärksten zugenommen. Seit

2013 findet die Vernetzung vermehrt innerhalb der regionalen Sektionen der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF) statt. Hingegen hat die überkantonale Zusammenarbeit, insbesondere über Sprachgrenzen hinweg, abgenommen. Die VBGF-Regionen sind auch für die Zusammenarbeit mehrerer Kantone in gemeinsamen Interventionen ausschlaggebend (vgl. Tabelle DA.1 im Anhang A1.2). Im Vergleich zum letzten Jahr ist die Anzahl über die VBGF-Regionen hinaus umgesetzter Interventionen von zehn auf zwölf leicht gestiegen. Von diesen zwölf Interventionen involvieren sieben eine Zusammenarbeit über die Sprachgrenzen hinweg (2013: 6). In den Interventionen «Pédibus», «Youp'la bouge» und «Tina und Toni» arbeitet das KAP Bern mit anderen Westschweizer KAP zusammen. Bei der Intervention «Fourchette verte» gibt es eine Zusammenarbeit zwischen mehreren Deutsch- und Westschweizer KAP. Das Label «Commune en santé» wird im Rahmen des KAP Thurgau umgesetzt.

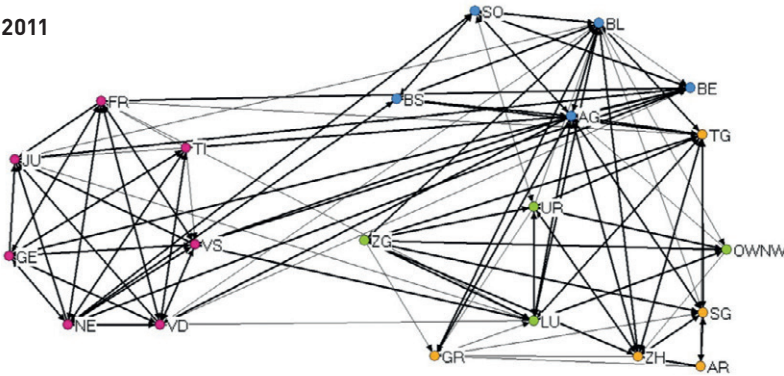
ABBILDUNG D2.9

Vergleich der interkantonalen Vernetzung 2009, 2011, 2013, 2017

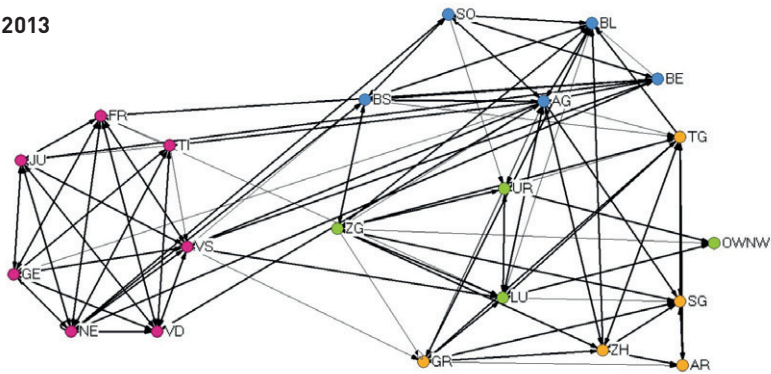
2009



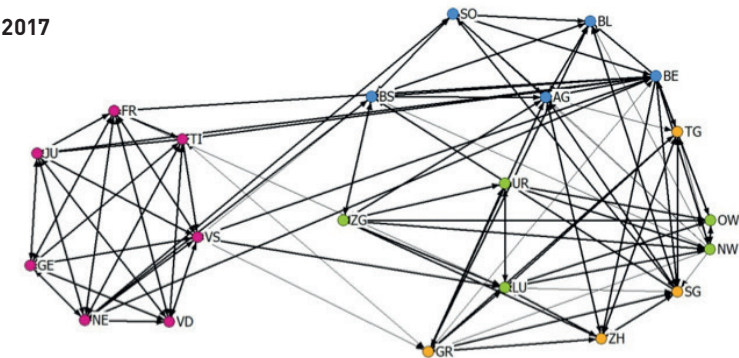
2011



2013



2017



- Kantone aus der VBGF-Regionalkonferenz
- Westschweiz
- Nordwestschweiz
- Ostschweiz
- Zentralschweiz

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen der Kantone ausgefüllte Fragenkataloge.
Die Kontakte sind mit einer schwachen und die Zusammenarbeit zwischen den KAP mit einer starken Linie gekennzeichnet.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur interkantonalen Vernetzung

Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt die interkantonale Vernetzung und Koordination auf zwei Arten. Einerseits sorgt sie durch die Vernetzung mit nationalen Akteuren und Akteurinnen für eine gute Umsetzung der KAP. Seit der letzten Evaluationsrunde wurde die Vernetzung mit Akteuren und Akteurinnen aus dem Bereich frühe Kindheit wie Pädiater/-innen, Stillberaterinnen, Hebammen durch die Intervention «Miapas» verstärkt und gemeinsame Botschaften entwickelt (Gesundheitsförderung Schweiz 2018). Zur Förderung der Chancengleichheit in den KAP hat Gesundheitsförderung Schweiz mit dem Schweizerischen Roten Kreuz sowie dem Verein «Lire et Écrire» Tagungen organisiert. Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung steht Gesundheitsförderung Schweiz und den kantonalen KAP-Verantwortlichen beratend zur Seite.

Andererseits unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz die Vernetzung zwischen KAP über Netzwerktagungen. Diese werden von den kantonalen KAP-Vertretenden als wertvolle Austauschmöglichkeit erachtet. Auch die Austauschtreffen mit den KAP-Verantwortlichen derselben VBGF-Region werden als sehr nützlich beurteilt. Der unkomplizierte und praxisnahe Austausch ist vielerorts geprägt von Vertrauen und von der Haltung, Erfahrungen und Produkte miteinander zu teilen. Der Austausch über die Sprachgrenzen hinweg wird sowohl seitens der KAP-Verantwortlichen bei Gesundheitsförderung Schweiz als auch in den Kantonen aufgrund von Sprachbarrieren als schwierig erachtet. Die Vernetzung wird durch gemeinsame Interventionen wie «Fourchette verte» respektive «Ama terra» gefördert. Allerdings ist für die anspruchsvolle Verständigung in solchen Interventionen der Beizug einer Übersetzerin oder eines Übersetzers notwendig. Einzelne KAP-Vertretende sind zudem der Ansicht, dass Gesundheitsförderung Schweiz den überregionalen Austausch noch stärker fördern könnte, indem sie das gegenseitige Lernen im Rahmen von speziellen Workshops fördert oder an Netzwerktagungen mehr Zeit und Raum für die überregionale Vernetzung einräumt.

C1: Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser/HBI) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden (=).

Im Vergleich zur letzten Evaluationsrunde ist es weniger gut gelungen, die thematischen Schwerpunkte von Gesundheitsförderung Schweiz in der Öffentlichkeitsarbeit aufzugreifen. Hingegen ist es relativ gut gelungen, die Kommunikationsmassnahmen auf die Zielgruppe der Kinder im Vorschulalter auszurichten. Gestützt auf diese beiden Feststellungen stufen wir die Zielerreichung nach wie vor als mittel ein.

Beurteilung der Indikatoren zur Schwerpunktsetzung in der Öffentlichkeitsarbeit

Wie aus der Tabelle D2.10 ersichtlich, ist die Anzahl Kommunikationsmassnahmen zwischen 2013 und 2017 von 83 auf 107 gestiegen. Im Mittel realisieren die kantonalen Aktionsprogramme 2017 fünf Kommunikationsmassnahmen (2013: 4). Im Vergleich zur letzten Evaluationsrunde gibt es noch mehr Kommunikationsmassnahmen zu den KAP-Interventionen. Hingegen hat die Öffentlichkeitsarbeit zum Gesamtprogramm abgenommen. Über die Themen Bewegung und Ernährung wird im selben Umfang kommuniziert. Hingegen scheint es weniger gut gelungen zu sein, die Schwerpunktthemen von Gesundheitsförderung Schweiz in der Öffentlichkeitsarbeit der kantonalen Aktionsprogramme aufzugreifen. Nur 11% der Kommunikationsmassnahmen betreffen das Thema Wasser (2013: 16%). Zudem ist das Thema Healthy Body Image nach wie vor selten Gegenstand der Kommunikationsmassnahmen. Diese Daten stehen im Widerspruch zu den Aussagen der interviewten kantonalen KAP-Verantwortlichen, welche diesen Themen nach wie vor eine hohe Bedeutung zumessen (siehe unten). Dass die Themen in der Kommunikationsarbeit weniger aufgegriffen wurden, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass Gesundheitsförderung Schweiz den KAP weniger Kommunikationsmaterialien zur Verfügung stellt. So wurde die Kampagne «Wasser trinken» eingestellt, und es wurden keine Materialien zum Thema Healthy Body Image zur Verfügung gestellt. Unter weitere Themen fallen insbesondere Kommunikationsmassnahmen zur frühen Förderung (4) und zur psychischen Gesundheit (2).

TABELLE D2.10

Thematische Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit

| Thema | Kommunikationsmassnahmen (Mehrfachnennungen) | | | |
|--------------------|--|--------|--------------|--------|
| | 2013 (n=83) | | 2017 (n=107) | |
| | Anzahl | Anteil | Anzahl | Anteil |
| KAP-Interventionen | 25 | 30 % | 39 | 36 % |
| Bewegung | 18 | 22 % | 25 | 23 % |
| Gesamtprogramm | 17 | 20 % | 16 | 15 % |
| Ernährung | 11 | 13 % | 14 | 13 % |
| Wasser | 13 | 16 % | 12 | 11 % |
| Weitere Themen | 7 | 8 % | 9 | 8 % |
| Healthy Body Image | 2 | 2 % | 4 | 4 % |

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen ausgefüllter Fragenkatalog.

Von den 21 mittels Fragenkatalog befragten KAP-Verantwortlichen haben nur zehn Angaben zu den Adressaten von insgesamt 48 Kommunikationsmassnahmen geliefert. Knapp zwei Drittel dieser Kommunikationsmassnahmen richten sich unter anderem auch an Kinder im Vorschulalter respektive an professionelle und private Multiplikatoren im Kontakt mit Kindern dieser Altersgruppe. Bei einem Siebtel der Kommunikationsmassnahmen steht das Vorschulalter ausschliesslich im Fokus.

Einschätzung der KAP-Verantwortlichen zur Schwerpunktsetzung in der Öffentlichkeitsarbeit

Aus Sicht der kantonalen KAP-Verantwortlichen haben sich die beiden Themen Trinkwasser und Healthy Body Image gut für die Öffentlichkeitsarbeit bewährt. Das Thema Healthy Body Image bietet sich gut als Querschnittsthema zwischen Modul A und C an und stösst in der Öffentlichkeit und bei Fachleuten auf Anklang. Die Themen Trinkwasser und Healthy Body Image werden weiterhin als wichtige Themen für die Öffentlichkeitsarbeit erachtet. Zu den Themen Bewegung und Ernährung stossen insbesondere bei Eltern konkrete Alltagstipps, Rezepte und Handlungsanweisungen auf Interesse. Gewünscht werden zudem Kommunikationsmaterialien für die Zielgruppe Jugendliche, die beispielsweise an Veranstaltungen abgegeben werden können. Ebenso könnten in der Öffentlichkeitsarbeit vermehrt gesellschaftliche Trends aufgegriffen und über Themen wie Gluten oder Zucker informiert werden.

Die Kommunikationsmaterialien, die Gesundheitsförderung Schweiz den KAP zur Verfügung stellt, werden grundsätzlich geschätzt. Die Gespräche mit den KAP-Verantwortlichen zeigen jedoch unterschiedliche Bedürfnisse auf. Gewisse Interviewte wünschen sich zusätzliche Materialien, andere möchten die Kommunikationsmaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz an ihren kantonalen Kontext adaptieren und weitere eigene kantonspezifische Materialien entwickeln. Die Westschweizer KAP-Verantwortlichen überarbeiten die Kommunikationsmaterialien von Gesundheitsförderung Schweiz häufig gemeinsam. Alle Westschweizer KAP-Verantwortlichen sind der Ansicht, dass die von Gesundheitsförderung Schweiz gewählte Bildsprache tendenziell unpassend für die französischsprachige Kultur ist. Für diesen Landesteil werden authentischere und realistischere Bilder bevorzugt. Einzelne KAP-Verantwortliche würden gerne noch flexibler mit den Kommunikationsmitteln von Gesundheitsförderung Schweiz umgehen und Bilder kostenlos weiterverwenden können. Weiter wurde angeregt, dass Gesundheitsförderung Schweiz, anstatt selber Kommunikationsmaterialien zu entwickeln, gute Produkte von grösseren Kantonen verbreiten könnte. Materialien könnten auch vermehrt zum selber Ausdrucken freigegeben werden. Wichtig scheint, dass die Kommunikationsmaterialien bei Kampagnenstart in den Kantonen zur Verfügung stehen und die KAP-Verantwortlichen über die mangelnde Verfügbarkeit von Materialien rechtzeitig

informiert werden. Schliesslich wird vorgeschlagen, dass Gesundheitsförderung Schweiz soziale Youtube-Clips erstellt oder mit Werbebannern an Veranstaltungen die Sichtbarkeit und Legitimität von Interventionen unterstützt.

R1: Die Zahl erreichter Zielgruppen, Multiplikatoren und Settings bleibt stabil (▲).

Wie aus der Tabelle D2.11 zu entnehmen ist, hat sich die Anzahl der erreichten Zielgruppen, Multiplikatoren und Settings zwischen 2011 und 2017 markant erhöht. Seit der letzten Evaluationsrunde im Jahr 2013 hat sich die Anzahl erreichter Zielgruppen und Settings verdreifacht. Es wurden gar 15 Mal mehr Multiplikatoren erreicht als bei der letzten Erhebung. Dieser Anstieg kann teilweise mit einer besseren Datenerfassung erklärt werden. Er ist aber auch darauf zurückzuführen, dass grosse Interventionen wie «Fourchette verte» und «Purzelbaum» mehr Kinder, Multiplikatoren und Settings erreichen oder neue Interventionen wie «fit4future» und «Schule bewegt» von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt werden. Aus diesem Grund stufen wir die Zielerreichung neu als hoch ein.

TABELLE D2.11

Erreichte Zielgruppen, Multiplikatoren, Settings

| | 2011 | 2013 | 2017 |
|------------------------|---------|---------|---------|
| Zielgruppen | 132 792 | 177 902 | 526 027 |
| Multiplikatoren | 2 200 | 2 121 | 32 821 |
| Settings | 6 840 | 10 502 | 34 347 |

Quelle: Daten der Projektförderung KAP von Gesundheitsförderung Schweiz, Daten aus den Jahresberichten der KAP

R2: Das Verhalten von Kindern/Jugendlichen im Bereich Ernährung und Bewegung ist stabil oder verbessert sich (▲).

Verschiedene Studien zeigen, dass sich das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen seit der letzten Evaluation verbessert hat, während das Bewegungsverhalten stabil ist. Wir stufen daher die Erreichung dieses Ziels neu als hoch ein.

Ernährungsverhalten

Im Monitoringsystem Ernährung und Bewegung (MOSEB) sind der Konsum von Früchten, Gemüse, Süssgetränken und Fast Food wichtige Indikatoren, um das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu beurteilen. In der Abbildung D2.12 sind die wichtigsten Ergebnisse aus der HBSC-Studie 2014 (Health Behaviour in School-aged Children) zu diesen Indikatoren aufgeführt. Seit der letzten Evaluationsrunde ist insbesondere der Früchte- und Gemüsekonsum stärker verbreitet. So ist der Anteil 11- bis 15-jähriger Schüler und Schülerinnen, die mindestens einmal pro Tag Früchte essen, zwischen 2010 und 2014 von 43 % auf 47 % angestiegen. Ebenso nehmen neu 45 % der Schüler und Schülerinnen mindestens einmal täglich Gemüse zu sich, während dieser Anteil 2010 bei 43 % lag. Zudem hat der Süssgetränkekonsum leicht abgenommen. Nach wie vor selten ist der Konsum von Hamburgern und Hot Dogs.

Es zeigen sich jedoch Unterschiede im Ernährungsverhalten zwischen Geschlechtern und verschiedenen Altersgruppen. Der Anteil der Mädchen, die mindestens einmal täglich Früchte und Gemüse essen respektive höchstens einmal wöchentlich Süssgetränke und Fast Food konsumieren, ist höher als derjenige bei den Knaben. Zudem ist der Früchte- und Gemüsekonsum bei 11-Jährigen stärker verbreitet als bei 15-Jährigen. Ebenso konsumieren 11-jährige Knaben weniger häufig Fast Food als 15-jährige Knaben. Einzig der Konsum von Süssgetränken ist bei jüngeren Schülerinnen und Schülern stärker verbreitet als bei älteren.

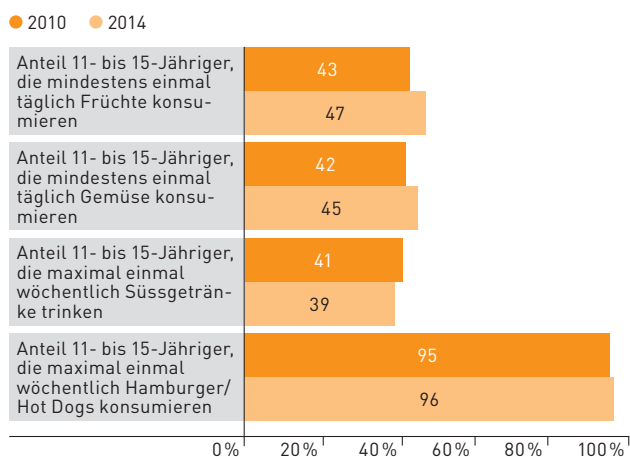
Die Autoren/-innen der HBSC-Studie führen drei Erklärungen für die positive Entwicklung im Ernährungsverhalten der Schüler und Schülerinnen auf. Erstens hat diese Entwicklung zeitgleich mit der Umsetzung verschiedener Massnahmen zur Förderung gesunder Essgewohnheiten stattgefunden. Das deutet darauf hin, dass sich die Massnahmen positiv auf

das Essensverhalten der Schüler und Schülerinnen ausgewirkt haben. Zweitens ist auch beim Suchtmittelkonsum eine positive Entwicklung beobachtbar, sodass es möglicherweise einen generellen Trend hin zu gesundheitsförderlichen Normen und Einstellungen in der Gesellschaft gibt. Drittens könnte dieser Trend jedoch auch sozial erwünschte Antworten der Schüler und Schülerinnen begünstigen, ohne dass sich deren Verhalten effektiv verändert hat.

Die HBSC-Studie hat allerdings auch Grenzen. Sie liefert lediglich Angaben zur Konsumhäufigkeit gewisser Nahrungsmittel. Die Einhaltung der Schweizerischen Ernährungsempfehlungen betreffend Konsum von drei Portionen Gemüse und zwei Portionen Früchte pro Tag kann jedoch nicht beurteilt werden. Entsprechende Daten liefert eine Befragung der Eltern von Kindern im Alter von 6 bis 16 Jahren im Rahmen der SOPHYA-Studie (Swiss children's objectively measured physical activity) (Bringolf-Isler et al. 2016). Diese Daten zeigen, dass 32% der Kinder mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse pro Tag essen. Dieser Anteil war in der Romandie mit 41% signifikant höher als in der Deutschschweiz (28,7%) und in der italienischsprachigen Schweiz (25,6%). Im Gegensatz zur HBSC-Studie zeigten sich keine Unterschiede im Früchte- und Gemüsekonsum zwischen den beiden Geschlechtern und über verschiedene Altersstufen hinweg. Bei bildungsfernen Familien war der Anteil Kinder, die kaum Gemüse und Früchte essen, höher.

ABBILDUNG D2.12

Ernährungsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern



Quelle: Archimi et al. 2016

Bewegungsverhalten

Die Schweizer Bewegungsempfehlungen sehen für Kinder und Jugendliche pro Tag mindestens eine Stunde Bewegung mit moderater Intensität vor. Sowohl im Monitoring zu den nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) als auch im Monitoringsystem Ernährung und Bewegung (MOSEB) stellt dies einen wichtigen Indikator dar. Drei Studien liefern Befunde zur Einhaltung dieser Empfehlung (vgl. Tabelle D2.13). Insgesamt scheint das Bewegungsverhalten seit der letzten Evaluationsrunde relativ stabil zu sein. Während in der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) der Anteil ausreichend aktiver Kinder zwischen 2010 und 2014 leicht gestiegen ist, ist dieser Anteil in der Studie Sport Schweiz zwischen 2008 und 2014 leicht gesunken. Die SOPHYA-Studie liefert keine Vergleichsdaten.

Aufgrund unterschiedlicher methodischer Zugänge gelangen die drei Studien allerdings zu recht unterschiedlichen Ergebnissen. So gaben in der HBSC-Studie 14% der 2014 befragten Jugendlichen an, dass sie in den letzten sieben Tagen während mindestens einer Stunde körperlichen Aktivitäten nachgingen. Der Vergleich mit den anderen beiden Studien zeigt, dass der Anteil aktiver Kinder und Jugendlicher effektiv höher sein dürfte. Im Gegensatz zur HBSC-Studie wurden die Jugendlichen in der Studie Sport Schweiz nicht nach körperlichen Aktivitäten generell, sondern differenziert nach den Aktivitäten beispielsweise auf dem Schulweg, im Schulsport, im Unterricht und im ausserschulischen Sport gefragt. Dabei zeigt sich, dass 2014 gut drei Viertel der Jugendlichen unter der Woche und über die Hälfte am Wochenende mindestens eine Stunde pro Tag aktiv waren. Insbesondere bei Kindern ab 12 Jahren dürften diese Werte wiederum zu hoch sein. In der Studie SOPHYA (Swiss children's objectively measured physical activity) wurde die körperliche Aktivität der 6- bis 16-jährigen Kinder und Jugendlichen während sieben Tagen mit einem Beschleunigungsmesser erfasst. Während sich noch alle 6- bis 7-Jährigen täglich eine Stunde bewegen, sind es gemäss der SOPHYA-Studie bei den 14- bis 16-Jährigen nur noch 22%.

Alle drei Studien zeigen zudem soziodemografische Unterschiede im Bewegungsverhalten auf. So nimmt gemäss allen drei Studien die Bewegungszeit mit dem Alter der Kinder ab. Zudem bewegen sich Mädchen weniger häufig als Knaben. Die Befragung der Kinder respektive ihrer Eltern in den beiden Studien

TABELLE D2.13

Bewegungsverhalten Kinder und Jugendliche

| Studie | Altersgruppe | Erhebung | Anteil Kinder und Jugendlicher mit einer Stunde Bewegung täglich | Stichprobe |
|-----------------|--------------|----------|--|------------|
| HBSC* | 11–15 Jahre | 2010 | 12 % | n = 5837 |
| | | 2014 | 14 % | n = 9894 |
| Sport Schweiz** | 10–14 Jahre | 2008 | 58 % am Wochenende 78 % unter der Woche | n = 1530 |
| | | 2014 | 57 % am Wochenende 76 % unter der Woche | n = 1525 |
| SOPHYA*** | 6–7 Jahre | 2016 | 100 % | n = 1320 |
| | 8–9 Jahre | | 94 % | |
| | 10–11 Jahre | | 65 % | |
| | 12–13 Jahre | | 39 % | |
| | 14–16 Jahre | | 22 % | |

Quellen: * Archimi et al. 2016, ** Lamprecht et al. 2015, *** Bringolf-Isler et al. 2016

Sport Schweiz und SOPHYA zeigt zudem, dass Kinder aus der lateinischen Schweiz weniger aktiv sind als Kinder aus der Deutschschweiz. Diese Befunde werden auch durch die Erhebung mit dem Beschleunigungsmesser in der SOPHYA-Studie gestützt. Bezüglich anderer soziodemografischer Merkmale sind die Ergebnisse in der SOPHYA-Studie jedoch widersprüchlich. So ergab die im Rahmen der Studie durchgeführte Befragung, dass Kinder mit Migrationshintergrund sowie aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien weniger häufig Sport treiben. Als die körperliche Aktivität bei denselben Kindern jedoch mit dem Beschleunigungsmesser erfasst wurde, zeigten sich keine respektive nur geringe Unterschiede in Bezug auf Nationalität, Haushaltseinkommen und Bildungshintergrund. Die Autoren/-innen der Studie führen diesen Unterschied zwischen den Ergebnissen in der Befragung zum Sportverhalten und in der Beschleunigungsmessung darauf zurück, dass Kinder aus niedrigen Sozialschichten weniger Zugang zu strukturierter Bewegung und Sport haben und mehr Zeit im freien Spiel verbringen. Aus diesem Grund unterstreichen die Autoren/-innen der SOPHYA-Studie die Bedeutung einer bewegungsfreundlichen Wohnumgebung für Kinder aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien. Für Kinder mit Migrationshintergrund ist gemäss den Autoren/

-innen der Studie von Sport Schweiz auch ein guter Zugang zum freiwilligen Schulsport wichtig. Angebote im Rahmen des freiwilligen Schulsports werden von Kindern mit Migrationshintergrund eher genutzt als solche von Sportvereinen.

R3: Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab (=).

Der Anteil übergewichtiger Kinder nimmt weiterhin ab, sodass die Zielerreichung nach wie vor hoch ist.

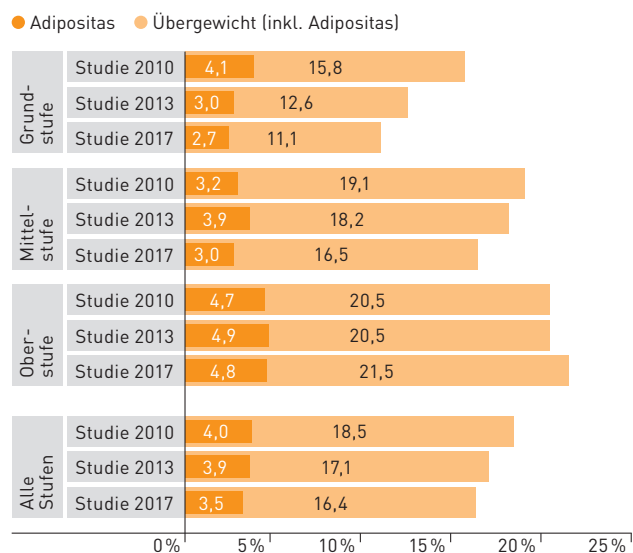
Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher hat seit der letzten Evaluationsrunde im Jahr 2013 weiter abgenommen (vgl. Abbildung D2.14). Dieser Trend ist besonders ausgeprägt auf der Grundstufe, setzt sich aber auch auf der Mittelstufe (3.–5. Klasse, Harmos 5–7) fort. Auf der Oberstufe stagniert der Anteil übergewichtiger Kinder hingegen. Diese Befunde des BMI-Monitorings werden durch andere Studien gestützt, die eine Stabilisierung respektive einen leichten Rückgang der Prävalenz von Übergewicht bei Kindern in der Schweiz respektive in anderen Ländern beobachten. Insgesamt kann die Zielerreichung nach wie vor als sehr gut beurteilt werden.

Das BMI-Monitoring zeigt neben dem Alter weitere soziodemografische Unterschiede zwischen normal- und übergewichtigen Kindern und Jugendlichen auf. So ist der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in städtischen Gebieten (17%) höher als in ländlichen (14%). Dies dürfte teilweise darauf zurückzuführen sein, dass in Städten mehr Kinder und Jugendliche ausländischer Staatsangehörigkeit leben. Während bei den ausländischen Kindern 24% übergewichtig sind, liegt dieser Anteil bei Schweizer Kindern bei 14%. Noch ausgeprägter ist der Zusammenhang zwischen Übergewicht und dem Bildungsniveau der Eltern. So liegt der Anteil übergewichtiger Kinder mit Eltern ohne nachobligatorische Schulbildung bei 30%. Bei Kindern von Eltern mit einem Lehrabschluss sind 19% und von Eltern mit einem Tertiärabschluss 10% übergewichtig. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich nur geringe Unterschiede. Die Ursache für diese positive Entwicklung beim Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder kann mit den Daten des Monitorings nicht abschliessend geklärt werden. Da ein Rückgang beim Anteil übergewichtiger Kinder vor allem auf der Grund- und der Mittelstufe beobachtet wird und sich die kantonalen Aktionsprogramme primär auf diese Zielgruppe fokussieren, erachten es die Autoren/-innen des BMI-Monitorings als starkes Indiz, dass Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz und der Kantone wirken. Alternative Erklärungsmöglichkeiten für den Rückgang des Übergewichts wurden nicht untersucht. Gemäss den Autoren/-innen des BMI-Monitorings kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass der demografische Wandel mit einem Zuzug von hochqualifizierten Migranten/-innen sowie die Bildungsexpansion generell eine Rolle spielen. Allerdings scheint dieser Effekt zu klein, um den Rückgang in der Übergewichtsprävalenz vollständig zu erklären. Zudem ist der beobachtete Rückgang beim Anteil übergewichtiger Kinder gerade bei Kindern mit Migrationshintergrund respektive aus bildungsfernen Haushalten in den letzten Jahren am ausgeprägtesten. Schliesslich kann mit dem demografischen Wandel und der Bildungsexpansion nicht erklärt werden, warum der Anteil übergewichtiger Kinder nur in den tiefen, nicht aber den hohen Altersgruppen sinkt.

Mittels eines Monitorings können Wirkungszusammenhänge nur schwer belegt werden. Monitorings eignen sich allerdings hervorragend, um gesellschaftliche und natürliche Phänomene mit dem Ziel zu beobachten, Probleme zu erkennen und darauf zu reagieren. Gemäss den Autoren/-innen des BMI-Monitorings zeigen die Ergebnisse, dass ein Handlungsbedarf bei Kindern der Mittel- und insbesondere der Oberstufe sowie bei Kindern von Eltern mit einem tiefen Bildungsabschluss besteht. Sie empfehlen daher, dass die Aktivitäten der kantonalen Aktionsprogramme für diese Zielgruppen intensiviert werden. Diese Empfehlungen werden auch durch die Daten zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten gestützt, die ebenfalls eine Verschlechterung mit zunehmendem Alter der Kinder aufzeigen (vgl. Ziel R2). Zudem ist der Anteil übergewichtiger Kinder bei Kindern mit Migrationshintergrund respektive aus bildungsfernen Haushalten nach wie vor höher als bei Schweizer Kindern aus bildungsnahen Haushalten.

ABBILDUNG D2.14

Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen auf verschiedenen Schulstufen, alle Kantone und Städte mit verfügbaren Daten, 2010, 2013 und 2017



Quelle: Stamm et al. 2017

3 Wirkungen von KAP-Interventionen

In diesem Kapitel werden die Wirkungen der im Rahmen der KAP umgesetzten Interventionen, gestützt auf bis Ende 2017 vorliegende Evaluationen, beschrieben. Dafür werden zuerst die Ziele und Gegenstände der Evaluationen erläutert (vgl. Abschnitt 3.1). Danach wird die Qualität der Evaluationen beurteilt (vgl. Abschnitt 3.2). Schliesslich werden die in den Evaluationen identifizierten Wirkungen beschrieben.

3.1 Ziele und Gegenstände der Evaluationen

Um die Evaluationstätigkeit von Gesundheitsförderung Schweiz und der Kantone zu beurteilen, wurden die zwischen 2014 und 2017 durchgeführten respektive geplanten Evaluationen beurteilt (vgl. Tabelle D3.1).

TABELLE D3.1

Übersicht über Interventionen, Evaluationsberichte und -konzepte

| Massnahmen | Anzahl Evaluationsberichte | Anzahl Evaluationskonzepte |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| Mamamundo | 1 | - |
| PEBS | 1 | - |
| MidnightSports | 1 | - |
| Éveil corporel | 1 | - |
| PAPRICA | 1 | - |
| GORILLA | 2 | - |
| klemon | 1 | - |
| PEP – gemeinsam essen | 1 | - |
| Wasser trinken | 1 | - |
| Papperla PEP | 1 | - |
| KickIt | 1 | - |
| Bern gesund | 1 | - |
| Auf in den Wald | 1 | - |
| Purzelbaum*/Youp'la bouge | 3 | - |
| Pédibus | 1 | - |
| fit4future | - | 1 |
| Menügestaltung und Bewegungsförderung in Kitas* | - | 1 |
| Autour de la naissance* | - | 1 |
| Pas à Pas | - | 1 |
| Pausenapfel* | - | 1 |
| Weiterbildung zur Stärkung der Multiplikatoren* | - | 1 |
| Fourchette verte* | - | 1 |
| Collations saines à la récré* | - | 1 |

Quelle: Eigene Darstellung Interface

* Option Wirkungsevaluation

In die Analyse flossen einerseits 18 Evaluationsberichte ein, welche die Ergebnisse zu bereits durchgeführten Evaluationen darlegen. Gewisse Interventionen («Purzelbaum», «GORILLA») werden mehrfach evaluiert. Es liegen somit Evaluationen zu 15 Interventionen vor. Andererseits wurden acht Evaluationskonzepte in die Analyse eingeschlossen, die noch ausstehende Evaluationen betreffen. Von diesen acht Evaluationskonzepten werden sechs mit finanzieller Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz umgesetzt. In der dritten Phase konnten die KAP die Option Wirkungsevaluation wählen und mit finanzieller Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz eine ihrer Interventionen evaluieren lassen. Für die Evaluation von «Fourchette verte» haben sich die Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, St. Gallen und Solothurn zusammenschlossen. Die Evaluationskonzepte erlauben eine Beurteilung der künftigen Evaluationsaktivitäten. Insgesamt bestehen 26 Evaluationskonzepte oder -berichte, die 23 verschiedene Interventionen zum Gegenstand haben.

Nachfolgend werden zuerst die in den Evaluationsberichten und -konzepten ausgewiesenen Evaluationszwecke dargelegt. Danach werden die evaluierten Interventionen nach KAP-Ebene, Präventionstyp sowie adressierten Zielgruppen und Multiplikatoren beschrieben.

Evaluationsziele

Evaluationen können formative oder summative Zielsetzungen respektive eine Kombination von beiden Zielsetzungen haben. Das Ziel einer formativen Evaluation besteht vor allem darin, das Lernen der Interventionsverantwortlichen zu fördern, indem Optimierungsmöglichkeiten für die weitere Umsetzung aufgezeigt werden. Das Ziel einer summativen Evaluation liegt hingegen in einer bilanzierenden Beurteilung der Zielerreichung und Wirkungen einer Intervention. Sie dient der Rechenschaftslegung und Legitimation gegenüber Auftraggeberinnen und -gebern und der Politik. Die Abbildung D3.2 bietet einen Überblick über die Zielsetzung der 26 untersuchten Evaluationsberichte und -konzepte.

In zehn Evaluationen werden sowohl summative als auch formative Zielsetzungen verfolgt. So soll die Evaluation der Intervention «Menügestaltung und Bewegungsförderung in Kitas» beispielsweise die Wirkungen der Interventionen überprüfen, sodass die Ergebnisse als Grundlage gegenüber Geldge-

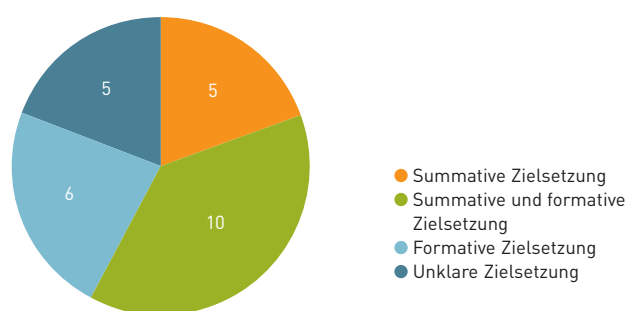
bern/-innen und politischen Entscheidungsträgern/-innen genutzt werden können. Gleichzeitig soll die Evaluation auch das Verbesserungspotenzial der Intervention aufzeigen. Sechs Evaluationen haben primär eine formative Zielsetzung. Die Evaluation von «klemon» sollte zum Beispiel Erfolgsfaktoren der Umsetzung der Intervention im Kanton Bern aufzeigen, damit diese Intervention auch in anderen Kantonen erfolgreicher umgesetzt werden kann. Fünf Evaluationen weisen eine rein summative Zielsetzung auf. Im Rahmen der Evaluation des kantonalen Programms «Bern gesund» sollten die Zielerreichung, der Kosten-Nutzen-Vergleich und die Nachhaltigkeit des Programms evaluiert werden. Bei fünf Evaluationen ist der Evaluationszweck aus dem Evaluationsbericht nicht klar erkennbar. Möglicherweise wurde der Zweck im Evaluationskonzept beschrieben, aber dann im Bericht nicht erneut aufgegriffen.

Evaluierte Interventionen nach KAP-Ebene

Die 23 Interventionen, die Gegenstand der 26 Evaluationsberichte und -konzepte sind, betreffen unterschiedliche Ebenen der kantonalen Aktionsprogramme (Intervention, Policy, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Programmmanagement). 20 Evaluationen betreffen Interventionen, die somit mit Abstand am häufigsten Gegenstand von Evaluationen sind. Zudem ist die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der Kampagne «Wasser trinken» von Gesundheitsförderung Schweiz respektive der Intervention «Éveil corporel» Gegenstand einer Evaluation. Schliesslich wurde das kantonale Aktionsprogramm «Bern gesund» als Ganzes evaluiert.

ABBILDUNG D3.2

Zielsetzung der Evaluationsberichte und -konzepte



n=26 Evaluationsberichte und -konzepte

Evaluerte Interventionen nach Präventionsansatz

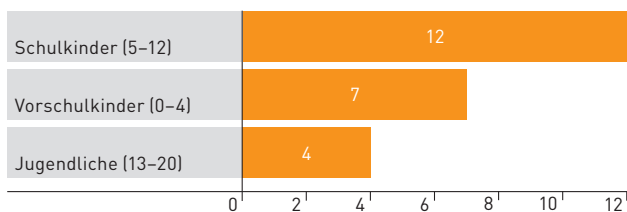
Während verhältnispräventive Interventionen versuchen, Wirkungen bei der Zielgruppe und den Multiplikatoren über Veränderungen im Umfeld zu bewirken, streben verhaltenspräventive Interventionen die direkte Veränderung des Verhaltens der Zielgruppe und der Multiplikatoren an. Von den 20 evaluierten Interventionen basieren elf auf einem verhältnispräventiven Ansatz. Ein verhaltenspräventiver Ansatz wird in sieben der evaluierten Interventionen verfolgt. Zwei evaluierte Interventionen, «Pausenapfel» und «klemon», kombinieren die beiden Präventionsansätze.

Evaluerte Interventionen nach Zielgruppen

Die Zielgruppen, die mit der evaluierten Intervention erreicht werden sollen, sind unterschiedlich. Jedoch sind klare Schwerpunkte zu erkennen. Aus der Abbildung D3.3 ist ersichtlich, dass zwölf von insgesamt 20 evaluierten Interventionen Schulkinder inklusive Kindergarten als Zielgruppe haben. Die Intervention «KickIt» zielt dabei ausschliesslich auf Mädchen ab. In sieben evaluierten Interventionen sollen Vorschulkinder im Alter von 0 bis 4 Jahren erreicht werden. Deutlich weniger häufig, in nur vier Interventionen, sind Jugendliche im Alter zwischen 13 und 20 Jahren die Zielgruppe der Interventionen.

ABBILDUNG D3.3

Adressierte Zielgruppen



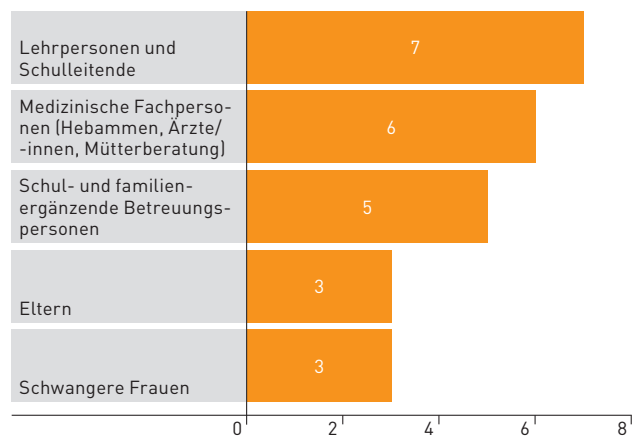
n=20 Interventionen, Mehrfachnennungen möglich

Evaluerte Interventionen nach Multiplikatoren

Die Abbildung D3.4 zeigt, welche professionellen und privaten Multiplikatoren in den insgesamt 20 evaluierten Interventionen erreicht werden sollen. Sieben Interventionen richten sich an Lehrpersonen und Schulleitende. Sechs Interventionen wenden sich an medizinische Fachpersonen wie Ärzte/-innen, Hebammen oder Mütterberaterinnen. In fünf Interventionen werden Mitarbeitende in familienergänzenden Betreuungsinstitutionen angesprochen. Jeweils drei Interventionen richten sich an private Multiplikatoren, das heisst Eltern oder schwangere Frauen. Zwei der drei Interventionen für Schwangere legen ihren Schwerpunkt auf Frauen mit Migrationshintergrund.

ABBILDUNG D3.4

Adressierte Multiplikatoren



n=20 Interventionen, Mehrfachnennungen möglich

3.2 Qualität der Evaluationen

Im folgenden Abschnitt wird die Qualität der Evaluationen beurteilt. Dazu werden die in Abbildung D3.5 aufgeführten Beurteilungskriterien herangezogen. Diese wurden bereits 2013 auf 12 Interventionen angewendet (Fässler et al. 2014) und sollen nun erneut zur Beurteilung der 15 Interventionen herangezogen werden, zu denen 2017 insgesamt 18 Evaluationsberichte vorliegen. Zudem wurden die acht Interventionen eingeschlossen, deren Evaluation im Rahmen von Evaluationskonzepten geplant wurde. Da Gesundheitsförderung Schweiz bei der Überprüfung von Wirkungen einen Schwerpunkt setzt, ist der Anteil Wirkungsevaluationen ein wichtiges Beurteilungskriterium für die Evaluationstätigkeiten von Gesundheitsförderung Schweiz und den KAP. Die weiteren Beurteilungskriterien werden herangezogen, um die Aussagekraft der Evaluationen zu beurteilen. Sie sind aber nicht für alle Evaluationen gleichermaßen relevant. Während idealerweise auch in Prozess- und Leistungsevaluationen eine Methoden- und Datentriangulation durchgeführt wird, sind Längsschnitt und Kontrollgruppen insbesondere bei Wirkungsevaluationen von Bedeutung.

Wirkungsevaluation

Um eine Wirkungsevaluation handelt es sich, wenn nicht die Leistungen einer Massnahme, sondern die durch die Massnahme ausgelösten Veränderungen bei den Zielgruppen und Multiplikatoren respektive in ihrem Umfeld Gegenstand der Evaluation sind. Die Auswertung der Evaluationsberichte und -konzepte zeigt, dass das Kriterium der Wirkungsevaluation über alle Jahre hinweg durchschnittlich erfüllt wird. Deutlich wird jedoch, dass die Anzahl Wirkungsevaluationen seit 2013 zugenommen hat. Im Jahr 2013 lag zu rund 58% der analysierten Interventionen eine Wirkungsevaluation vor, während es 2017 bereits 67% sind. Die in den Evaluationskonzepten angedachten Evaluationen von acht Interventionen betreffen ausschliesslich Wirkungsevaluationen. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, da die Überprüfung von Wirkungen einen Fokus von Gesundheitsförderung Schweiz darstellt.

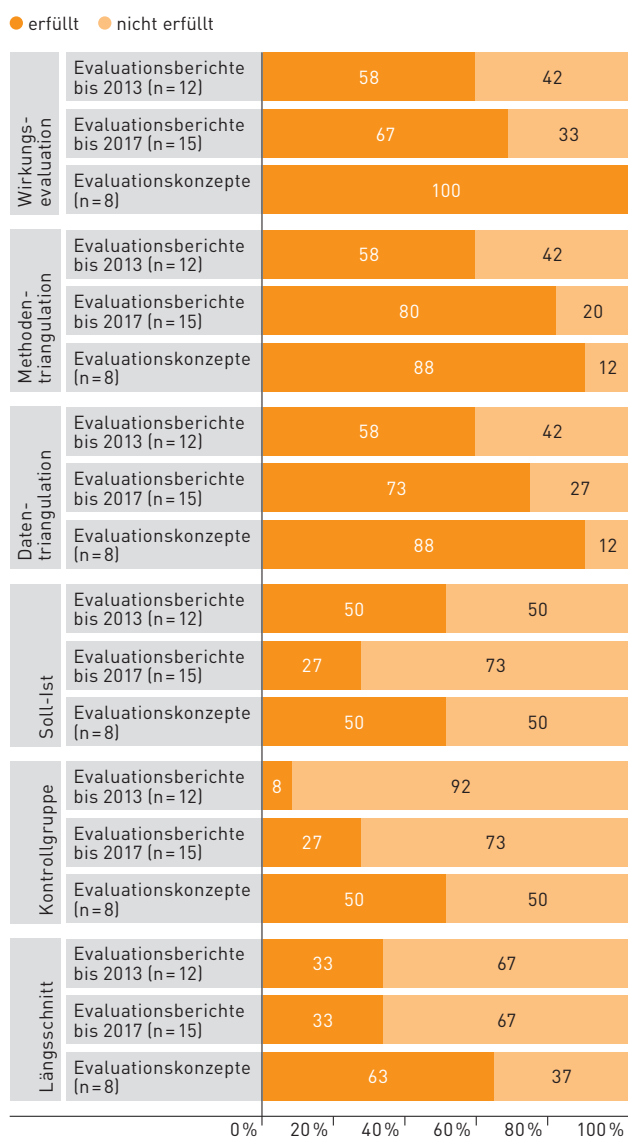
Methodentriangulation

Das Kriterium der Methodentriangulation ist dann erfüllt, wenn im Rahmen der Evaluation unterschied-

liche Forschungsmethoden verwendet werden. Diese können rein qualitativ oder rein quantitativ ausgerichtet sein (z.B. Kombination einer qualitativen Dokumentenanalyse mit Leitfadeninterviews). Idealerweise handelt es sich bei der Methodentriangulation jedoch um die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden.

ABBILDUNG D3.5

Beurteilungskriterien für die Evaluationskonzepte und Evaluationen 2013 und 2017 im Vergleich



Anzahl evaluierte Massnahmen bis 2013: n=12,
Anzahl evaluierte Massnahmen bis 2017: n=15,
geplante Evaluationen: n=8

Das Kriterium der Methodentriangulation wird in den vorliegenden Evaluationsberichten und -konzepten über alle Jahre hinweg gut erfüllt. Zudem zeigt sich, dass sich seit 2013 der Anteil an Evaluationen, in denen verschiedene Methoden kombiniert werden, noch deutlich erhöht hat. Der Anteil mittels Methodentriangulation evaluierter Interventionen ist von 58% im Jahr 2013 auf 80% im Jahr 2017 angestiegen. Von den acht Evaluationskonzepten erfüllen 88% das Kriterium der Methodentriangulation.

Datentriangulation

Um eine Datentriangulation handelt es sich, wenn die Evaluation die Perspektiven unterschiedlicher Akteure und Akteurinnen untersucht, die an der Intervention beteiligt sind. Dazu gehören beispielsweise die Interventionsverantwortlichen sowie Zielgruppen und Multiplikatoren.

Das Kriterium der Datentriangulation wird, über alle Jahre hinweg betrachtet, gut erfüllt. Auch lässt sich eine Verbesserung bei der Erfüllung dieses Ziels beobachten. Zwischen 2013 und 2017 ist der Anteil mittels Datentriangulation evaluierter Interventionen von 58% auf 73% gestiegen. Von den acht Evaluationskonzepten beziehen rund 88% unterschiedliche Perspektiven mit ein.

Soll-Ist-Vergleich

Ein Soll-Ist-Vergleich ist dann gegeben, wenn in einer Evaluation die Ziele einer Intervention (Soll-Werte) bestimmt werden und überprüft wird, inwiefern diese erreicht werden (Ist-Werte).

Das Kriterium eines Soll-Ist-Vergleichs wird sowohl in den bisherigen als auch in den geplanten Evaluationen mehrheitlich noch nicht erfüllt. Zudem ist der Anteil evaluierter Interventionen mit einem Soll-Ist-Vergleich zwischen 2013 und 2017 von 50% auf 27% gesunken. In den Evaluationskonzepten wird dieses Kriterium jedoch wieder vermehrt berücksichtigt. In 50% der untersuchten Evaluationskonzepte ist ein Soll-Ist-Vergleich geplant. Dieser Unterschied zwischen bereits durchgeführten und geplanten Evaluationen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in den Evaluationskonzepten zwar häufig auf angestrebte Soll-Ist-Vergleiche hingewiesen wird, aber diese Vergleichsebene in den Schlussberichten der Evaluation nicht mehr systematisch aufgegriffen wird.

Vergleich mit Kontrollgruppe

Im Rahmen eines solchen Vergleichs werden die Ergebnisse einer an der Intervention teilnehmenden Interventionsgruppe mit den Ergebnissen bei einer Kontrollgruppe verglichen, die nicht an der Intervention beteiligt war. Die beiden Gruppen müssen miteinander hinsichtlich soziodemografischer Merkmale vergleichbar sein. Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung ist es allerdings schwierig, homogene Gruppen zu finden. Zudem ist es häufig interessanter, im Rahmen von Quervergleichen Unterschiede in der Wirkungsweise einer Intervention zwischen heterogenen Gruppen – beispielsweise zwischen bildungsnahen und -fernen Familien – zu identifizieren.

Kontrollgruppen im engeren Sinne werden sowohl in den bereits durchgeführten als auch in den geplanten Evaluationen selten angewendet (z.B. «Pas à Pas», «Pausenapfel», «Collations saines à la récré», «Purzelbaum»). Als Annäherung an ein Kontrollgruppendesign werden jedoch in einzelnen Evaluationen Querschnittsvergleiche innerhalb einer befragten Gruppe vorgenommen. Dazu werden beispielsweise Jugendliche verglichen, die «Midnight-Sports» oft respektive selten besuchen. In anderen Evaluationen wie «PEBS» werden nationale Vergleichsdaten als Quasi-Kontrollgruppen für die Analyse herangezogen. Erfreulich ist, dass der Anteil an evaluierten Interventionen mit Kontrollgruppen zwischen 2013 und 2017 deutlich von 8% auf 27% zugenommen hat. Zudem ist in der Hälfte der Evaluationskonzepte geplant, eine Evaluation mit einer Kontrollgruppe durchzuführen.

Längsschnittvergleich

Ein Längsschnittvergleich ist vorhanden, wenn zu mindestens zwei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten bei derselben Stichprobe identische Fragen gestellt werden und Veränderungen bezüglich der Wirkung auf die Zielgruppen, die Multiplikatoren und ihr Umfeld untersucht werden.

Bisher wurde in den analysierten Evaluationen selten ein Längsschnittvergleich durchgeführt. Sowohl 2013 als auch 2017 wurde nur rund ein Drittel der Interventionen mittels Längsschnittvergleich evaluiert. Aus den Evaluationskonzepten ist jedoch zu entnehmen, dass der Anteil an Längsschnittstudien auf rund 63% ansteigen sollte. Die Qualität sowohl der bereits durchgeführten als auch der geplanten

Längsschnittstudien ist jedoch sehr unterschiedlich und hängt vom Erhebungsinstrument, dem Beobachtungszeitraum und den Fallzahlen ab. Nicht in die Analyse eingeschlossen wurden Längsschnittstudien, welche die Leistungen der Interventionen betreffen.

Zusammenfassende Beurteilung der Qualität der Evaluationen

Die Qualität der untersuchten Evaluationsberichte und -konzepte ist – mit wenigen Ausnahmen – gut. Die meisten Evaluationen verfügen über klare Evaluationsfragen, die mit dem eingesetzten Evaluationsdesign beantwortet werden können. Die Auswertung der Ergebnisse ist transparent, methodisch korrekt und nachvollziehbar. Erfreulich ist zudem, dass die Anzahl an Wirkungsevaluationen seit 2013 deutlich zugenommen hat. Allerdings weisen die vorliegenden Evaluationen nach wie vor Schwächen auf:

Schwer evaluierbare Ziele und Indikatoren: Bei der Überprüfung der Zielerreichung im Rahmen von Soll-Ist-Vergleichen besteht nach wie vor ein Handlungsbedarf. Solche Vergleiche werden nicht systematisch angewandt. Dies hängt auch damit zusammen, dass die Ziele respektive Indikatoren von den Interventionsverantwortlichen teilweise zu abstrakt formuliert werden und daher nur schwer überprüft werden können.

Mangelnde Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren: Häufig werden in den Evaluationen keine weiteren Einflussfaktoren identifiziert, welche die Wirkungen begünstigen, hemmen oder allenfalls ganz erklären. Nur wenige Evaluationen liefern entsprechende Hinweise. Im Rahmen der Evaluation von «PEBS» wurden die Veränderungen bei der Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft beispielsweise nicht auf die Intervention, sondern vor allem auf das Gewicht vor der Schwangerschaft zurückgeführt.

Wenige Evaluationen mit Längsschnittvergleichen: Nur eine Minderheit der Evaluationen beruht auf Längsschnittvergleichen. Für solche quantitativen Vergleichsstudien sind eine genügend grosse und repräsentative Stichprobe sowie ein längerer Beobachtungszeitraum notwendig, um statistisch signifikante Unterschiede in den Wirkungen bei den Zielgruppen feststellen zu können. In vielen Evaluationen werden allerdings kleinere Interventionen mit einer

tiefen Teilnehmerzahl beurteilt. Für solche Interventionen sind die vorliegenden Evaluationen mit einem qualitativen Design angemessen.

Zu wenig objektive Messungen: Die meisten Evaluationen beruhen auf subjektiven Einschätzungen der Wirkungen durch die Zielgruppen und Multiplikatoren am Ende oder nach Abschluss der Intervention. Nur in wenigen Evaluationen werden auch objektive Messungen realisiert («PEBS», «Purzelbaum Kindergarten», «Collations saines à la récré»). In der Evaluation von «Purzelbaum» wurden sportmotorische Tests in 13 «Purzelbaum»-Kindergärten und in 13 Nicht-«Purzelbaum»-Kindergärten der Stadt Zürich durchgeführt. Bei der Intervention «Collations saines à la récré» werden die Zünis von Schulklassen mit respektive ohne Züniregeln fotografiert und verglichen.

Bei kleineren Interventionen kann die Aussagekraft der Evaluationen bereits mit besser überprüfbareren Zielen und Indikatoren sowie der systematischen Berücksichtigung von weiteren Einflussfaktoren auf die Wirkungen gesteigert werden. Mittels Quervergleichen können beispielsweise Unterschiede in den Wirkungen einer Intervention zwischen verschiedenen Zielgruppen, Settings und Kontexten herausgearbeitet werden. Längsschnittvergleiche sowie die objektive Messung der Wirkungen sind allerdings nur bei grösseren Interventionen sinnvoll, die über ausreichende finanzielle Mittel für eine umfassende Evaluation verfügen. Vorbildhaft ist in diesem Zusammenhang der Entscheid der KAP beider Basel, Aargau, St. Gallen und Solothurn, die Intervention «Fourchette verte» gemeinsam zu evaluieren.

3.3 Ergebnisse der Evaluationen

In diesem Abschnitt werden die in den Evaluationen identifizierten Wirkungen beschrieben. Nach einer Übersicht über die identifizierten Wirkungen (vgl. Abschnitt 3.3.1) werden die Wirkungen zu den unterschiedlichen Wirkungsdimensionen beschrieben (vgl. Abschnitte 3.3.2 bis 3.3.7). Zudem werden die wichtigsten in den Evaluationen identifizierten wirkungsbegünstigenden Faktoren dargelegt (vgl. Abschnitt 3.3.8).

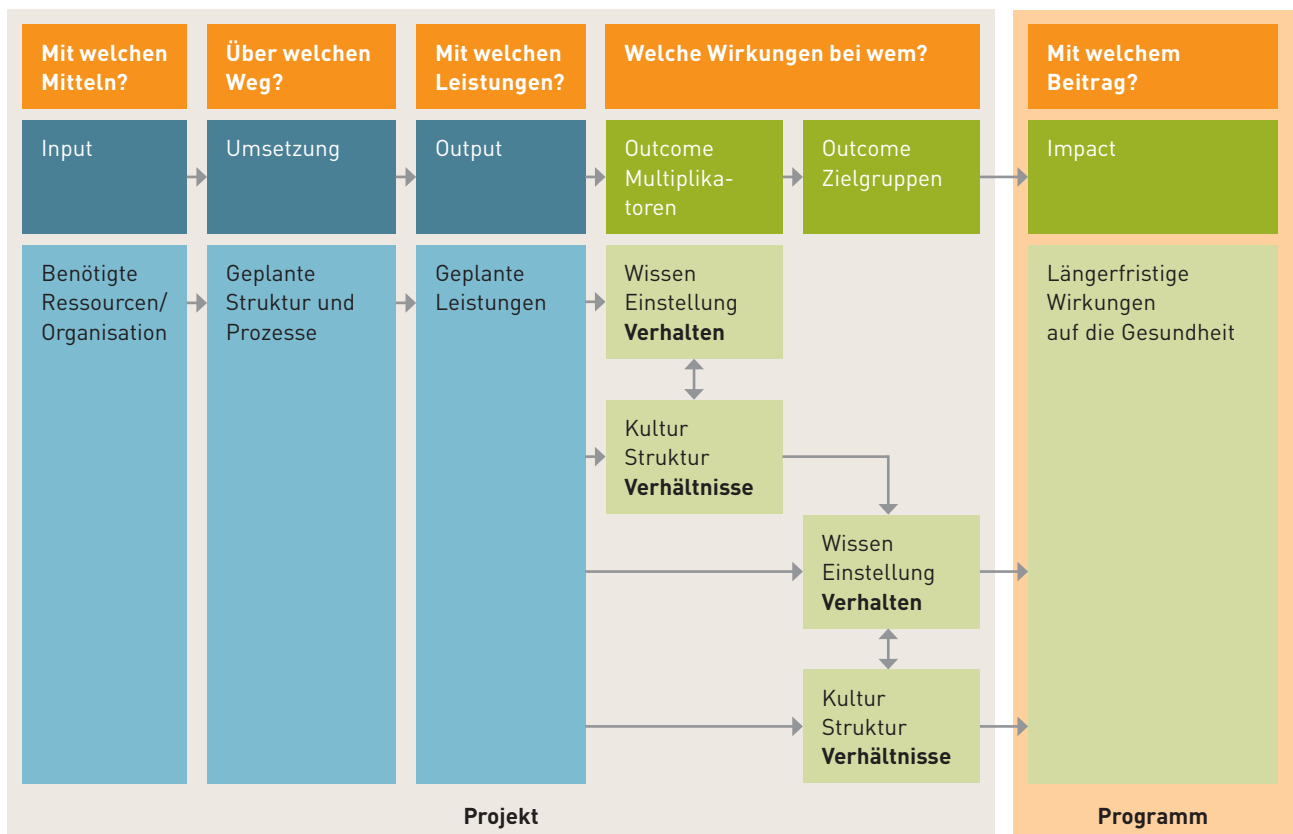
3.3.1 Wirkungen im Überblick

Um die Wirkungen der evaluierten Interventionen in den Evaluationsberichten zu identifizieren, haben wir uns am Wirkungsmodell in Abbildung D3.6 orientiert. Dieses Wirkungsmodell zeigt auf, mit welchen Mitteln (Input), über welchen Weg (Umsetzung), mit welchen Leistungen (Output) eine Intervention welche Wirkungen bei wem (Outcome) erzielen soll. Es können Wirkungen bei den Multiplikatoren (z. B. Eltern, Hebammen, Kita-Mitarbeitenden, Lehrperso-

nen) oder bei den Zielgruppen (Säuglingen, Kindern, Jugendlichen) ausgelöst werden. Es wird zudem zwischen Wirkungen auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten der Multiplikatoren und Zielgruppen (Verhaltensprävention) respektive die Kultur und die Struktur ihres Umfelds (Verhältnisprävention) unterschieden. Zusätzlich gibt das Wirkungsmodell darüber Auskunft, welchen Beitrag eine Intervention indirekt an längerfristige gesellschaftliche Veränderungen leistet (Impact).

ABBILDUNG D3.6

Wirkungsmodell



Quelle: Fässler & Oetterli 2015

In Tabelle D3.7 wird aufgeführt, zu welchen Wirkungsdimensionen für die bereits evaluierten 15 Interventionen Informationen vorliegen (grüne Felder). Deutlich wird, dass nur zur Intervention «Purzelbaum» Wirkungen zu allen Wirkungsdimensionen dargelegt werden. Zu allen anderen Interventionen liegen nur Ergebnisse bezüglich einzelner Wirkungsdimensionen vor. Oftmals findet dabei entweder eine Fokussierung auf die Multiplikatoren oder auf die Zielgruppe statt. Bei den Multiplikatoren werden am häufigsten Wirkungen bezüglich veränderter Einstellungen beschrieben. Bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wird vor allem von Wirkungen im Bereich von zusätzlichem Wissen und verändertem Bewegungs- und Ernährungsverhalten berichtet. Veränderte Verhältnisse wur-

den in den Evaluationen zu fünf Interventionen beschrieben. In drei Interventionen betreffen diese Veränderungen die Kultur, in einer Intervention die Struktur des Settings. Durch eine Intervention wurden sowohl Struktur als auch Kultur des Settings verändert. Die Wirkungen auf die Gesundheit werden bei vier Interventionen untersucht. In drei Interventionen konnte eine solche Wirkung jedoch empirisch nicht bestätigt werden (graue Felder). Ebenfalls deutlich wird, dass in gewissen Interventionen keine Wirkungen nachgewiesen werden, dies jedoch mit der Evaluation auch nicht intendiert war (weisse Felder). Die identifizierten Wirkungen zu den einzelnen Wirkungsdimensionen werden nachfolgend im Detail beschrieben.

TABELLE D3.7

Wirkungsdimensionen der Interventionen

| Intervention | Outcome Setting | | | Outcome Multiplikatoren | | | Outcome Zielgruppe | | | Impact |
|-----------------------|-----------------|--------|----------|-------------------------|---------------|-----------|--------------------|---------------|-----------|------------|
| | Verhältnisse | Kultur | Struktur | Wissen | Einstellungen | Verhalten | Wissen | Einstellungen | Verhalten | Gesundheit |
| Mamamundo | | | | ■ | ■ | ■ | | | | * |
| PEBS | | | | | ■ | | | | | ■ |
| PAPRICA | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| GORILLA | | | | | | | ■ | | ■ | |
| PEP – gemeinsam essen | | | | ■ | ■ | ■ | | | ■ | |
| Papperla PEP | ■ | ■ | | | ■ | ■ | ■ | | | |
| KickIt | ■ | ■ | | ■ | | | | ■ | | |
| Bern gesund | | | | | | | | | | ■ |
| Auf in den Wald | ■ | ■ | | | | | * | | | |
| Purzelbaum | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Pédibus | | | | | | ■ | | | ■ | |
| Wasser trinken | | | | | | | | | | |
| Éveil corporel | | | | | | | | | | |
| klemon | | | | | | | | | | |
| MidnightSports | ■ | | ■ | | * | | | * | * | |

□ nicht untersucht ■ belegte Wirkung ■ untersuchte, aber nicht belegte Wirkung

* Outcome oder Impact nicht bezüglich Bewegung oder Ernährung, sondern bezüglich eines anderen Aspekts. In der Tabelle aufgeführt sind auch die Interventionen, die nicht explizite Wirkungsevaluationen sind («Wasser trinken», «Éveil corporel», «GORILLA»-Schulprogramm, «klemon», «Auf in den Wald» und «Pédibus») oder den Fokus nicht hauptsächlich auf das Thema Ernährung und Bewegung legen («MidnightSports»). Teilweise sind jedoch auch für diese Interventionen Wirkungen belegt.

3.3.2 Wirkungen auf Ebene Wissen

Unter diese Wirkungsdimension fällt der Erwerb von neuem Wissen zu ausreichend Bewegung und gesunder Ernährung durch die Zielgruppen oder Multiplikatoren. Ebenso haben wir hier verschiedene Kompetenzen subsummiert.

Erhöhte Gesundheitskompetenz: Bei drei Interventionen kommt die Evaluation zum Schluss, dass die Intervention zu einer erhöhten Gesundheitskompetenz bei den Zielgruppen beigetragen hat und diese seit der Intervention mehr zu den Themen Bewegung und Ernährung wissen («PAPRICA», «GORILLA», «Purzelbaum»). So erkennen Kinder aus «Purzelbaum»-Kindergärten in der Stadt Zürich mehr Bewegungsmöglichkeiten. Bei vier Interventionen («Mamamundo», «PAPRICA», «PEBS» und «Purzelbaum») wurde gemäss den Evaluationen auch die Gesundheitskompetenz der Multiplikatoren erweitert. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Intervention «Purzelbaum» in der Stadt Zürich daran, dass die Weiterbildung bei den Kindergartenlehrpersonen und den Eltern zu einem differenzierteren Wissen über ein gesundes Znüni und verschiedene Bewegungsmöglichkeiten führt.

Erhöhte motorische und sprachliche Kompetenzen: In den Evaluationsberichten zu «Purzelbaum/Youp'là bouge» wird dargelegt, dass die Intervention sowohl die motorischen als auch die sprachlichen Fähigkeiten insbesondere von fremdsprachigen Kindern fördert. Bezüglich der motorischen Fähigkeiten gelangen die verschiedenen Evaluationen jedoch zu widersprüchlichen Ergebnissen. Aus einer Befragung der Eltern und Lehrpersonen im Kanton Neuenburg zu «Youp'là bouge» lässt sich auf eine Verbesserung der motorischen Fähigkeiten schliessen, während eine Messung der sportmotorischen Fähigkeiten bei Kindern in Kindergärten mit und ohne «Purzelbaum» in der Stadt Zürich keine signifikanten Unterschiede aufzeigte.

Erhöhte Selbst- und Sozialkompetenzen: In verschiedenen Interventionen wird aufgezeigt, dass die Zielgruppen durch die Intervention ihre Selbstkompetenzen erhöhen. Die Interventionen «Purzelbaum» und «Youp'là bouge» führen bei den beteiligten Kindern beispielsweise zu einer erhöhten Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Lernfähigkeit sowie zu mehr Selbstsicherheit und Mut. Die Evaluation von «Papperla PEP» zeigt auf, dass die Kinder durch die Intervention empathischer werden

und ihre Gefühle besser ausdrücken können. In der Intervention «KickIt» konnte aufgezeigt werden, dass die Intervention bei den jugendlichen Peer-Multiplikatorinnen die Planungs- und Organisationskompetenzen, die Kommunikations-, Kooperations- und Empathiefähigkeit verbessert und zu mehr Selbstständigkeit und Selbstsicherheit führt. Die Intervention «Mamamundo» stärkt das Selbstvertrauen der schwangeren Frauen.

3.3.3 Wirkungen auf Ebene Einstellungen

Unter dieser Wirkungsdimension werden Veränderungen hin zu einer positiveren Haltung zu ausreichend Bewegung und gesunder Ernährung bei den Zielgruppen sowie professionellen und privaten Multiplikatoren erfasst.

Grössere Motivation für Bewegung: In mehreren Interventionen konnte aufgezeigt werden, dass die Motivation und Freude an der Bewegung bei der Zielgruppe durch die Intervention gefördert wird. So zeigt die Evaluation der Intervention «KickIt», dass der Grossteil der an der Intervention beteiligten Mädchen auch in Zukunft Fussball spielen will. Die Intervention von «Purzelbaum» und «Youp'là bouge» führt gemäss den im Rahmen der Evaluation befragten Lehrpersonen und Eltern dazu, dass die Kinder mehr Spass und Freude an der Bewegung entwickeln. Gefördert wird die Motivation an Bewegung auch bei verschiedenen Multiplikatoren. Die Intervention «PEBS» weckt beispielsweise bei einer Mehrheit der beteiligten schwangeren Frauen die Lust, einen Fitnesskurs zu besuchen und sich insgesamt mehr zu bewegen. Auch die Evaluation der Intervention «PAPRICA» zeigt auf, dass einzelne Eltern motiviert werden konnten, sich mehr mit ihren Kindern zu bewegen.

Zunehmende Sensibilisierung für das Thema Ernährung: Für verschiedene Interventionen zeigen die Evaluationen auf, dass die Interventionen bei den Multiplikatoren zu einem Wertewandel führen und die Themen Gesundheit sowie ausgewogene Ernährung an Bedeutung gewinnen. Die Evaluation der Intervention «PEP – gemeinsam essen» zeigt beispielsweise, dass die befragten Betreuungspersonen in familienergänzenden Betreuungseinrichtungen der Freude am Essen mehr Bedeutung zumessen. Die Intervention «PEBS» führt gemäss Evaluation dazu, dass die Mehrheit der schwangeren Frauen nun vermehrt auf eine gesunde Ernährung achtet.

3.3.4 Wirkungen auf Ebene Verhalten

Unter dieser Wirkungsdimension werden Veränderungen im Bewegungs- und Ernährungsverhalten erfasst, die entweder durch verhaltens- oder verhältnispräventive Interventionen ausgelöst werden.

Ausreichend Bewegung: Verschiedentlich wurde in den Evaluationen aufgezeigt, dass die Interventionen zu mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen führen. Eine Mehrheit der im Rahmen der Evaluation von «GORILLA» befragten Kinder gab an, dass sie sich nach dem Workshop mehr bewegen. Einzelne Kinder haben zudem mit einer neuen Sportart angefangen. Dank der Intervention «Purzelbaum» bewegen sich die Kinder nicht nur mehr, sondern auch vielseitiger und sicherer. Auch das Bewegungsverhalten der Multiplikatoren hat sich durch verschiedene Interventionen verändert. Die Studie zu «Pédi-bus» macht deutlich, dass die Hälfte der befragten Eltern mit ihren Kindern nun weniger mit dem Auto, sondern mehr zu Fuss in die Schule gehen oder eine Begleitung für ihre Kinder organisieren. Gemäss der Evaluation von «Purzelbaum» baut die Mehrheit der beteiligten Lehrpersonen mehr Bewegungsangebote in ihrem Unterricht ein und diskutiert das Thema Bewegung auch an Elternabenden. Allerdings macht die Evaluation deutlich, dass nur eine Minderheit der Neuenburger Eltern dank der Intervention das Bewegungsverhalten in der Familie ausserhalb der Schule verändert hat. Die Evaluation von «PAPRICA» zeigt, dass die Kinderärzte/-innen, Mütterberaterinnen und Hebammen mehrheitlich zufrieden sind mit der Integration der Bewegungsförderung bei Kindern in ihren Arbeitsalltag, während dies bei weniger als der Hälfte der Schulkrankenschwestern der Fall ist. Die wenigen zu «PAPRICA» befragten Eltern gaben entweder an, dass sie noch mehr auf ausreichend Bewegung ihrer Kinder achten werden oder dass sich ihre Kinder bereits sehr häufig bewegen.

Ausgewogenere Ernährung: In mehreren Evaluationen wird von einem verbesserten Ernährungsverhalten berichtet. Gemäss der Evaluation von «GORILLA» essen zwei Fünftel der befragten Kinder nach dem Workshop mehr Früchte und trinken mehr Wasser, ein Drittel isst weniger Süssigkeiten und ein Viertel weniger Salzgebäck. Die Evaluation der Intervention «PEP – gemeinsam essen» zeigt, dass die Kinder mehr Nahrungsmittel ausprobieren und die Nahrungsmenge besser einschätzen können. «Purzelbaum» hat gemäss Evaluation dazu geführt, dass die Kinder vermehrt ein gesundes Znüni

mitbringen. Ein gesundes Ernährungsverhalten wird in verschiedenen Interventionen auch bei den Multiplikatoren gefördert. Dem Evaluationsbericht zu «PEBS» ist zu entnehmen, dass schwangere Frauen, die eine Ernährungsberatung im Rahmen der Intervention absolviert haben, mehr Wasser und Milch trinken als andere schwangere Frauen in der Schweiz. Grundsätzlich unterscheidet sich das Ernährungsverhalten der an «PEBS» teilnehmenden Frauen jedoch nicht von demjenigen anderer schwangerer Frauen. Die Evaluation der Intervention «Purzelbaum» zeigt auf, dass die befragten Lehrpersonen auf ein gesundes Znüni achten und das Thema Ernährung auch an Elternabenden aufgreifen.

3.3.5 Wirkungen auf Ebene Kultur

Kulturelle Wirkungen beschreiben einen kollektiven Normwandel, der dazu führt, dass ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung von den Beteiligten eines Settings als normal respektive als erstrebenswert erachtet werden.

Verbessertes Schul-/Unterrichtsklima: Sowohl durch die Intervention «Papperla PEP» als auch durch «KickIt» wurde gemäss den Evaluationen das Schul- oder Unterrichtsklima gefördert. Die Intervention «Purzelbaum» in der Stadt Zürich führte dazu, dass die Lehrpersonen den Kindern mehr zumuten.

Institutionalisierung neuer Bewegungs- und Ernährungsrituale: Gemäss der Evaluation von «Purzelbaum» in der Stadt Zürich setzten vier Fünftel der befragten Lehrpersonen neue Bewegungsrituale und rund ein Drittel neue Ernährungsrituale im Unterricht um.

3.3.6 Wirkungen auf Ebene Struktur

Strukturelle Wirkungen umfassen die Schaffung neuer oder verbesserter Bewegungs- und Ernährungsangebote in einem Setting, die gesundes Verhalten von Kindern und Jugendlichen begünstigen (z. B. Bewegungsräume und Bewegungsmaterialien, Mittagstisch mit gesunden Mahlzeiten).

Strukturelle Veränderungen sind nur in zwei Evaluationen belegt. Die Intervention «Youp'là bouge» hat gemäss Evaluation dazu beigetragen, dass der Grossteil der Kindergärten Bewegungsangebote auf dem Pausenplatz und Bewegungsecken im Kindergarten anbietet. In der Intervention «MidnightSports» sind strukturelle Veränderungen anhand einer deutlichen Ausweitung mit der Anzahl Standorte belegt.

3.3.7 Wirkungen auf Ebene Gesundheit

Unter Impact werden längerfristige Wirkungen auf die Gesellschaft subsummiert. So zum Beispiel, dass eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung ein fester Bestandteil des Alltags von Kindern und Jugendlichen geworden sind und einen Beitrag an ihre Gesundheit leisten.

In den Evaluationsberichten wird einerseits von längerfristigen Wirkungen auf die Gesundheit der Zielgruppe berichtet. In Neuenburg sind rund die Hälfte der befragten Eltern der Ansicht, dass ihre Kinder durch die Interventionen «Purzelbaum» und «Youp'la bouge» gesundheitlich profitieren. Im Rahmen der Evaluation von «PEBS» wurde die Gewichtszunahme im Verlauf der Schwangerschaft zwischen an der Intervention teilnehmenden und nicht teilnehmenden Frauen verglichen und es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt. Es gibt zudem Hinweise, dass die Intervention zu einem höheren Wohlbefinden führt. Aufgrund der geringen Anzahl mittels eines Fragebogens der Weltgesundheitsorganisation befragter Frauen sowie einer mangelnden Vergleichsgruppe lassen sich diese Befunde zum Wohlbefinden allerdings nicht statistisch untermauern.

Andererseits liegen Evaluationsberichte zu den Wirkungen der Interventionen auf die Integration sozial benachteiligter Gruppen vor. Im Rahmen der Evaluation von «Mamamundo» sagen die beteiligten Frauen aus, dass sie sich durch die Intervention besser integriert fühlen. Die Evaluation von «Purzelbaum» macht deutlich, dass vor allem fremdsprachige und übergewichtige Kinder von der Intervention am stärksten profitieren und besser in die Klasse integriert werden können.

3.3.8 Wirkungsrelevante Erfolgsfaktoren

Die in den Evaluationsberichten identifizierten wirkungsrelevanten Erfolgsfaktoren lassen sich drei Bereichen – Bedarfsgerechtigkeit, Bedürfnisgerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Interventionen – zuordnen. Diese werden nachfolgend beschrieben.

Bedarfsgerechtigkeit der Interventionen

In mehreren Evaluationsberichten wird betont, dass die Interventionen einem Bedarf entsprechen und gut in die bestehende Angebotslandschaft eingebettet sein sollen. Dadurch können Lücken geschlossen, Synergien geschaffen und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Ob ein Bedarf nach einer Inter-

vention besteht, sollte bereits vor der Lancierung einer Intervention abgeklärt werden. So hat sich die Stiftung IdéeSport gemäss der Evaluation bewusst für die Intervention «KickIt» entschieden, um Mädchen aus sozial benachteiligten Schichten anzusprechen, die sich zu wenig bewegen und durch Sportvereine nur schlecht erreicht werden. In mehreren Evaluationen wurde jedoch ein verstärkter Bedarf an Einbettung der Interventionen in die bestehende Angebotslandschaft identifiziert. So wurde beispielsweise empfohlen, die Intervention «Mamamundo» besser mit Angeboten im Bereich frühe Förderung, Elternberatung, Deutschkurse zu verknüpfen und die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, Durchgangszentren und Gynäkologen/-innen zu verstärken. Auch bei «PAPRICA» wurden eine stärkere Einbettung der Intervention in lokale Netzwerke und ein stärkerer Austausch zwischen Akteuren/-innen, die Kinder in unterschiedlichen Lebensphasen begleiten, angeregt. So können Hebammen und Mütterberatungen vor allem bei jungen Eltern eine Rolle in der Bewegungsförderung spielen, während die Kinderärzte/-innen ihre Patienten/-innen während der ganzen Kindheit begleiten. In der Stadt Zürich wird empfohlen, «Purzelbaum» sowie andere Bewegungsförderungs- und Ernährungsangebote auf Stadtgebiete mit vielen übergewichtigen Kindern zu konzentrieren, sodass Kinder mit einem hohen Bedarf respektive ihre Eltern auf unterschiedlichen Ebenen mehrfach erreicht werden können. Ein solcher multidimensionaler Ansatz sowie die Einbindung der Eltern hat sich für die Wirksamkeit von Bewegungsförderungsprogrammen als wichtig erwiesen.

Bedürfnisgerechtigkeit der Interventionen

Die Interventionen sollen nicht nur einem Bedarf, sondern auch einem Bedürfnis der Multiplikatoren und Zielgruppen entsprechen. Verschiedene Aspekte der Bedürfnisgerechtigkeit von Interventionen werden in den Evaluationen erwähnt und nachfolgend dargelegt.

Praxistauglichkeit der Interventionen: Für die Multiplikatoren ist entscheidend, dass die Interventionen praxistauglich sind. Gemäss den Evaluatoren/-innen der Stadtzürcher «Purzelbaum»-Intervention zeigt die Multiplikation der Intervention in unterschiedlichen Kindergärten, dass diese Intervention im Rahmen des Schulunterrichts gut umgesetzt werden kann. Das praxisnahe Handbuch für Lei-

tungs- und Betreuungspersonen zu Ess- und Tischkultur der Intervention «PEP – gemeinsam essen» wurde von den befragten Multiplikatoren sehr positiv bewertet. Aber auch bezüglich Praxistauglichkeit wird in verschiedenen Evaluationen noch ein Optimierungspotenzial ausgemacht. So ist das Interesse an der Weiterbildung zur Bewegungsförderung im Rahmen der Intervention «PAPRICA» bei den befragten Multiplikatoren im Kontakt mit Familien mit Kleinkindern zwar gross. Allerdings gelingt es aufgrund von Zeitdruck und mangelndem Interesse der Familien nur bedingt, die Weiterbildungsinhalte in den Berufsalltag zu integrieren. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Weiterbildungsinhalte so anzupassen, dass die Multiplikatoren auch kürzere Inputs zur Bewegungsförderung geben können. Das Schulprogramm von «GORILLA» soll gemäss den befragten Sportlehrpersonen noch einen stärkeren Bezug zum Schulalltag haben und einfachere Bewegungssequenzen beinhalten.

Niederschwellige Intervention: Um die Inanspruchnahme einer Intervention durch Multiplikatoren und Zielgruppen sicherzustellen, ist ein niederschwelliger Zugang zum Angebot von Bedeutung. In der Evaluation zu «KickIt» wurde beispielsweise lobend erwähnt, dass die Teilnahme an der Intervention gratis ist und nicht wie beim Zugang zu Sportvereinen eine finanzielle Hürde besteht. Die Evaluationen von «klemon» und «Auf in den Wald» haben zudem gezeigt, dass der Anreiseweg zum Angebot möglichst kurz sein sollte. In Interventionen wie «Mama-mundo» und «PEBS» kann die Niederschwelligkeit gefördert werden, indem die Interventionen in möglichst vielen Sprachen angeboten werden.

Zielgruppengerechte Ausgestaltung der Interventionen: In verschiedenen Evaluationen kommt zum Ausdruck, dass die Interventionen gut auf die Zielgruppen angepasst werden sollten. So entspricht die Intervention «KickIt» dem Bedürfnis der Mädchen, die beim Sport Wert auf Kooperation legen und eine Konkurrenzorientierung wie im klassischen Sportverein ablehnen. Nicht nur in «KickIt», sondern auch in «MidnightSports» wird mit jugendlichen Coaches als Vorbildern gearbeitet. Dieser Peer-Education-Ansatz hat sich bei Jugendlichen als besonders wirksam erwiesen. In drei Evaluationen wird darauf verwiesen, dass die Interventionen noch besser auf die unterschiedlichen Altersgruppen angepasst werden könnten. So

empfiehlt die Evaluation von «KickIt», die unterschiedlichen Bedürfnisse von Mädchen der unteren respektive der oberen Primarschulstufen noch stärker zu berücksichtigen. In den Evaluationen von «Papperla PEP» und «Auf in den Wald» waren einzelne Befragte der Ansicht, dass die Intervention zu wenig gut auf ältere respektive auf jüngere Kinder ausgerichtet ist.

Monetäre und nichtmonetäre Anreize der Interventionen: Die in der Intervention «KickIt» engagierten Coaches erhalten ein Honorar für ihre Tätigkeit, was jedoch nicht als Hauptmotivation für die Teilnahme an der Intervention erscheint. Einen anderen Anreiz stellt ein Zertifikat dar, das die jugendlichen Coaches als Zeugnis für die Teilnahme an der Intervention erhalten und ihren Lehrstellenbewerbungen beilegen können. In der Evaluation von «Youp'là bouge» wird empfohlen, ein Qualitätslabel für die Intervention in den Schulen einzuführen (wie bereits in den Kitas geschehen). Dies würde einerseits einen Anreiz zur Teilnahme an der Intervention schaffen, andererseits an die Berücksichtigung von Faktoren geknüpft werden, welche die Wirksamkeit der Intervention nachweislich steigern.

Nachhaltigkeit der Interventionen

In mehreren Evaluationen wurde auch die Bedeutung der Nachhaltigkeit der Interventionen unterstrichen. In der Evaluation der Stadtzürcher «Purzelbaum»-Intervention wurde erläutert, dass schulbasierte Bewegungsförderungsprogramme unter anderem dann wirksam sind, wenn eine hohe Intensität der Bewegungsintervention über mehrere Jahre aufrechterhalten wird. Die Autoren/-innen der Evaluation regen aus diesem Grund an, «Purzelbaum» nicht nur im Kindergarten, sondern auch in der Primarschule umzusetzen. In den Evaluationen zu «Auf in den Wald» sowie «PEP – gemeinsam essen» wird auf die mangelnde Nachhaltigkeit der Interventionen infolge von Personalwechseln verwiesen. Aus diesem Grund schlagen die Evaluatoren/-innen von «PEP – gemeinsam essen» vor, dass die Qualität der Ess- und Tischkultur als Führungsaufgabe definiert wird und die Ziele der Intervention in den Qualitätsstandards der Tagesschule verankert werden. Um die Nachhaltigkeit der im Rahmen der Interventionen «PAPRICA» und «Youp'là bouge» erfolgten Weiterbildungen sicherzustellen, werden regelmässige Auffrischkurse empfohlen.

3.4 Quantifizierung der Wirkungen

In der Abbildung D3.8 werden die Wirkungen von vier Interventionen quantifiziert («GORILLA», «Pédi-bus», «PEBS», «Purzelbaum»). Diese vier Interventionen wurden ausgewählt, weil die Qualität der Evaluation gut ist, die Informationen in den Evaluationen eine Quantifizierung der Wirkungen erlauben und auf nationaler Ebene Output-Daten zu diesen Interventionen vorhanden waren (vgl. Abbildungen DA.2 bis DA.5 in Anhang A1.2). Gestützt auf die Output-Daten (z. B. 903 durch «PEBS» erreichte Schwangere) sowie die in den Evaluationen identifizierten Wirkungen (z. B. 10% der durch «PEBS» beratenen Schwangeren essen mehr Früchte) wurden die Wirkungen quantifiziert (z. B. dank «PEBS» essen 90 Frauen mehr Früchte). Dieses Vorgehen erlaubt eine grobe Schätzung der durch die Interventionen ausgelösten Wirkungen. Allerdings hat dieses Vorgehen auch zwei Grenzen. Einerseits stützt sich diese Berechnung auf die Annahme, dass die in einem Kanton oder einer Stadt festgestellten Wirkungen einer Intervention national gleich ausfallen. Andererseits lösen die Interventionen in der Regel eingeschränkte Wirkungen aus, die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nur in Teilaspekten und nicht umfassend verändern.

Im Jahr 2017 haben die vier untersuchten Interventionen rund 84 700 Kinder, 5900 Multiplikatoren und 3200 Settings erreicht.¹³ Die Interventionen haben Veränderungen in der Einstellung bei knapp 800 Multiplikatoren und im Verhalten bei 3900 Multiplikatoren ausgelöst. Zudem wurde die Kultur in 3000 Settings und die Struktur in 2900 Settings verändert. Geschätzt 67 600 Kinder haben Wissen zu Ernährung und Bewegung erworben und 68 100 haben ihre Einstellung verändert. Grob geschätzt 51 800 Kinder haben etwas in ihrem Ernährungsverhalten geändert (2011: ~15 300). Ebenso wurden bei 60 200 Kindern Veränderungen im Bewegungsverhalten beobachtet (2011: ~15 000).¹⁴

¹³ Der Begriff Settings bezieht sich hier auf die Summe verschiedener Einheiten innerhalb eines Settings wie beispielsweise auf die Anzahl Kinderkrippen im Setting Kleinkinderbetreuung (konkrete Einrichtungen).

¹⁴ Die hier ausgewiesenen Werte stützen sich ausschliesslich auf die Ergebnisse in Evaluationsberichten. In der letzten Wirkungsanalyse wurden jedoch auch Angaben aus der Literatur sowie plausible Annahmen getroffen, um die Wirkungen zu quantifizieren (vgl. Fässler et al. 2014).

ABBILDUNG D3.8

Wirkungspotenzial von vier KAP-Interventionen

| Output | Outcome Multiplikatoren | Outcome Zielgruppen |
|---|---|---|
| Projekt: GORILLA Kinder: 24 025 Multiplikatoren: 527 Settings: – | Wissen Nicht im Fokus | Wissen GORILLA: 10 331 Purzelbaum: 57 230 |
| Projekt: Pédibus Kinder: 798 Multiplikatoren: 532 Settings: 91 | Einstellung PEBS: 767 | Einstellung GORILLA: 19 701 Purzelbaum: 48 380 |
| Projekt: PEBS Kinder: 903 Multiplikatoren: 903 Settings: 11 | Verhalten Pédibus: 245 PEBS: 99 Purzelbaum 3510 | Verhalten <i>Ernährung:</i> GORILLA: 17 538 Purzelbaum: 34 220 <i>Bewegung:</i> GORILLA: 2403 Purzelbaum: 57 820 |
| Projekt: Purzelbaum Kinder: 59 000 Multiplikatoren: 3900 Settings: 3067 | Outcome Verhältnisse | |
| | Kultur Purzelbaum: 3081 | |
| | Struktur Purzelbaum: 2886 | |

| Total | | | | | | | | |
|--------|-----------------|----------|----------------|-------------|-----------|--------|-------------|----------------------|
| Kinder | Multiplikatoren | Settings | Wissen | Einstellung | Verhalten | Wissen | Einstellung | Verhalten |
| 84 726 | 5862 | 3169 | Nicht im Fokus | 767 | 3854 | 67 561 | 68 081 | Ernährung: 51 758 |
| | | | Kultur | | Struktur | | | Bewegung: 60 223 |
| | | | 3081 | | 2886 | | | |

Quelle: Vgl. Wirkungsmodelle in den Abbildungen DA.2 bis DA.5 in Anhang A1.2

4 Fazit

Die ersten kantonalen Aktionsprogramme «Ernährung und Bewegung» (KAP) wurden im Jahr 2007 gestartet. Um die Entwicklung der KAP in den letzten zehn Jahren nachzuvollziehen und einen Ausblick auf den weiteren Verlauf der KAP zu geben, lassen sich in Anlehnung an das in der Betriebswirtschaft gängige Modell des Produktlebenszyklus vier Programmphasen unterscheiden (vgl. Tabelle D4.1) (Olbrich 2006). Dabei ist zu beachten, dass die mittlerweile 21 KAP zu unterschiedlichen Zeitpunkten gestartet sind (vgl. Tabelle D1.1).

Aufbau: Die erste Phase ist dem Aufbau der KAP gewidmet. Es werden viele innovative Interventionen entwickelt. Es gibt noch wenige Policymassnahmen. Die Vernetzung zwischen den Kantonen sowie zwischen den Bereichen Bewegung und Ernährung innerhalb der Kantone wird vorangetrieben. Die Aktivitäten im Bereich Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit schaffen Akzeptanz für das Thema gesundes Körpergewicht.

Wachstum: Die zweite Phase dient dem Wachstum. Dieses erfolgt über eine Verbreitung bestehender Interventionen im Hinblick auf eine flächendeckende Abdeckung im Kanton. Bei den Policymassnahmen ist eine Zunahme der geplanten Aktivitäten zu verzeichnen. Die bereits auf hohem Niveau stattfin-

dende Vernetzung wird durch die Integration neuer Akteure/-innen in Verwaltung und bei Multiplikatoren ergänzt. Dank Vernetzungsaktivitäten und Öffentlichkeitsarbeit sind die KAP respektive ihre Interventionen in der Bevölkerung und bei Partnern/-innen gut bekannt.

Konsolidierung: In der dritten Phase wird eine Konsolidierung der KAP angestrebt. Dies geschieht durch eine Fokussierung auf wirksame Interventionen, die bereits erfolgreich verbreitet wurden. Mit zunehmender Anzahl flächendeckend eingeführter und verankerter Interventionen steigt die Anzahl in Kraft getretener Policymassnahmen. Die Vernetzungsaktivitäten und die Öffentlichkeitsarbeit werden in dieser Phase genutzt, um die Themen Bewegung und Ernährung im öffentlichen Bewusstsein zu halten.

Verankerung: Aufgrund der Wichtigkeit von ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung bei der Vorbeugung gegen nicht übertragbare chronische Krankheiten wie Krebs-, Herz-Kreislauf- und muskuloskelettale Krankheiten dürften Interventionen im Bereich Bewegung und Ernährung längerfristig von Bedeutung sein. Deshalb nimmt die nachhaltige Verankerung der KAP-Aktivitäten in der vierten Phase einen hohen Stellenwert ein. Dies be-

TABELLE D4.1

Modell der vier Programmphasen

| | Aufbau | Wachstum | Konsolidierung | Verankerung |
|--------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Phase | I: 1–4 Jahre | II: 5–8 Jahre | III: 9–12 Jahre | IV: 13–16 Jahre |
| Aufgaben | Innovationen Akzeptanz schaffen | Verbreitung Bekanntheit steigern | Fokussierung Thema warm halten | Verankerung Neue Themen |
| Stellenwert | Interventionen ▲ | Interventionen ▲ | Interventionen ▼ | Interventionen ▼ |
| Ebenen | Policy ▼ | Policy ▲ | Policy ▲ | Policy ▲ |
| | Vernetzung ▲ | Vernetzung ► | Vernetzung ► | Vernetzung ▲ |
| | ÖA ▲ | ÖA ► | ÖA ► | ÖA ▼ |

Quelle: Eigene Darstellung Interface in Anlehnung an den Produktlebenszyklus in der Betriebswirtschaftslehre.

ÖA = Öffentlichkeitsarbeit ▲ hoher Stellenwert ► gleichbleibender Stellenwert ▼ tiefer respektive abnehmender Stellenwert. Eine Einschätzung des Stellenwertes erfolgt aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben, die sich in den vier Programmphasen stellen.

deutet, dass die Anzahl Interventionen sinkt, da geeignete Interventionen zunehmend in Policymassnahmen überführt werden. Der Schwerpunkt liegt neu bei den Policymassnahmen. Die Vernetzungsaktivitäten werden intensiviert, um die KAP-Interventionen in die Regelstrukturen zu integrieren. Dagegen nimmt der Bedarf an Öffentlichkeitsarbeit ab.

Vor dem Hintergrund dieses idealtypischen Programmverlaufs werden nun die Evaluationsfragen beantwortet und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der KAP formuliert.

S1: Wie kann die Zielerreichung beurteilt werden?

Die Evaluation hat gezeigt, dass die Zielerreichung insgesamt gut ist: bei 8 der 15 Ziele ist sie hoch und bei 6 Zielen mittel (vgl. Tabelle D2.1). Seit der letzten Evaluation sind vor allem nachfolgende Veränderungen bei der Zielerreichung feststellbar:

Ziele Input: Bei den Zielen zum Input zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen. Das Modul A der kantonalen Aktionsprogramme wird insgesamt in einem ähnlichen Umfang weitergeführt. Die Anzahl Kantone mit einem Modul A ist von 20 auf 21 und die Investitionen sind leicht von 13,7 Millionen Franken auf 14,2 Millionen Franken gestiegen. Über alle Kantone hinweg haben sich weder die Sparprogramme noch die neuen Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung Schweiz auf die Ausgaben für das Modul A der kantonalen Aktionsprogramme ausgewirkt. Die wissenschaftlichen Grundlagen und die Ergebnisse der Evaluationen werden bei der Konzipierung der Programme nach wie vor gut berücksichtigt. Die Fokussierung auf die prioritären Zielgruppen – vulnerable Gruppen und Kinder zwischen 0 und 6 Jahren – ist auf Ebene der Interventionen und Policymassnahmen relativ stabil, hat aber auf der Ebene Vernetzung deutlich zugenommen.

Ziele Interventionen: Die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen hat zugenommen.¹⁵ Dies zeigt sich insbesondere daran, dass der Anteil evaluierter Interventionen deutlich zugenommen hat. Der Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention ist stabil. Ein Drittel der Interventionen wird nach wie vor nicht multipliziert und lediglich in einem KAP umgesetzt.

Kritisch zu beurteilen ist die Verankerung der Interventionen, die nur leicht zugenommen hat und für die KAP nach wie vor eine Herausforderung darstellt.

Ziele Policymassnahmen: Die strukturelle Verankerung der Themen Bewegung und Ernährung in den Kantonen hat weiter zugenommen. So hat die Anzahl Policymassnahmen seit der letzten Evaluationsrunde weiter zugenommen. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass seit der dritten KAP-Phase auch Anstrengungen zur Verankerung von Interventionen unter Policymassnahmen laufen. Zudem ist der Anteil in Kraft getretener Policymassnahmen gestiegen. Das Engagement der politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung hat sich nicht wesentlich verändert. Erfreulich ist allerdings, dass Gemeindevertretende in mehr Kantonen als in den Vorjahren in einem übergeordneten KAP-Gremium vertreten sind.

Ziele Vernetzung: Bei der intra- und interkantonalen Vernetzung finden keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zur letzten Evaluationsrunde statt. Es scheint eine leichte Verschiebung in der Vernetzungsarbeit vom Bildungsdepartement zu anderen Departementen stattgefunden zu haben. Positiv ist, dass Fachleute – unter anderem aus dem Bereich frühe Kindheit – in mehr Kantonen in einem übergeordneten KAP-Gremium vertreten sind. Die Vernetzung über die Sprachgrenzen hinaus stellt aufgrund von Sprachbarrieren nach wie vor eine Herausforderung dar, kann aber durch Sprachgrenzen-übergreifende Interventionen gefördert werden.

Ziele Öffentlichkeitsarbeit: Im Vergleich zur letzten Evaluationsrunde ist es weniger gut gelungen, die thematischen Schwerpunkte von Gesundheitsförderung Schweiz in der Öffentlichkeitsarbeit aufzugreifen. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Gesundheitsförderung Schweiz den KAP gewisse Kommunikationsmittel nicht mehr zur Verfügung stellt. Hingegen ist es relativ gut gelungen, die Kommunikationsmassnahmen auf die Zielgruppe der Kinder im Vorschulalter auszurichten.

Ziele zum Outcome: Grosse Fortschritte wurden bei der Zielgruppenerreichung erzielt. So hat sich die Zahl der erreichten Zielgruppen und Settings ver-

¹⁵ Drei Indikatoren wurden herangezogen, um die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen zu beurteilen: 1) Anteil multiplizierter Interventionen, 2) Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention, 3) Anteil evaluierter Interventionen.

dreifach. Die Zahl erreichter Multiplikatoren ist gar um das Fünfzehnfache gestiegen. Dieser Anstieg kann teilweise mit einer besseren Datenerfassung erklärt werden. Er ist aber auch darauf zurückzuführen, dass weit verbreitete Interventionen wie «Fourchette verte» und «Purzelbaum» mehr Kinder, Multiplikatoren und Settings erreichen oder neue Interventionen wie «fit4future» und «Schule bewegt» von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt werden. Erfreulich ist weiter, dass sich das Bewegungsverhalten der Kinder stabilisiert und das Ernährungsverhalten verbessert hat. Auch die positive Entwicklung beim Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher setzt sich weiter fort. So sinkt der Anteil übergewichtiger Kinder nun nicht mehr ausschliesslich im Kindergarten, sondern auch in der Mittelstufe (3.–5. Klasse, Harnos 5–7). Allerdings zeigen sich diese positiven Trends beim Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie dem Body-Mass-Index noch nicht bei Jugendlichen in der Oberstufe. Zudem sind nach wie vor mehr Kinder aus bildungsfernen Haushalten respektive mit Migrationshintergrund übergewichtig.

S2: Inwiefern sind Fortschritte bei der Fokussierung auf und der Verbreitung von qualitativ guten Interventionen feststellbar? Welche Interventionen waren am weitesten verbreitet und welche Interventionen wurden am häufigsten sistiert? Sind die Veränderungen in der dritten Phase signifikant?

Seit der letzten Evaluationsrunde sind Fortschritte bei der Fokussierung auf Interventionen mit besonderer Qualität erkennbar.¹⁶ So ist der Anteil selbst- oder fremdevaluierter Interventionen zwischen 2013 und 2017 von 48% auf 68% gestiegen. Zu den am weitesten verbreiteten Interventionskonzepten zählen «Femmes-Tische» und «Purzelbaum», die in 13 KAP umgesetzt werden. Die Interventionen «Fourchette verte», «Pédibus», «Bike2school», «MidnightSports», «freiwilliger Schulsport» und «Weiterbildung von Multiplikatoren» sind Bestandteil von 5 oder mehr KAP. Im Übergang von der zweiten in die dritte Phase wurden 42 Interventionen

sistiert. Neben «klemon» und «Bewegte Schule» wurden vor allem Interventionen nicht weitergeführt, die bisher lediglich in einem KAP umgesetzt wurden. Allerdings sind bei diesem Übergang auch 27 ausschliesslich in einem KAP umgesetzte Interventionen dazugekommen. Insgesamt wird weiterhin ein Drittel der Interventionen nicht multipliziert und ist lediglich Bestandteil eines KAP. Ebenso hat sich der Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention nicht verändert. Zusammenfassend sind die Veränderungen beim Anteil evaluierter Interventionen, nicht aber bei den anderen beiden Indikatoren signifikant.

F2: Welche Gründe waren ausschlaggebend, dass die am meisten verbreiteten Interventionen weitergeführt respektive Interventionen sistiert wurden? Welche Faktoren fördern respektive hemmen die Fokussierung auf und die Verbreitung von Interventionen mit besonderer Qualität?

Für die Weiterführung von Interventionen war vor allem ausschlaggebend, dass diese von den KAP-Verantwortlichen als qualitativ gut beurteilt wurden und auf eine hohe Akzeptanz bei Multiplikatoren und Zielgruppen stossen. Zur Sistierung von Interventionen hat die mangelnde Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit, die Konzentration der Ressourcen auf weniger Interventionen, die Fokussierung auf Interventionen auf Kinder im Vorschulalter sowie der mangelnde politische Rückhalt geführt.

Die Verbreitung von nationalen Interventionen, die von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlen werden, scheitert in erster Linie an den hohen Kosten. Ebenso spricht gegen die Übernahme von nationalen Interventionen, wenn im Kanton ähnliche, bereits von den Multiplikatoren mitentwickelte und gut akzeptierte Interventionen bestehen. Auch die mangelnde Niederschwelligkeit der Interventionen für die Multiplikatoren kann die Umsetzung nationaler Interventionen hemmen. Gefördert wird die Verbreitung solcher Interventionen, wenn sie möglichst einfach an den geografischen, institutionellen, kulturellen und sprachlichen Kontext in einem

¹⁶ Drei Indikatoren wurden herangezogen, um die Fokussierung auf qualitativ gute Interventionen zu beurteilen: 1) Anteil multiplizierter Interventionen, 2) Anteil Interventionen mit Verhältnisprävention, 3) Anteil evaluierter Interventionen.

Kanton angepasst werden können. Sinnvoll scheint es, Umsetzungsvarianten für grosse und kleine Kantone respektive Städte und Gemeinden zu entwickeln.

S3: Inwiefern funktioniert die Verankerung der Massnahmen im Bereich Ernährung und Bewegung in die kantonalen Strukturen?

Der Anteil verankerter Interventionen ist zwischen 2013 und 2017 nur leicht angestiegen. Auch der Anteil der flächendeckend, das heisst in 80% aller Settings, eingeführten Interventionen bleibt gleichbleibend gering. Bei der Verankerung besteht entsprechend ein grosser Optimierungsbedarf.

F3: Ist die Definition des Begriffs «Verankerung» klar? Kann die Verankerung gemäss Definition von Gesundheitsförderung Schweiz erfolgen? Welche Faktoren fördern oder hemmen die Verankerung?

Der Begriff Verankerung wird unterschiedlich definiert. Einige KAP-Verantwortliche verstehen darunter eine KAP-unabhängige Finanzierung, andere eine Verankerung der Inhalte in Regelstrukturen. Für andere ist eine Intervention dann verankert, wenn die operativen Tätigkeiten für die Intervention von Dritten übernommen werden, aber weiterhin eine Finanzierung durch das KAP besteht. Die Verankerung stellt nach wie vor eine Herausforderung dar. Es wird bezweifelt, dass die Interventionen längerfristig ohne KAP-Finanzierung Bestand haben werden. Ohne finanzielle und personelle Unterstützung der KAP droht selbst bei in Regelstrukturen verankerten Interventionen der Abbruch. Fördernd für die Verankerung ist, wenn sich die Verankerungsanstrengungen auf wenige Interventionen mit einem nachgewiesenen Bedarf konzentrieren, die Interventionen auf etablierten Strukturen aufbauen und über Vernetzungsaktivitäten der Rückhalt bei Entscheidungsträgerinnen und -trägern in Kanton und Gemeinden für die Verankerung sichergestellt wird.

S4: Wie hoch fallen die Kosten für das Programm als Ganzes und verteilt auf die vier Ebenen (Interventionen, Polycymassnahmen, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) aus? Wie hat sich die Verteilung dieser Kosten verändert?

Die Kosten für das Programm als Ganzes haben zwischen 2013 und 2017 leicht von 13,7 Millionen Franken auf 14,2 Millionen Franken zugenommen. Die Beteiligung der Kantone, von Gesundheitsförderung Schweiz und von Dritten an den Investitionen ist seit der letzten Evaluationsrunde ähnlich geblieben. Wie bereits in der letzten Evaluationsrunde verursachen die Interventionen knapp die Hälfte der Kosten. Der Anteil an Investitionen in Polycymassnahmen hat seit der letzten Evaluationsrunde zugenommen. Relativ gesehen gingen die Aufwände für die Öffentlichkeitsarbeit zurück. Die Entwicklung der Kosten entspricht dem einleitend im Kapitel beschriebenen idealtypischen Programmverlauf.

F4.1: Wie wirkt sich die finanzielle Lage der Kantone auf die KAP aus? Wie hat sich das Engagement der Kantone für die KAP verändert und wie kann dieses Engagement aufrechterhalten werden?

In vier Kantonen wurde das finanzielle Engagement der KAP für das Modul A ausgebaut, in acht Kantonen stabil gehalten und in weiteren acht Kantonen leicht bis stark reduziert. Ausschlaggebend für die Reduzierung des finanziellen Engagements waren primär Sparmassnahmen und in Einzelfällen Wechsel im Regierungsrat. Die stabile Finanzierung des Moduls A wird einerseits als Zeichen der hohen Akzeptanz gewertet und andererseits auf die 50-Prozent-Regelung bei der Kostenteilung zwischen Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen zurückgeführt. Die kantonalen KAP-Verantwortlichen erachten es mehrheitlich als wichtig, dass die Finanzierung des Moduls A durch Gesundheitsförderung Schweiz im bisherigen Rahmen weitergeführt wird. Innerhalb der Kantone ist es von Bedeutung, dass die politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen mit fundierten Argumenten für ein

kontinuierliches Engagement im Modul A gewonnen werden können. Insbesondere Argumente zum Kosten-Nutzen-Verhältnis des Moduls A stossen auf Anklang. Auch das von Gesundheitsförderung Schweiz publizierte Argumentarium «Gesundheit fördern, Krankheit und Unfälle verhüten» ist ein wertvolles Instrument für die Überzeugungsarbeit bei politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern.

F4.2: Wie wirken sich die neuen Rahmenbedingungen auf die KAP aus? Wie hat sich die Beteiligung der Kantone verändert? Fokussieren sich die Kantone nach wie vor auf das Modul A oder haben sie die Mittel zugunsten von anderen Modulen gekürzt?

Bisher haben sich die neuen Rahmenbedingungen von Gesundheitsförderung Schweiz für die KAP noch nicht wesentlich auf das Modul A ausgewirkt. Die meisten Kantone haben ein Gesuch für die Finanzierung des Moduls A bei Gesundheitsförderung Schweiz eingereicht, bevor die neuen Rahmenbedingungen in Kraft getreten sind. Es wird aber davon ausgegangen, dass sich die neuen Rahmenbedingungen in der vierten Programmphase auf das Modul A auswirken und die finanziellen Mittel vermehrt in andere Module investiert werden. Zudem dürften vermehrt Synergien mit anderen Modulen und insbesondere mit dem Modul C (Psychische Gesundheit bei Kindern) gesucht werden.

F4.3: Wie werden die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz durch die Kantone beurteilt? Welche Unterstützungsleistungen sollten trotz neuer Rahmenbedingungen beibehalten werden und in welcher Form?

Die Unterstützungsleistungen von Gesundheitsförderung Schweiz wie die Bereitstellung wissenschaftlicher Grundlagen, die Netzwerktagung und die fachliche Begleitung werden von den kantonalen KAP-Verantwortlichen sehr geschätzt. Auch unter den neuen Rahmenbedingungen ist es für die kantonalen KAP-Verantwortlichen wichtig, im engen Aus-

tausch mit einer Ansprechperson bei Gesundheitsförderung Schweiz zu stehen, welche die Eigenheiten jedes Kantons gut kennt sowie Fachwissen zu verschiedenen Themen und Interventionen einbringen kann. Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit erachten die KAP-Verantwortlichen das Thema «Healthy Body Image» als Querschnittsthema zwischen Modul A und C weiterhin als wichtig und wünschen sich Kommunikationsmaterialien für die Zielgruppe Jugendliche. Die von Gesundheitsförderung Schweiz zur Verfügung gestellten Informationsmaterialien sollten noch flexibler an den kantonalen Kontext angepasst werden können. Im Bereich des Wirkungsmanagements wird der Nutzen von Fremdevaluierungen zu einzelnen Interventionen als grösser erachtet als derjenige einer Gesamtevaluation der KAP. Bei der Steuerung der KAP mittels des neuen zielbasierten Reportings scheint der grösste Handlungsbedarf zu bestehen. Bisher arbeiten nur wenige KAP-Verantwortliche im Modul A mit den neuen Reportinginstrumenten; diese sind jedoch mehrheitlich unzufrieden damit. Wenn in einem KAP mehrere Module umgesetzt werden, wird der Aufwand für das Reporting als beträchtlich erachtet. Die neuen Reportinginstrumente können zudem nur schlecht für die Kommunikation gegen aussen genutzt werden. Schliesslich liegen die Kennzahlen zur Erreichung der Zielgruppen und Multiplikatoren in den Kantonen selten bereits Ende Januar vor.

S5: Welche Schlüsse bezüglich Wirksamkeit der KAP können, gestützt auf die Evaluationen, gezogen werden?

Im Rahmen der Gesamtevaluationen wurden vier Interventionen – «GORILLA», «PEBS», «Pédibus», «Purzelbaum» – vertieft untersucht und eine grobe Schätzung des Wirkungspotenzials erstellt. Die vier Interventionen lösen Veränderungen im Verhalten bei geschätzt 3900 Multiplikatoren aus. Zudem wurde die Kultur in 3000 Settings und die Struktur in 2900 Settings verändert. Geschätzt 51800 Kinder haben etwas in ihrem Ernährungsverhalten geändert (2011: ~15300). Ebenso wurden bei 60200 Kindern Veränderungen im Bewegungsverhalten beobachtet (2011: ~15000).¹⁷ Da nur vier von insgesamt

¹⁷ In der letzten Gesamtevaluation wurde das Wirkungspotenzial nicht nur basierend auf die Evaluationsberichte, sondern auch auf Literaturangaben und plausible Annahmen berechnet. In dieser Gesamtevaluation stützt sich die Berechnung nur auf die Evaluationsberichte. Auch die hier aufgeführten Vergleichszahlen aus dem Jahr 2011 stützten sich lediglich auf die Evaluationsberichte.

108 Interventionskonzepten in der Schätzung berücksichtigt werden konnten, dürfte das Wirkungspotenzial des Moduls A in Wirklichkeit deutlich höher ausfallen. Andererseits hat das Vorgehen zur Schätzung des Wirkungspotenzials gewisse Grenzen. Einerseits stützt sich diese Berechnung auf die Annahme, dass die in einem Kanton oder einer Stadt festgestellten Wirkungen einer Intervention national gleich ausfallen. Andererseits lösen die Interventionen in der Regel eingeschränkte Wirkungen aus, die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nur in Teilaspekten und nicht umfassend verändern.

F5: Welche KAP haben die Option «Wirkungsevaluation» genutzt? Welche Ebenen respektive Interventionen waren Gegenstand von Evaluationen? Welche Zielsetzungen wurden mit den Evaluationen verfolgt? Welche Evaluationstendenzen lassen sich beobachten? Welche Ergebnisse zeigen diese Evaluationen auf?

Zurzeit haben 14 KAP die Option Wirkungsevaluation genutzt respektive planen eine Evaluation, die durch Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt wird. Je nach Bevölkerungsgrösse des Kantons stellt Gesundheitsförderung Schweiz den Kantonen zwischen 5000 und 12000 Franken jährlich für eine solche Wirkungsevaluation zur Verfügung. Die KAP Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, St.Gallen und Solothurn lassen zurzeit gemeinsam «Fourchette verte» evaluieren. Die KAP Jura und Wallis planen eine gemeinsame Evaluation der Intervention «Bien dans sa tête, bien dans sa peau».¹⁸ Die anderen KAP lassen kantonsspezifische Interventionen evaluieren (Genf: «Collations et goûters sains à l'école primaire», Graubünden: «Weiterbildung von Multiplikatoren», Luzern: «Purzelbaum», Tessin: «Movimento e gusto con l'équilibre giusto», Uri: «Pausenäpfel», Waadt: «Autour de la naissance», Zürich: «Menügestaltung und Bewegungsförderung in Kitas»). Unabhängig von dieser Option Wirkungsevaluation wurden in den letzten Jahren Evaluationen zu grösseren Interventionen wie «Mamamundo», «PEBS», «MidnightSports», «PAPRICA», «GORILLA», «klemon», «Papperla PEP», «KickIt» und «Purzelbaum» durchgeführt. Zudem war die Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der

Kampagne «Wasser trinken» von Gesundheitsförderung Schweiz respektive der Intervention «Éveil corporel» Gegenstand einer Evaluation. Schliesslich wurde das kantonale Aktionsprogramm «Bern gesund» als Ganzes evaluiert.

In Bezug auf die Zielsetzung der Evaluationen lassen sich keine klaren Tendenzen erkennen. Sechs Evaluationen sollten primär das Lernen anregen und hatten somit eine formative Zielsetzung. Bei fünf Evaluationen standen summative Zielsetzungen, das heisst die bilanzierende Beurteilung von Zielerreichung und Wirkungen der Interventionen, im Vordergrund. In zehn Evaluationen wurden sowohl summative als auch formative Zielsetzungen verfolgt. Bei fünf Evaluationen war der Evaluationszweck aus dem Evaluationsbericht nicht klar erkennbar.

Seit 2013 hat der Anteil der Wirkungsevaluationen an den durchgeführten Evaluationen deutlich zugenommen. Diese Entwicklung ist sehr erfreulich, da die Überprüfung von Wirkungen einen Schwerpunkt von Gesundheitsförderung Schweiz darstellt. Allerdings weisen die vorliegenden Evaluationen nach wie vor gewisse Schwachpunkte auf, die ihre Aussagekraft einschränken.

Wenige Evaluationen mit Vorher-Nachher-Vergleichen: Nur eine Minderheit der Evaluationen beruht auf Vorher-Nachher-Vergleichen. Für solche quantitativen Vergleichsstudien sind eine genügend grosse und repräsentative Stichprobe sowie ein längerer Beobachtungszeitraum notwendig, um statistisch signifikante Unterschiede in den Wirkungen bei den Zielgruppen feststellen zu können.

Nur wenige objektive Messungen: Die meisten Evaluationen beruhen auf subjektiven Einschätzungen der Wirkungen durch die Zielgruppen und Multiplikatoren am Ende oder nach Abschluss der Intervention. Nur in wenigen Evaluationen werden auch objektive Messungen realisiert.

Mangelnde Berücksichtigung von Kontextfaktoren: Häufig werden in den Evaluationen keine Kontextfaktoren identifiziert, welche die Wirkungen begünstigen, hemmen oder allenfalls ganz erklären.

Die ersten beiden Schwachpunkte können nur im Rahmen von Evaluationen zu grösseren Interventionen angegangen werden. Solche Interventionen verfügen über eine genügend hohe Teilnehmerzahl für

¹⁸ Die Intervention «Bien dans sa tête, bien dans sa peau» lautet neu «MoiCMoi».

quantitative Vorher-Nachher-Vergleiche und über das notwendige Budget für objektive Messungen. Aus diesem Grund ist es sehr sinnvoll, dass mehrere KAP die Intervention «Fourchette verte» gemeinsam evaluieren lassen. Aus den Evaluationen sollte noch klarer ersichtlich werden, welche Interventionsmerkmale respektive Kontextfaktoren die Wirkungen begünstigen oder hemmen. Insbesondere bei kleineren Interventionen eignen sich dazu primär qualitative Methoden.

Die analysierten Evaluationsberichte zeigen Wirkungen der Interventionen auf verschiedene Wirkungsdimensionen auf. Evaluationen zu neun Interventionen zeigen Wirkungen bei den Multiplikatoren auf der Wissens-, Einstellungs- respektive Verhaltensebene auf. Ebenfalls bei neun Interventionen werden Wirkungen bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in den Evaluationsberichten beschrieben. Veränderungen auf der Verhältnisebene werden bei fünf Interventionen identifiziert.

Die Evaluationen erläutern verschiedene Faktoren, welche die Wirkungsentfaltung der Interventionen fördern. So sollen die Interventionen einem Bedarf entsprechen und gut in die Angebotslandschaft eingebettet sein. Dadurch können Lücken geschlossen, Synergien geschaffen und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Idealerweise wird das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Zielgruppe durch einen multidimensionalen Ansatz gefördert, das heisst unterschiedliche Angebote in verschiedenen Settings. Es genügt jedoch nicht, einen Bedarf abzudecken; auch die Bedürfnisse der Zielgruppe gilt es zu beachten. In diesem Zusammenhang wird betont, dass die Interventionen möglichst praxistauglich, niederschwellig und zielgruppengerecht ausgestaltet werden sollen. Um die nachhaltigen Wirkungen der Interventionen sicherzustellen, wird in den Evaluationen empfohlen, Interventionen über mehrere Schulstufen anzubieten, Inhalte der Interventionen institutionell zu verankern und Weiterbildungen regelmässig zu wiederholen.

Zusammenfassende Beurteilung

Zusammenfassend hat sich das Modul A der kantonalen Aktionsprogramme gemäss dem idealtypischen Programmverlauf entwickelt. Der Stellenwert der Policymassnahmen hat weiter zugenommen und die Vernetzung mit Fachleuten – insbesondere auch im Bereich frühe Kindheit – wurde ausgebaut. Die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit nimmt tendenziell ab. Bei voraussichtlich gleichbleibenden oder möglicherweise sinkenden finanziellen Mitteln für das Modul A sind weitere Anstrengungen im Bereich der Fokussierung und Verankerung der Massnahmen notwendig, um Raum für Innovationen zu schaffen: So zum Beispiel die Nutzung von Synergien mit dem Modul C zur psychischen Gesundheit oder Interventionen für Jugendliche. Bei dieser Zielgruppe stagniert der Anteil Übergewichtiger auf hohem Niveau, im Gegensatz zu Kindergarten- und Mittelstufenkindern, wo ein Rückgang stattfindet. Qualitativ gute Wirkungsevaluationen können als Grundlage herangezogen werden, um über die Fokussierung respektive die Verankerung von Massnahmen zu entscheiden. Gestützt auf diese Befunde formulieren wir die nachfolgenden vier Empfehlungen (vgl. Tabelle D4.2).

TABELLE D4.2

Empfehlungen

Strategische Empfehlungen (Was?)

Empfehlung 1: Gemeinsam mit den Kantonen die Verankerung neu definieren

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass nur wenige Interventionen des Moduls A verankert werden können. Die meisten Massnahmen haben ohne KAP-Finanzierung keinen Bestand. Allerdings besteht auch längerfristig ein Bedarf an Massnahmen in diesem Bereich, da unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung zwei bedeutende Risikofaktoren für nicht übertragbare, chronische Krankheiten und ein wichtiger Ansatzpunkt für die NCD-Strategie sind. Zudem ist der Anteil übergewichtiger Kinder zwar rückläufig, aber nach wie vor hoch. Wir empfehlen Gesundheitsförderung Schweiz und den Kantonen daher, den Begriff Verankerung zu öffnen und auch Anstrengungen zur langfristigen Finanzierung der Interventionen durch die KAP miteinzuschliessen.

Empfehlung 3: Die Qualität der Wirkungsmessung weiter stärken und die Nutzung der Ergebnisse sicherstellen

Um geeignete Massnahmen für eine längerfristige Finanzierung identifizieren zu können, sind aussagekräftige Evaluationen zu den Wirkungen der Massnahmen von Bedeutung. Ebenso soll die Nutzung der Evaluationsergebnisse sichergestellt werden. Daher empfehlen wir Gesundheitsförderung Schweiz, die Qualität der Wirkungsmessung und die Nutzung der Evaluationsergebnisse weiter zu stärken.

Operative Empfehlungen (Wie?)

Empfehlung 2: Die Verankerung des Programmmanagements stärken, verankerungswürdige Massnahmen gezielter auswählen und Ressourcen für Innovationen freistellen

Kantone: In der vierten Phase hat das Programmmanagement inklusive Policy- und Vernetzungsarbeit einen zentralen Stellenwert, um Bewährtes längerfristig zu sichern und Raum für Innovation zu schaffen. Diese Aufgaben können nicht KAP-unabhängig finanziert werden. Wir empfehlen daher den Kantonen, die Stellenprozentage für das Programmmanagement des Moduls A innerhalb der Verwaltung respektive bei externen Partnerorganisationen längerfristig zu verankern und gemeinsam mit Gesundheitsförderung Schweiz die dafür notwendigen finanziellen Mittel sicherzustellen.

Gesundheitsförderung Schweiz: Gesundheitsförderung Schweiz soll die KAP bei der Fokussierung, Verankerung und Innovation der Massnahmen unterstützen. Dafür empfehlen wir folgendes Vorgehen:

- **Verankerung:** Die Verankerungsanstrengungen sollten sich auf eine bis zwei Massnahmen mit guten Aussichten auf eine KAP-unabhängige Finanzierung respektive eine Verankerung von Inhalten in Regelstrukturen konzentrieren.
- **Fokussierung:** Bei Massnahmen, die auch längerfristig auf eine KAP-Finanzierung angewiesen sind, sollte eine stärkere Fokussierung stattfinden. Entweder werden Massnahmen unterstützt, die von Gesundheitsförderung Schweiz empfohlen werden, oder kantonsspezifische Interventionen, die klar definierten Anforderungen genügen (z. B. Aufbau auf bestehenden Strukturen, KAP-externe Interventionsleitung, konstant hohe Teilnehmerzahlen, in einer Evaluation nachgewiesene Wirkungen).
- **Innovation:** Im Modul A sollte weiterhin ein finanzieller Spielraum bestehen, um auf neue Entwicklungen einzugehen. Wir empfehlen, in der vierten Programmphase insbesondere die Zielgruppe Jugendliche stärker einzubeziehen respektive thematische Synergien mit dem Modul C zur psychischen Gesundheit zu schaffen. Wenn möglich sollten diese Zielgruppen respektive Themen in bestehenden Massnahmen integriert werden.

Empfehlung 4: Den Fokus auf grosse Interventionen legen, die Kantone in die Evaluationsplanung einbeziehen und sie in ihren Evaluationstätigkeiten unterstützen

Um die Qualität der Evaluationen zu verbessern, empfehlen wir Gesundheitsförderung Schweiz, im Hinblick auf eine längerfristige Finanzierung primär grössere Interventionen evaluieren zu lassen. Bei grösseren Interventionen ist eine genügend hohe Teilnehmerzahl für quantitative Vorher-Nachher-Vergleiche sowie ein ausreichendes Budget für objektive Messungen vorhanden. Im Rahmen der Evaluationen sollte zudem noch besser aufgezeigt werden, welche Interventionsmerkmale und Kontextfaktoren die Wirkungen begünstigen respektive hemmen.

Um die Nutzung der Evaluationsergebnisse zu stärken, sollen die unterschiedlichen Bedürfnisse der KAP im Bereich Evaluation noch stärker berücksichtigt werden. Für einen Teil der KAP steht der Nachweis von Wirkungen und die Rechenschaftsablegung gegenüber politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Vordergrund, während für andere KAP begleitende Prozessevaluationen zur Optimierung der Interventionen von Interesse sind. Die KAP sollten sich einerseits noch stärker in die Evaluationsplanung von Gesundheitsförderung Schweiz einbringen können (z. B. Konsultation via Begleitgruppe, VBG-Region, Zwischengespräch). Andererseits könnte die Evaluationstätigkeit der Kantone über finanzielle Anreize (z. B. Option Evaluation, fixer Betrag im KAP-Budget für Evaluation) oder personelle Unterstützung (z. B. Evaluationscoaching, Unterstützung bei der Organisation kantonsübergreifender Evaluationen, Sammlung zu gelungenen Evaluationen, Erhebungsinstrumenten und Evaluationsbüros) gefördert werden.

5 Literaturverzeichnis

- Amstad, F., Blaser, M., Waser, C., Testera Borrelli, C., Schneiter, Q., & Schneider, I. (2016). *Rahmenbedingungen für ein kantonales Aktionsprogramm*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Archimi, A., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Delgrande Jordan, M. (2016). *Habitudes alimentaires, activité physique, usage des écrans et statut pondéral chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse – Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2014 et évolution au fil du temps*. Rapport de recherche N° 78. Lausanne: Addiction Suisse.
- BFS (2017). STAT-TAB: Provisorische Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung 2017 nach Jahr, Kanton, Staatsangehörigkeit (Kategorie), Geschlecht, Alter und Demografische Komponente unter https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0102020000_202/px-x-0102020000_202/px-x-0102020000_202.px
- Bringolf-Isler, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Basel: Swiss TPH.
- Fässler, S., Laubereau, B., & Balthasar, A. (2014). *Wirkungsanalyse ausgewählter Modulprojekte der Kantonalen Aktionsprogramme Gesundes Körpergewicht. Zusammenfassung zuhanden von Gesundheitsförderung Schweiz*. Arbeitspapier 21. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Fässler, S., & Oetterli, M. (2015). *Wirkungsevaluation von Interventionen: Leitfaden für den Bereich gesundes Körpergewicht*. Arbeitspapier 31. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2010). *«Gesundes Körpergewicht» bei Kindern und Jugendlichen – was haben wir seit 2005 dazugelernt?* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2018). Frühe Förderung, <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html> (Zugriff am 29.06.2018).
- Lamprecht, M., Fischer, A., Wiegand, D., & Stamm, H.P. (2015). *Sport Schweiz 2014: Kinder- und Jugendbericht*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
- Olbrich, R. (2006). *Marketing: Eine Einführung in die marktorientierte Unternehmensführung*. Berlin und Heidelberg: Springer-Verlag.
- Stamm, H., Fischer, A., & Lamprecht, M. (2017). *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, Analyse von Daten aus den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg und Zürich*. Arbeitspapier 41. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Anhang

A1.1 Liste mit Zielen und Indikatoren

Übergeordnete Ziele/Inputs

| | | | |
|------|---|-----------------------------------|---|
| Z1 | Die kantonalen Aktionsprogramme werden in einem ähnlichen Umfang weitergeführt. | | |
| Z1.1 | Nationale Abdeckung | Anzahl KAP und beteiligte Kantone | Bericht E&B |
| Z1.2 | Finanzielle Ressourcen | Investierte Beträge | Kostenaufstellung |
| Z2 | Die wissenschaftlichen Grundlagen sowie die Empfehlungen aus der Evaluation KAP sind in die Umsetzung der zweiten und dritten Phase eingeflossen. | | |
| Z2.1 | Die Empfehlungen spiegeln sich in Konzepten und Verträgen wider Zielgruppe 0 bis 6 Jahre/vulnerable Gruppen und andere ... | | Interview KAP-Team |
| Z3 | Die KAP fokussieren sich auf die prioritären Zielgruppen. | | |
| Z3.1 | Projekte mit Fokus auf Kinder von 0 bis 6 Jahren | Art und Anzahl | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Konzepte der 3. Phase oder Tätigkeitsberichte |
| Z3.2 | Kommunikationsmassnahmen mit Fokus auf Kinder von 0 bis 6 Jahren | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| Z3.3 | Weiterbildungsangebote für Partner/-innen in den Kantonen mit Fokus auf Kinder von 0 bis 6 Jahren | Art und Anzahl | Auf die Erhebung dieses Indikators wurde nach Rücksprache mit GFCH verzichtet |
| Z3.4 | Austausch und Zusammenarbeit mit anderen kantonalen Departementen zum Thema Kinder im Vorschulalter | Art und Anzahl | Fragenkatalog Interview |
| Z3.5 | Projekte mit Fokus auf Chancengleichheit | Art und Anzahl | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Konzepte der 3. Phase/ Tätigkeitsberichte |
| Z3.6 | Polycymassnahmen mit Fokus auf Chancengleichheit | Art und Anzahl | 2014–2015: GFCH-Bericht Ab 2016: Konzepte der 3. Phase / Tätigkeitsberichte |
| Z3.7 | Kommunikationsmassnahmen mit Ausrichtung auf vulnerable Gruppen | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| Z3.8 | Weiterbildungsangebote für Partner/-innen in den Kantonen mit Fokus auf vulnerable Gruppen | Art und Anzahl | Auf die Erhebung dieses Indikators wurde nach Rücksprache mit GFCH verzichtet |
| Z3.9 | Vernetzung mit Partnern/-innen im Integrations-/ Sozialbereich und anderen relevanten Partnern/-innen | Art und Anzahl | Fragenkatalog |

Ziele nach Ebene: Intervention

| | | | |
|------|--|----------------|--|
| I1 | Es findet eine Fokussierung statt hin zu qualitativ guten Interventionen. | | |
| I1.1 | Zunahme von Interventionsprojekten | Art und Anteil | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Konzepte der 3. Phase |
| I1.2 | Interventionsprojekte mit Verhältnisprävention | Art und Anteil | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Konzepte der 3. Phase oder Tätigkeitsberichte |
| I1.3 | Evaluierte Interventionsprojekte | Art und Anteil | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Tätigkeitsberichte |
| I2 | Die Interventionen sind zunehmend in bestehenden oder neuen Strukturen nachhaltig verankert. | | |
| I2.1 | Verankerte Interventionsprojekte | Art und Anteil | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Tätigkeitsberichte |
| I2.2 | Verbreitete Interventionsprojekte (mittlerweile in über 60% und 80% der kantonalen Settings präsent) | Art und Anteil | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Konzepte der 3. Phase oder Tätigkeitsberichte |

Ziele nach Ebene: Policy

| | | | |
|------|--|--|--|
| P1 | Die Themen Bewegung und Ernährung sind in den Kantonen zunehmend strukturell verankert. | | |
| P1.1 | Verbindliche Policymassnahme | Anzahl | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Konzept der 3. Phase/ Tätigkeitsberichte (OW) |
| P1.2 | Unverbindliche Policymassnahme | Anzahl | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Konzept der 3. Phase/ Tätigkeitsbericht (OW) |
| P1.3 | Fortschritt bei der Umsetzung der Policymassnahmen | Status (0 = abgebrochen, 1 = geplant, 2 = in Kraft) | 2014–2015: GFCH-Bericht 2016–2017: Tätigkeitsberichte |
| P1.4 | Strategische und politische Rahmenbedingungen | Anzahl | Fragenkatalog |
| P2 | Politiker/-innen setzen sich für die Förderung von Bewegungsräumen und gesunder Ernährung ein. | | |
| P2.1 | Engagement der Gemeinden/Gemeindepolitiker/-innen | Art und Umfang | Fragenkatalog |
| P2.2 | Die Regierungsräte und -rätinnen engagieren sich aktiv in einem politischen Lenkungsausschuss | Art und Umfang | Fragenkatalog |
| P2.3 | Interdepartementale Entscheide zugunsten von Bewegung, Ernährung und Gewicht | Art und Umfang | Fragenkatalog |
| P2.4 | Integration von E+B-Themen in politische Strategiepapiere (Legislaturprogramm usw.) | | Fragenkatalog |

Ziele nach Ebene: Vernetzung

| | | | |
|------|---|----------------|----------------|
| V1 | Im Grossteil der Kantone (>50%) ist eine gute Zusammenarbeit mit den Bildungsdepartementen etabliert, sodass der Zugang zum Setting Schule gewährleistet ist. | | |
| V1.1 | Beurteilung der Zusammenarbeit durch die KAP-Verantwortlichen | Skala | Interviews KAP |
| V1.2 | Formelle Absprachen und Regelungen | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| V1.3 | Erleichterung des Zugangs zu Schulen | Skala | Interviews KAP |
| V2 | Die Vernetzung mit weiteren Departementen (Baudepartement, Soziales usw.) zeigt konkrete Resultate. | | |
| V2.1 | Formelle Vereinbarungen | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| V2.2 | Regelmässiger Austausch zum Thema E+B | Art und Anzahl | Interviews KAP |

| | | | |
|------|--|----------------|---------------------------------|
| V3 | Die Vernetzung innerhalb der Kantone wird aufrechterhalten. | | |
| V3.1 | Im Rahmen der KAP entstandene Netzwerke (insbesondere mit neuen Akteuren und Akteurinnen aus verschiedenen Sektoren) | Art und Anzahl | Interviews KAP |
| V3.2 | Durchgeführte Netzwerktreffen, Foren und Symposien | Art und Anzahl | Interviews KAP |
| V3.3 | Vertretung der wichtigsten Multiplikatorengruppen in KAP-Gremien (Steuergruppe, Expertengruppe usw.) | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| V3.4 | Zusammenarbeit mit Fachinstitutionen | Art und Anzahl | Fragenkatalog |
| V4 | Die Vernetzung zwischen den Kantonen wird aufrechterhalten. | | |
| V4.1 | Austausch und Zusammenarbeit zwischen den Kantonen | Art und Umfang | Fragenkatalog |
| V4.2 | Synergien zwischen den Kantonen bei gemeinsamen Projekten | Art und Umfang | Fragenkatalog |
| V4.3 | Vernetzung zwischen der deutschsprachigen und der lateinischen Schweiz | Art und Umfang | Fragenkatalog Interviews KAP |

Ziele nach Ebene: Kommunikation

| | | | |
|------|---|----------------|---------------|
| C1 | Die neu definierten Schwerpunkte der Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Süssgetränke/Wasser/HBI) sind von den Kantonen aufgenommen und in der Bevölkerung entsprechend verbreitet worden. | | |
| C1.1 | Kommunikationsmassnahmen, die für dieses Thema durchgeführt und auf diese Zielgruppe ausgerichtet wurden | Art und Anzahl | Fragenkatalog |

Outcome

| | | | |
|------|---|-------------|---|
| R1 | Die Zahl erreichter Zielgruppen, Multiplikatoren und Settings bleibt stabil. | | |
| R1.1 | Kinder und Jugendliche, die von KAP-Projekten und dem Fonds Projektförderung Ernährung und Bewegung erreicht werden | Anzahl | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Tätigkeitsberichte/Mandat Interface |
| R1.2 | Von den KAP-Projekten und dem Fonds Projektförderung Ernährung und Bewegung erreichte Multiplikatoren | Anzahl | 2014–2016: GFCH-Bericht 2017: Tätigkeitsberichte/Mandat Interface |
| R2 | Das Verhalten von Kindern/Jugendlichen im Bereich Ernährung und Bewegung ist stabil oder verbessert sich. | | |
| R2.1 | Ernährungsverhalten von Kindern/Jugendlichen | Prozentsatz | Indikator BEG 4C GFCH Nationale Statistiken/HBSC Letzte Version 2016 (deckt die Jahre 2002–2014 ab) |
| R2.2 | Bewegungsverhalten von Kindern/Jugendlichen | Prozentsatz | Indikator BEG 3B GFCH HBSC Indikator 1.2 Beobachtung zu Sport und Bewegung Letzte Version 2016 (deckt die Jahre 2002–2014 ab) |
| R3 | Der Anteil übergewichtiger Kinder/Jugendlicher bleibt weiterhin stabil oder nimmt gar ab. | | |
| R3.1 | BMI von Kindern/Jugendlichen im Schulalter | BMI-Wert | BMI-Monitoring |
| R3.2 | BMI von Kindern im Vorschulalter (Kindergarten, 4–6 Jahre) | BMI-Wert | BMI-Monitoring |
| R3.3 | BMI von Kindern/Jugendlichen aus vulnerablen Gruppen | BMI-Wert | BMI-Monitoring |

A1.2 Auswertungen

TABELLE DA.1

Zusammenarbeiten in Massnahmen und Interventionen

| KAP | Massnahme/Intervention | Zusammenarbeit mit (Selbstangaben Kantone) |
|-----|--|--|
| AG | Ä Halle wo's fägt | BE, ZH |
| NE | Bien manger à petit prix | Unbekannt |
| VD | Bien manger à petit prix | VS, FR, GE, JU, TI, NE |
| FR | Brochure | VS |
| VS | Brochure Eat fit | BS, VD, FR, JU |
| VS | Dépliant alimentation et mouvement pour enfants de 4–8 ans | NE, JU, VD |
| GR | FitMams | ZH |
| FR | Formation (continue) sages-femmes | VD, VS, NE, JU, GE |
| JU | Formation des sages-femmes (2013) | FR, VD, NE, VS |
| VD | Formation des sages-femmes | VS, FR, JU, NE |
| VS | Formation des sages-femmes | FR, VD, NE, JU |
| BE | Fourchette verte (inkl. Evaluation) | JU, SO, AG, TG, SG, NE |
| BL | Fourchette verte – at | Unbekannt |
| JU | Fourchette verte | BE |
| NE | Fourchette verte | JU, FR, VS, VD, GE |
| SG | Fourchette verte Ama Terra (Evaluation) | BL, BS, AG, SO |
| SO | Fourchette verte (gemeinsame Evaluation) | AG, BS, BL, SG |
| VD | Fourchette verte | VS, FR, GE, JU, TI, NE |
| ZG | Fourchette verte Ama Terra (+Junior) | UR |
| VS | Flyer boissons énergisantes | VD |
| VS | Flyer 0–4 ans | FR, VD |
| FR | Guide école | JU, NE, VS, VD |
| JU | Guide école | VS, VD, GE, FR, NE |
| NE | Guide école | JU, FR, VS, VD, GE |
| VS | Guide école | NE, JU, VD, FR, GE |
| FR | Guide Place de jeux (via la CPPS) | Unbekannt |
| AG | HBI (Healthy Body Image) | BS, BL |
| GE | HBI (Image corporelle positive) | VS, VD, NE, FR, JU |
| GE | «Il piatto equilibrato» (traduction en français) | FR, VS |
| TI | «Il piatto equilibrato» (traduction en français) | Romandie |
| AG | Kindergartenforum | SO |
| JU | Label commune en santé | VS, VD |
| VD | Label commune en santé | VS, JU, GE, NE |
| VS | Label commune en santé | VD, JU, NE, GE, TG |
| UR | Miges Balù | LU |
| JU | #MOICMOI | VS |
| NW | Nori-Weiterbildungskurse für Lehrpersonen | UR, OW |
| FR | Projet PAPRICA | Unbekannt |
| NE | PAPRICA | VD, JU |
| VD | PAPRICA | NE, JU, FR |

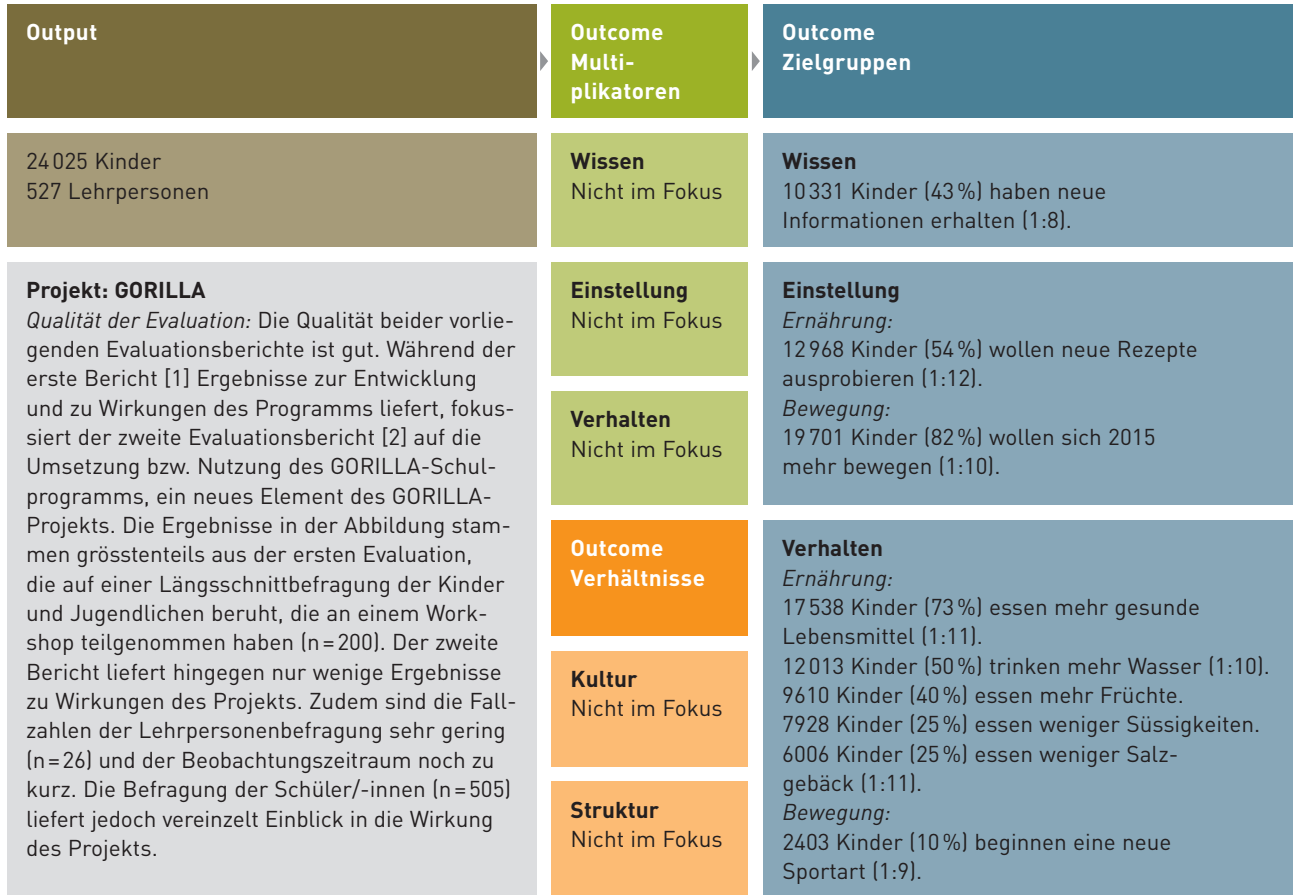
| KAP | Massnahme/Intervention | Zusammenarbeit mit (Selbstangaben Kantone) |
|-----|---|--|
| BE | Pédibus | JU |
| JU | Pédibus | VS, VD, FR, GE, NE |
| GR | PEBS | ZH |
| NW | Powerwoche | OW |
| AG | Purzelbaum | SO |
| SO | Purzelbaum | AG |
| UR | Purzelbaum | LU, ZG, NW |
| NW | Purzelbaum im Kindergarten | UR |
| UR | Purzelbaum Kitas | ZG |
| ZG | Purzelbaum KITA | UR |
| FR | Recommandations école | VD, VS, NE, JU, GE |
| VS | SportKids | GR |
| FR | Tina et Toni | BE, JU, NE, VS, VD |
| NE | Tina et Toni | Unbekannt |
| VD | Tina et Toni | VS, FR, NE, JU |
| GR | Übernahme oder Abgabe von Texten/Broschüren | SG, ZH, LU, TG |
| BL | Vitalina | BS |
| BS | Vitalina | BL |
| ZG | Wasserflyer | BS |
| UR | Weiterbildung Fachpersonen Frühkindlicher Bereich | LU, OW, NW, ZG, SZ |
| LU | Weiterbildung Hebammen, Still- und MüBe | OW, NW, UR, ZG |
| BS | Weiterbildung Burzelbaum | BL |
| LU | Weiterbildung Tageseltern aus der Zentralschweiz | OW, NW, UR, ZG |
| UR | Weiterbildung Tageseltern | LU, OW, NW, ZG |
| BE | Youp'la bouge | JU |
| GE | Youp'la bouge | JU, NE, VS, VD |
| JU | Youp'la bouge | VS, VD, GE, NE, BE |
| NE | Youp'la bouge crèche | JU, FR, VS, VD, GE |
| VD | Youp'la bouge | VS, GE, JU, NE |
| VS | Youp'la bouge | NE, JU, VD, GE |

Quelle: Von den KAP-Verantwortlichen der Kantone ausgefüllte Fragenkataloge.

Die Tabelle kann wie folgt gelesen werden. Die KAP-Verantwortlichen (1. Spalte) gaben an, welche Massnahme oder welche Intervention (2. Spalte) in Zusammenarbeit mit welchen Kantonen (3. Spalte) durchgeführt wurde. 18 von 21 Kantonen machten Angaben zu gemeinsamen Interventionen mit anderen Kantonen. Teilweise wurden Interventionen von einem Kanton erwähnt, die von den anderen angeblich beteiligten Kantonen nicht genannt wurden. Grau markiert sind Interventionen, bei denen ein Austausch zwischen Kantonen über VBGF-Regionen hinaus besteht. Die hellgrau markierten Interventionen wurden bereits in den Evaluationsphasen 2010/11 oder 2012/13 erwähnt. Die dunkelgrau markierten Interventionen wurden neu für die Jahre 2017/18 genannt. Orange sind Interventionen, in denen eine Zusammenarbeit zwischen den französisch-respektive italienischsprachigen Kantonen besteht. Blau markiert sind Interventionen aus der Nordwestschweiz, grün aus der Zentralschweiz und braun aus der Ostschweiz. Weiss sind Interventionen, bei denen nicht bekannt ist, in Zusammenarbeit mit welchen Kantonen sie durchgeführt wurden.

ABBILDUNG DA.2

Wirkungsmodell «GORILLA»

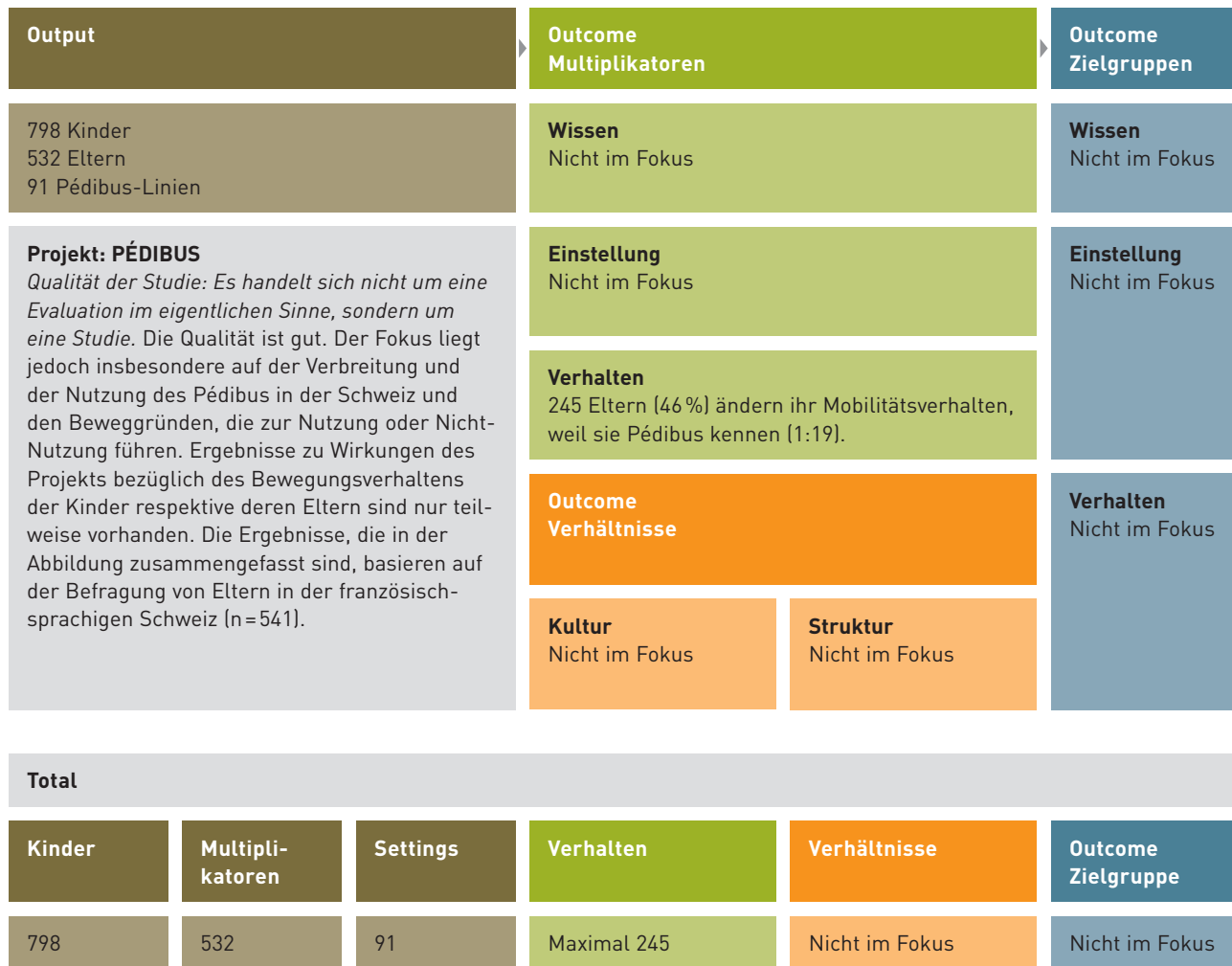


| Total | | | | | | |
|--------|-----------------|----------|---------------------|--------|---|--|
| Kinder | Multiplikatoren | Settings | Verhalten | Wissen | Einstellung | Verhalten |
| 24 025 | 527 | k. A. | Nicht im Fokus | 10331 | <i>Ernährung:</i> 12 968 <i>Bewegung:</i> 19 701 | <i>Ernährung:</i> 17 538 <i>Bewegung:</i> 2 403 |
| | | | Verhältnisse | | | |
| | | | Nicht im Fokus | | | |

Quellen: [1] Stamm, H. (2015). *Das GORILLA-Programm 2011 bis Mitte 2015. Entwicklungen, Kennzahlen und Wirkungen.* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG. [2] Stamm, H., Gebert, A., Lamprecht, M. (2017). *Schlussbericht zur Evaluation des GORILLA-Schulprogramms.* Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

ABBILDUNG DA.3

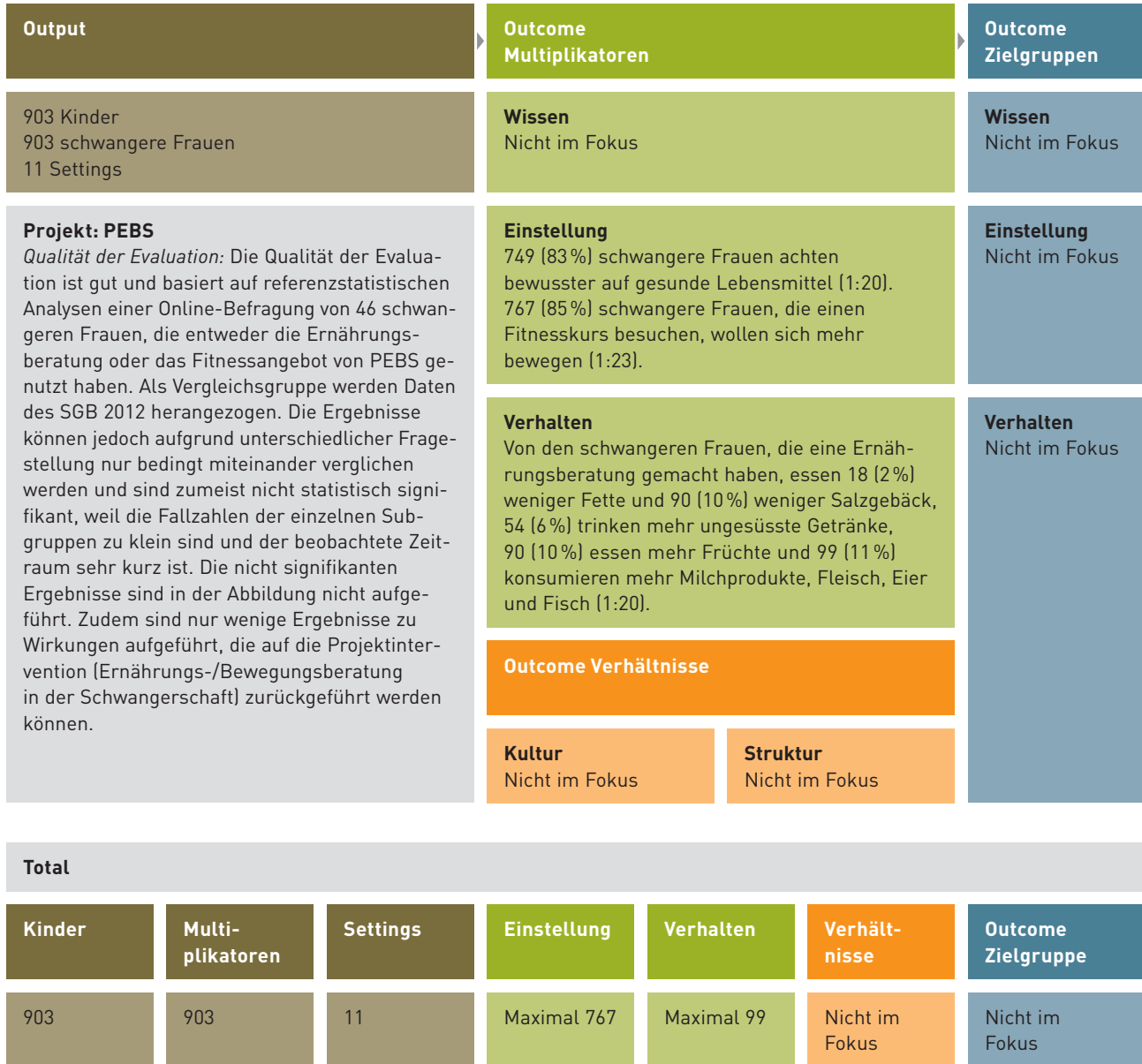
Wirkungsmodell «Pédibus»



Quelle: Verkehrs-Club der Schweiz (2017). *Der Pédibus in der Schweiz. Nutzung, Bekanntheit und Wahrnehmung.* Bern und Genf: VCS Verkehrs-Club der Schweiz.

ABBILDUNG DA.4

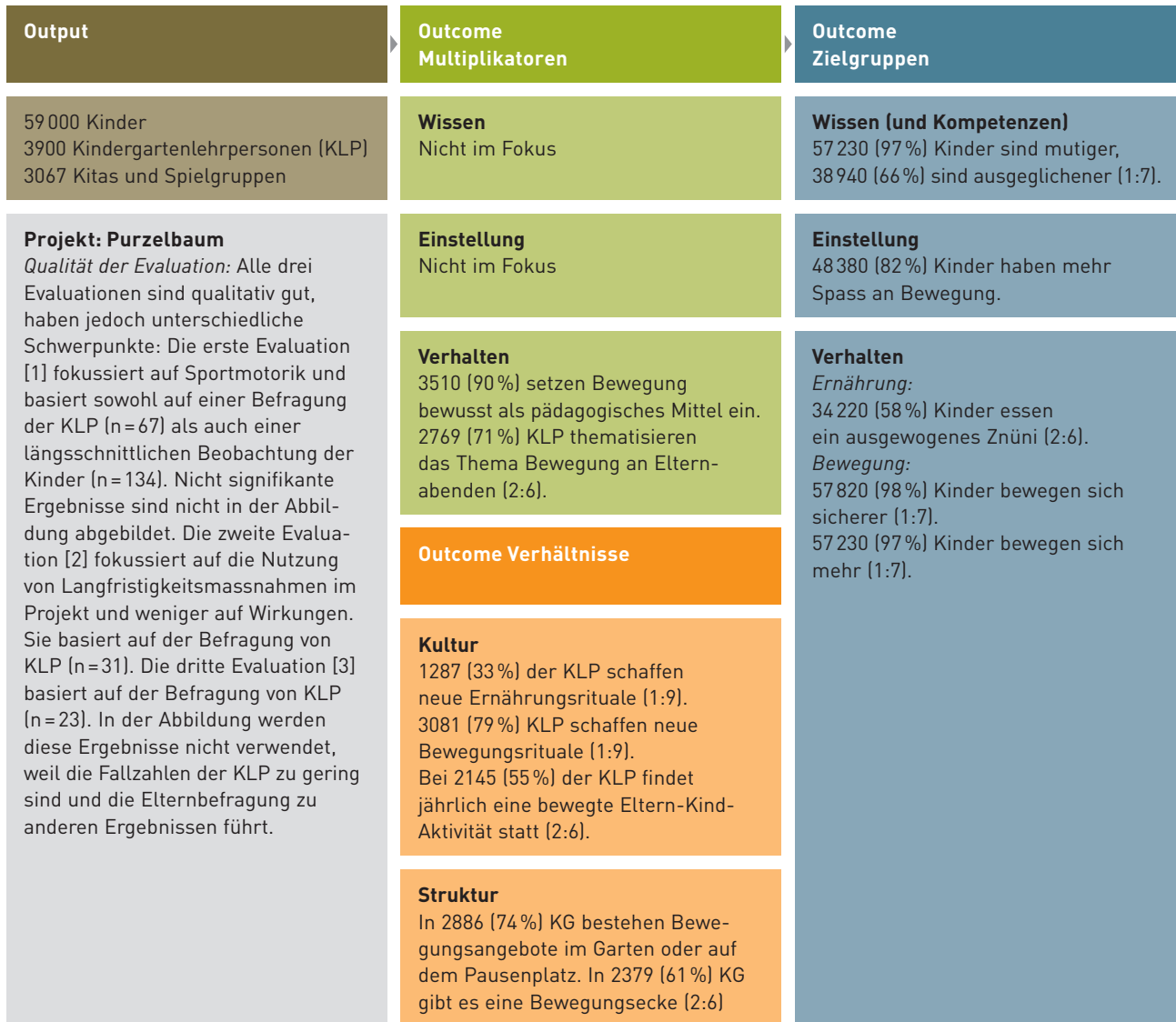
Wirkungsmodell «PEBS»



Quelle: Stamm, H., Bürgi, R., Lamprecht, M. (2017). *Evaluation des Projekts PEBS*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG.

ABBILDUNG DA.5

Wirkungsmodell «Purzelbaum»



| Total | | | | | | | | |
|--------|-----------------|----------|-----------|--------|----------|--------|-------------|---|
| Kinder | Multiplikatoren | Settings | Verhalten | Kultur | Struktur | Wissen | Einstellung | Verhalten |
| 59 000 | 3900 | 3067 | 3510 | 3081 | 2886 | 57 230 | 48 380 | Ernährung: 34 220 Bewegung: 57 820 |

Quellen: [1] Papandreou, A. (2014). *Purzelbaum – bewegter Kindergarten: Evaluation des Projekts mit Fokus auf die Sportmotorik*. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich. [2] Wiegand, D., Gebert, A., Lamprecht, M., Stamm, H. (2016). *Wirkungsevaluation der Langfristigeitsmassnahmen des Projekts «Purzelbaum – bewegter Kindergarten»*. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung AG. [3] Puder, J., Boicat, A., Mussard, L. (2015). *Rapport d'évaluation du projet «Youp'la bouge à l'école!»*. Lausanne: Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

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