



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Direction de la santé et des affaires sociales DSAS
Direktion für Gesundheit und Soziales GSD

Route des Cliniques 17, 1701 Freiburg
T +41 26 305 29 04, F +41 26 305 29 09
www.fr.ch/dsas

Freiburg, Oktober 2011

Aktionsplan für Gesundheitsförderung und Prävention 2011-2015

Autoren:

Annick Rywalski, kantonale Beauftragte für Prävention und Gesundheitsförderung
Philippe Vallat, reflecta AG;

Ausarbeitung in enger Zusammenarbeit mit der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention.

Inhalt

1. Zusammenfassung	6
2. Vision für die Operationalisierung des kantonalen Plans	7
3. Ausgangssituation	8
3.1. Rechtlicher Kontext	8
3.2. Hauptsächliche Begriffsbestimmungen	8
3.3. Kantonaler Plan: Ablauf und Kriterien für die Aufstellung der Prioritäten.....	9
3.4. Aktionsplan: ein politischer Auftrag	11
3.5. Einführung des Managements nach Leistungsaufträgen	11
4. Prozess der Ausarbeitung des Aktionsplans	13
4.1. PRECEDE / PROCEED-MODELL	13
4.2. Arbeitslogik	14
5. Im Aktionsplan berücksichtigte Themen: Gesundheitsbedürfnisse und Ziele	16
5.1. Gesunde Ernährung und Bewegung	16
5.2. Psychische Gesundheit	19
5.3. Kontext / Rahmenbedingungen	24
5.4. Betriebe (öffentliche/private)	25
5.5. Familie (Koordination).....	26
5.6. Migrationsbevölkerung.....	26
5.7. Personen über 50	28
5.8. Zusammenstellung	33
5.9. Weitere laufende Themen	37
6. Ressourcen	38
6.1. Heutige Situation	38
6.2. Ziele und erwünschte künftige Entwicklung	40
6.3. Für die Umsetzung nötige Mittel	42
7. Steuerung der Umsetzung	42
7.1. Grundsätze	42
7.2. Geltungsbereich	43
7.3. Steuerungsmodell.....	43
7.4. Rolle des Staates	44
7.5. Verstärkung der institutionellen Kapazitäten	44
7.6. Monitoring.....	45
7.7. Evaluation.....	46
8. Referenzdokumente	47
8.1. Quellenangaben	47
8.2. Gesamtschweizerische Referenzen.....	47
8.3. Kantonale Referenzen	48
8.4. Weitere Quellen.....	48
9. Anhänge	50
9.1. Steuerung: gesetzliche Grundlagen.....	50
9.2. Glossar	51

Index der Tabellen und Grafiken

Tabelle 1: Vision für die Operationalisierung des kantonalen Plans.	7
Tabelle 2: Gesundes Körpergewicht, durch den kantonalen Plan veränderbare Determinanten.	17
Tabelle 3: Gesundes Körpergewicht, Ziele und Indikatoren.....	18
Tabelle 4: Psychische Gesundheit, durch den kantonalen Plan veränderbare Determinanten.	22
Tabelle 5: Psychische Gesundheit, Ziele und Indikatoren.	23
Tabelle 6: Migrantinnen und Migranten, Ziele und Indikatoren.....	28
Tabelle 7: Personen über 50, durch den kantonalen Plan veränderbare Faktoren.	31
Tabelle 8: Personen über 50, Ziele und Indikatoren.	31
Tabelle 9: Prioritätszuordnungstabelle der Gesundheitsthemen.	41
Grafik 1: Prioritäten des kantonalen Plans.	10
Grafik 2: Planungsmodell PRECEDE/PROCEED.	14
Grafik 3: Arbeitslogik.	15
Grafik 4: Von der Kommission vorgeschlagene Typologie der psychischen Gesundheit.....	19
Grafik 5: Typologie der Gewalt, nach WHO.	20
Grafik 6: Einteilung der Personen über 50 Jahren.	29
Grafik 7: Zuteilung des GesA-Budgets.	39
Grafik 8: Steuerung der Umsetzung: jährlicher Ablauf.	43

Abkürzungen

ASA	Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit
BAG	Bundesamt für Gesundheit
EKSD	Direktion für Erziehung, Kultur und Sport, Kanton Freiburg
FNPG	Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit
GesA	Amt für Gesundheit, Kanton Freiburg
GSD	Direktion für Gesundheit und Soziales, Kanton Freiburg
HBSC	Health Behavior in School-aged Children, www.hbsc.org
HFR	freiburger spital
KAA	Kantonsarztamt, Kanton Freiburg
Kantonaler Plan	Freiburger kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011
Kommission	Kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PRECEDE/ PROCEED	« Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation » / « Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development »
PréSuiFri	Suizidprävention Freiburg
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SJD	Sicherheits- und Justizdirektion, Kanton Freiburg
SMASH	Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health
WHO	Weltgesundheitsorganisation
50+	Personen über 50

Danksagung

Für diesen Aktionsplan zur Anwendung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention arbeiteten zahlreiche Akteure zusammen.

Insbesondere zu nennen ist die kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention: ihre Präsidentin Marie-Claude Hofner, die Kommissionsmitglieder sowie die ständigen Gäste Patrice Zurich, Vorsteher des Amtes für Gesundheit (GesA), und Dr. Chung-Yol Lee, Kantonsarzt (Kantonsarztamt, KAA).

Der Ablauf wurde geleitet durch die kantonale Beauftragte für Suchtprävention und Gesundheitsförderung Annick Rywalski Barras, die von Philippe Vallat (Firma reflecta AG, Bern) begleitet und beraten wurde.

Für eine solche Arbeit braucht es auch administrative und logistische Unterstützung, sowohl für die Organisation der Sitzungen der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention und anderer Workshops als auch für die fortlaufende Bereitstellung der nötigen Unterlagen. Wir danken der Kommissionssekretärin Delia Lopes sowie den Verwaltungsmitarbeiterinnen des GesA und des KAA. Ein Dankeschön gebührt auch Rose Steinmann für die Übersetzung ins Deutsche.

An den Arbeiten beteiligte Mitglieder der kantonalen Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung:

Bernard Tétard, Integrationsbeauftragter, Sicherheits- und Justizdirektion, Freiburg

François Bourqui, pädagogischer Mitarbeiter, Amt für französischsprachigen obligatorischen Unterricht, Freiburg (seit Anfang 2008)

Fabienne Clément, santésuisse Freiburg (seit Anfang 2008)

Léon Gurtner, Vorsteher des Amtes für französischsprachigen obligatorischen Unterricht, Freiburg (bis Ende 2008)

Dr. Marie-Claude Hofner, Ärztin, IUMSP, Lausanne, Präsidentin

Danielle Hofstetter, Sektorverantwortliche, Landwirtschaftliches Institut Grangeneuve

Roland Kalberer, Abteilungsleiter beim Amt für Umwelt, Freiburg

Dr. Ivan Nemitz, Arzt, Estavayer-le-Lac

Daniel Nyffeler, Berufsschullehrer, Bürglen

Dr. Luc Robyn, Arzt, Attalens

Sébastien Ruffieux, Generalsekretär von santésuisse Freiburg, Freiburg (bis Ende 2008)

Annick Rywalski, Beauftragte für Suchtprävention und Gesundheitsförderung, Freiburg

Laurent Yerly, Wirtschaftsberater, Finanzdirektion

Dr. Marina Zürcher, Ärztin, Murten (bis Ende 2008)

Dr. Pius Meier, stv. Kantonsarzt (bis März 2008)

Vorwort

2007 genehmigte der Staatsrat den kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011, der am 12. April 2011 für die Jahre 2011-2015 verlängert wurde. Er beauftragte die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) mit der Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie, die im vorliegenden Aktionsplan vorgestellt wird. Letzterer ist die Frucht einer intensiven Zusammenarbeit zwischen der GSD und der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention.

Der Aktionsplan entwirft eine Gesamtpolitik, ausgehend von den bekannten Gesundheitsbedürfnissen der Freiburger Bevölkerung. Er stützt sich auf eine langfristige Vision der Gesundheitspolitik im Kanton Freiburg ab und soll sich somit nachhaltig auf die Gesellschaft auswirken soll. Er setzt die Ziele und Handlungsfelder für die Themen fest, die im kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention als vorrangig bezeichnet wurden. Auch sieht er konkrete Mittel für die Umsetzung vor. Wie jede Gesamtpolitik sind Prävention und Gesundheitsförderung nicht nur Sache bestimmter Fachbereiche. Der Gesundheitszustand der Freiburger Bevölkerung hängt nicht allein von den medizinischen und gesundheitsrelevanten Politiken ab, die der Staat einsetzt. Ebenso ist er von den Rahmenbedingungen abhängig, in denen sich die Bevölkerung entwickelt, wie etwa dem Bildungsgrad und der Erziehungsqualität, den Arbeitsbedingungen, der Qualität des natürlichen und menschlichen Umfelds, dem Lebensstil, dem Familienrahmen (Setting) usw. Somit wenden sich die in diesem Aktionsplan bestimmten anzuwendenden Massnahmen an alle diese Bereiche. Wenn die Rahmenbedingungen die Bemühungen um Prävention und Gesundheitsförderung fördern oder aber bremsen können, so ist es nötig, dass sämtliche Protagonisten in die Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung einbezogen werden. In diesem Sinne muss der Aktionsplan als Bezugsrahmen für zahlreiche direkte und indirekte, staatliche und private Akteure des Gesundheitsbereichs sowie der anderen Gesellschaftsbereiche dienen. Dieser Rahmen gilt für den ganzen Kanton Freiburg, für den deutschen sowie den französischsprachigen Teil; demnach kann sich die Umsetzung – wie es heute schon der Fall ist – an die kulturellen Unterschiede anpassen. Die Gesundheit ist ein wertvolles Gut für jede einzelne Bewohnerin und jeden einzelnen Bewohner des Kantons Freiburg sowie für die Freiburger Bevölkerung insgesamt. Ihre Qualität, ihre Erhaltung, ihre Wiederherstellung und ihre Förderung stellen politische und für die Gesellschaft wichtige Ziele dar. Die Gesundheit steht aber auch im Zentrum grosser wirtschaftlicher Herausforderungen. In der Tat steigen die Kosten des Gesundheitsmarktes, und man könnte denken, es sei unrealistisch, darüber hinaus noch in die Prävention und Gesundheitsförderung investieren zu wollen. Damit würde aber vergessen, dass die gute Gesundheit einer Bevölkerung eine der Hauptsäulen für die harmonische wirtschaftliche und soziale Entwicklung einer Gemeinschaft bildet.

Prävention und Gesundheitsförderung tragen zum Erhalt und zur Stärkung der Lebensqualität bei. Durch gemeinsame Anstrengungen und die Zusammenführung der Ressourcen in der schon lancierten Umsetzung des Aktionsplans können wir zur Verwirklichung dieser Ziele beitragen.

Anne-Claude Demierre

Dr. Marie-Claude Hofner

Staatsrätin
Direktorin für Gesundheit und Soziales

Präsidentin der Kantonalen Kommission für
Gesundheitsförderung

1. Zusammenfassung

Der Aktionsplan 2011-2015 wurde vom Amt für Gesundheit und vom Kantonsarztamt in enger Zusammenarbeit mit der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention erarbeitet.

Er beschreibt die Operationalisierung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention, der im Mai 2007 vom Staatsrat genehmigt und am 12. April 2011 verlängert wurde, und wurde als Gesamtpolitik (im Sinne einer Public Policy) konzipiert, die sich nachhaltig auf die Gesellschaft auswirken soll. Er gliedert sich in drei Hauptteile.

Im **ersten Teil** geht es um die **Vision** als dem langfristigen Bezugsrahmen einer Gesundheitspolitik im Kanton Freiburg (2. Kap.). Aufzuzeigen sind der erwünschte Platz, den die Gesundheit in den gesellschaftsrelevanten Projekten einnehmen soll, die Wechselwirkung zwischen strukturellen Massnahmen und ihrer Auswirkung auf die Gesundheit, ferner die Notwendigkeit einer Verringerung der Diskrepanzen zwischen dem, was wissenschaftlich nachgewiesen ist, und der öffentlichen Aktion. Diese Vision projiziert auch das Bild einer Gesellschaft, in der die so genannten Risikogruppen neu als Ressourcen für die Gesellschaft gelten. Die **Ausgangssituation** (3. Kap.) beschreibt den gesetzlichen und politischen Kontext des Aktionsplans. Das 4. Kapitel beschreibt das **methodologische Modell**, das Kausalität, Intervention und Evaluation miteinander in Verbindung setzt und auf das sich der Aktionsplan stützt, sowie die Logik, nach der gearbeitet wurde.

Der **zweite Teil** bildet den eigentlichen Aktionsplan (5. Kap.) für die **vorrangigen Themenbereiche** des kantonalen Plans: gesunde Ernährung und Bewegung, psychische Gesundheit (internalisierte und externalisierte Störungen, insbesondere Gewalt und Suizid), Kontext und Rahmenbedingungen, Betriebe, Familien, Migrantinnen und Migranten, Personen über 50. Für jedes dieser Themen bzw. jede Zielgruppe erfolgte eine **Analyse** der für die Freiburger Bevölkerung spezifischen **Gesundheitsbedürfnisse** (Problembeschrieb), die als Grundlage für die Erarbeitung der **Gesundheitsziele** diente. Eine **Analyse der Determinanten** des identifizierten Gesundheitsproblems (Verhaltens- und Umweltdiagnosen) ermöglichte sodann eine Klärung der **Handlungsfelder**, das heisst der Faktoren, die der Aktionsplan beeinflussen sollte.

Für diesen zweiten Teil stützt sich der Aktionsplan auf verschiedene Umfragen und Daten sowie auf die themenbezogenen Präventionsprogramme, die auf Bundesebene bestehen.

Der **dritte und letzte Teil** entwickelt die Aspekte der **Durchführung** des Aktionsplans. Das 6. Kapitel gilt den vorhandenen oder neu auszurichtenden bzw. zu mobilisierenden Ressourcen, mit denen die gewünschten Ergebnisse erreicht werden sollen. Das 7. Kapitel stellt ein Modell zur **Steuerung** vor und beschreibt die künftige Rolle des Staates nicht nur als Geldgeber, sondern auch als zentraler Akteur. Es enthält auch die Grundlagen des **Monitoring** und der **Evaluation** mit dem Ziel, die Entwicklung der Gesundheit zu verfolgen und die effektiven Auswirkungen des Aktionsplans auf die Gesundheit der Freiburgerinnen und Freiburger beurteilen zu können.

2. Vision für die Operationalisierung des kantonalen Plans

Der kantonale Plan für Gesundheitsförderung und Prävention wurde für die Jahre 2007 bis 2011 erarbeitet und am 12. April 2011 für eine neue Periode von 2011-2015 verlängert. Er fügt sich in eine langfristige Vision der Gesundheitspolitik des Kantons Freiburg ein. Die Kommission umschreibt diese Vision in folgender Weise:

1. Das Gemeinwesen hat die Dimension der Gesundheit von Einzelpersonen und Gruppen ebenso wie die wirtschaftliche, die soziale oder die Umweltdimension in die Gesamtheit ihrer Gesellschaftsprojekte eingebunden. Infolgedessen übernehmen sämtliche Akteure ihre diesbezügliche Verantwortung, soweit dies in ihrer Macht steht und in ihren Handlungsbereich fällt.
2. Das Gemeinwesen weiss um die Bedeutung der verschiedenen Gesundheitsdeterminanten, ihres jeweiligen Gewichts in der Auswirkung auf die Gesundheit und ihres Zusammenhangs mit den strukturellen Massnahmen verschiedener Ebenen.
3. Mangelnde Kohärenz und Widersprüche zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen im Gesundheitswesen einerseits und der öffentlichen Auffassung bzw. dem öffentlichen Handeln andererseits tendieren zu fortlaufender Verringerung.
4. Die Zielgruppen, die heute als Risikogruppen unter dem Gesundheitsaspekt gelten (zum Beispiel Migrantinnen und Migranten, Personen über 50) betrachten sich und gelten als Bereicherung der Gemeinschaft, und sie fühlen sich in diesem Sinne anerkannt. In dieser Eigenschaft bilden sie schlussendlich keine Risikogruppen mehr.

Tabelle 1: Vision für die Operationalisierung des kantonalen Plans.

Das Gemeinwesen wird hier als die Gesamtheit der Einzelpersonen, der Institutionen, der Gewalten (juristische, wirtschaftliche und politische Gewalt), der Einflussgruppen (kulturelle und religiöse Gruppen, Medien, Vereine usw.) und der sozialen Kräfte im Kanton Freiburg verstanden.

3. Ausgangssituation

3.1. Rechtlicher Kontext

Am 15. Mai 2007 genehmigte der Staatsrat den Freiburger kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention¹ (im Folgenden: der «kantonale Plan»), der von der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention (im Folgenden: die «Kommission») ausgearbeitet worden war. Auf diese Weise validierte er den Bezugsrahmen und die vorgeschlagenen Prioritäten, wobei er verlangte, dass Ziele, Massnahmen, Mittel (einschl. Budgetmittel) und Interventionszusammenhänge zu benennen seien. Der Aktionsplan, Gegenstand des vorliegenden Dokuments, entspricht also einem ausdrücklichen Verlangen des Staatsrats. Am 12. April 2011 beschloss der Staatsrat die Verlängerung des kantonalen Plans für die neue Legislaturperiode.

Der Aktionsplan fügt sich in einen spezifischen politischen und administrativen Kontext ein, der die folgenden gesetzlichen und strategischen Grundlagen umfasst:

- > Verfassung vom 16. Mai 2004, Art. 68 (Gesundheit): «Der Staat bemüht sich um die Gesundheitsförderung und sorgt dafür, dass jeder Person die gleichen Pflegeleistungen zugänglich sind».
- > Gesundheitsgesetz vom 16. November 1999, insbesondere 3. Kapitel, «Gesundheitsförderung und Prävention».
- > Reglement vom 14. Juni 2004 über Gesundheitsförderung und Prävention
- > Regierungsprogramm für die Legislaturperiode 2007-2011, Herausforderung 2: Unsere Lebensqualität steigern. Die Gesundheit der Bevölkerung erhalten und unterstützen: *«Der Kanton wirkt aktiv mit an allem, was den Schutz, die Aufrechterhaltung und die Wiederherstellung der Gesundheit seiner Einwohner betrifft. (...) Die Förderung der Gesundheit und der Prävention wird durch einen Aktionsplan konzipiert und umgesetzt. Dieser wird Sensibilisierungsmassnahmen für eine ausgewogene Ernährung, aber auch Massnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit vorschlagen sowie allgemein Rahmenbedingungen für ein gesünderes Leben umschreiben. Dieses Projekt wird den an der Gesundheitsförderung und der Prävention Beteiligten für die Jahre 200 -2011 einen gemeinsamen Bezugsrahmen verschaffen».*

Auf Bundesebene wird ein Gesetzesentwurf über Gesundheitsförderung und Prävention (die Vernehmlassung endete am 31.10.2008) das kantonale Dispositiv, zu dem der Freiburger kantonale Plan und der Aktionsplan gehören, ergänzen.

3.2. Hauptsächliche Begriffsbestimmungen

Das kantonale Gesundheitsgesetz enthält die im kantonalen Plan und Aktionsplan berücksichtigten Referenz-Definitionen:

- > **Gesundheit:** «Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen» (WHO).
- > **Prävention:** «Sie umfasst sämtliche Massnahmen mit dem Ziel, Erkrankungen oder Unfälle zu verhüten und ihre Zahl und Schwere zu vermindern».
- > **Gesundheitsförderung:** «Sie zielt fortlaufend auf die Förderung von Lebensgewohnheiten und Lebensbedingungen hin, die der Gesundheit zuträglich sind».

Die Gesundheit wird demnach als Ressource des täglichen Lebens und nicht als Lebenszweck aufgefasst. Es handelt sich um ein positives Konzept, das den individuellen, sozialen und gesellschaftlichen Ressourcen ebensolchen Wert zumisst wie den physischen Kapazitäten. In

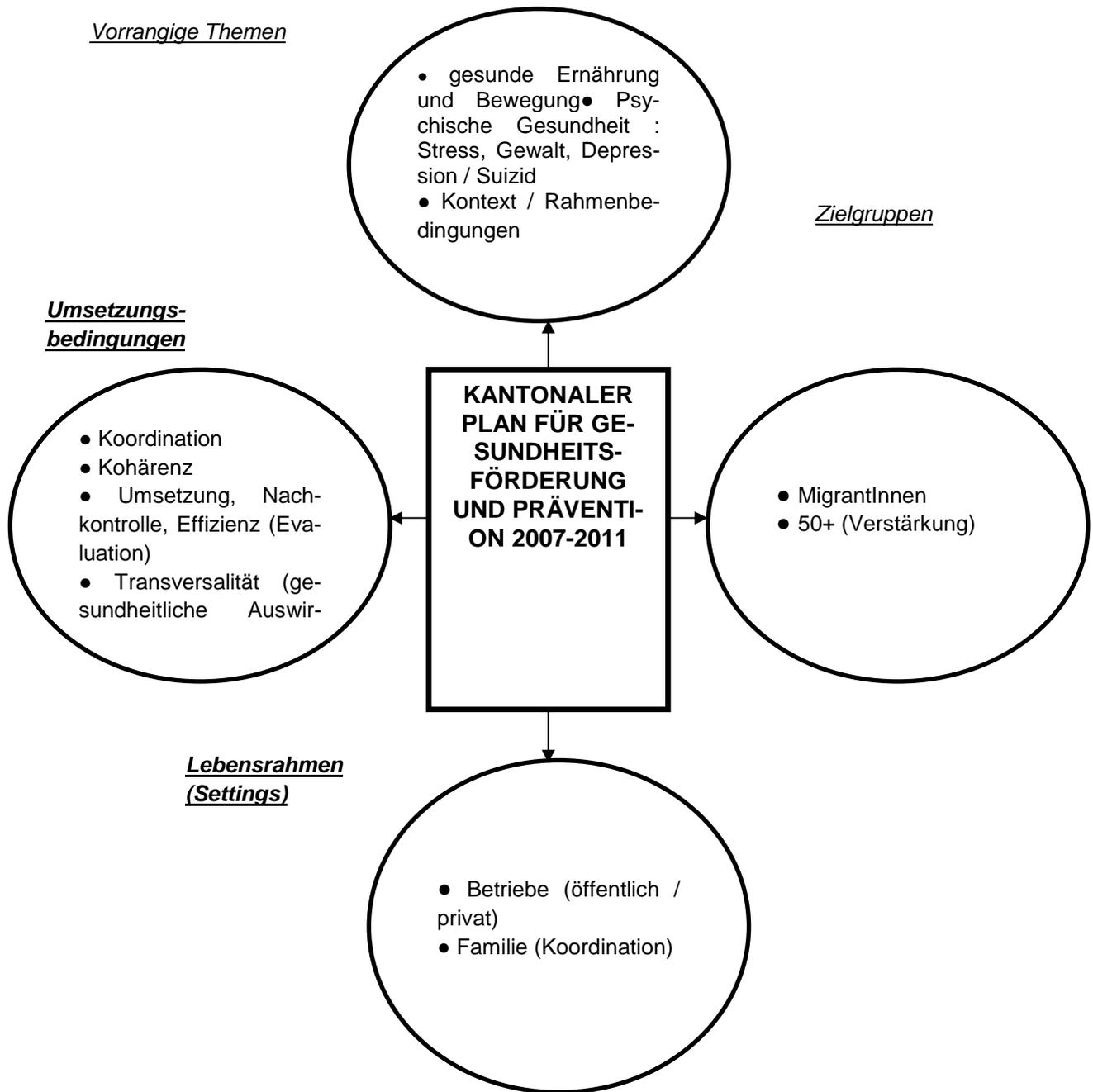
¹ http://admin.fr.ch/fr/data/pdf/dsas/plan_cantonal_fr_f.pdf

dieser Optik führt Gesundheitsförderung zu einem Reflexionsprozess über die zahlreichen Gesundheitsdeterminanten bzw. die für die „gute“ Gesundheit massgeblichen Faktoren (Lebensweise, aber auch soziales Umfeld, wirtschaftlicher Status usw.). Somit fällt die Gesundheitsförderung nicht allein unter den Gesundheitssektor, sondern betrifft alle staatlichen Sektoren².

3.3. Kantonaler Plan: Ablauf und Kriterien für die Aufstellung der Prioritäten

Nach dem «Reglement über Gesundheitsförderung und Prävention» bereitet die kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention als beratendes Organ des Staatsrats den kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention vor. In der Kommission sind Vertreterinnen und Vertretern der Direktionen des Staates Freiburg, Personen, die wegen ihrer wissenschaftlichen Kompetenzen und/oder ihrer Erfahrung auf den Gebieten Gesundheitsförderung und Prävention anerkannt sind, sowie Vertreterinnen und Vertretern der Versicherungen. Sie wurden Ende 2005 beauftragt, einen kantonalen Plan zu erarbeiten. Dieser zielt darauf hin, im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Prioritäten zu setzen, müssen doch in diesem Bereich, wo die Bedürfnisse theoretisch «unbegrenzt» sind, Mittel gesprochen werden, die immanent «begrenzt» sind. Er setzt auch einen gemeinsamen Bezugsrahmen für sämtliche Akteure fest. Erarbeitet wurde er aufgrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und allgemein verbindlicher Werte. Das Ergebnis wird in der folgenden Grafik schematisch dargestellt.

² WHO, Charta von Ottawa, 1986, www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French



3.4. Aktionsplan: ein politischer Auftrag

Anfangs 2007 ermächtigte der Staatsrat die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD), den kantonalen Plan bei den Direktionen des Staates Freiburg in Vernehmlassung zu geben. Der kantonale Plan wurde von den befragten Direktionen, Diensten und Anstalten positiv aufgenommen. Zahlreiche Stellungnahmen begrüßten die bemerkenswerte Arbeit der Kommission, die es verstanden hatte, vorrangige Interventionsachsen und einen gemeinsamen Bezugsrahmen für alle Akteure der Prävention und der Gesundheitsförderung im Kanton vorzuschlagen.

Von den befragten Organen wurden mehrere Stärken des kantonalen Plans unterstrichen, namentlich seine Qualität. In seinem klaren und präzisen Aufbau gebe er einen guten Überblick über das Feld, das er für die Entwicklung der Prioritäten im Auge hat, eine Aufgabe, die bekanntermassen vielschichtig sei, vor allem da sie mehrere Sektoren der Politik tangiere (zum Beispiel Gesundheits-, Bildungs-, Wirtschafts- oder Umweltpolitik). Die Mehrheit der befragten Partner hält die Ausrichtungen dieses Plans für fundiert und sinnvoll. Etliche stellen mit Befriedigung fest, dass der Gesundheitszustand der Freiburger Bevölkerung insgesamt gut sei, und erachten diese Tatsache als Frucht der Arbeit, die der Kanton Freiburg in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung geleistet habe.

Ohne die insgesamt positive Beurteilung des kantonalen Plans in Frage zu stellen, hoben die Stellungnahmen den Bedarf nach der Verfügbarkeit konkreter, namentlich nach Inhalt, Zielgruppen und Budget ausgestalteter Massnahmen für alle aufgestellten Prioritäten hervor. Diese für die Umsetzung des kantonalen Plans unverzichtbaren Ausgestaltungen³ müssen die Form eines Aktionsplans annehmen (Ziele, Massnahmen, erwartete Ergebnisse, nötige Mittel), zu dem sich dann der Staatsrat äussern muss.

3.5. Einführung des Managements nach Leistungsaufträgen

Der kantonale Beitrag an die Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht die Finanzierung der von den Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen angebotenen Leistungen. Das Reglement über Gesundheitsförderung und Prävention sieht zwei Möglichkeiten der Subventionierung vor:

- > Unterstützung von Projekten: Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die die Umsetzung des kantonalen Plans sicherstellen
- > Subventionierung von Institutionen: Leistungen der Institutionen für die Bekämpfung der Suchtmittelabhängigkeit und anderer spezifischer, von der GSD beauftragter Einrichtungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Leistungsaufträge (*Rahmen-Leistungsauftrag* für drei Jahre und jährlicher Leistungsauftrag) setzen die Aufgaben dieser Institutionen fest, definieren die Leistungen, die Ziele, die Finanzierungsquelle und das Evaluationsverfahren.

³ Durch die Kommission ab Beginn ihrer Arbeiten unter dem Stichwort «Operationalisierung der Prioritäten» antizipiert.

Um den Anforderungen des Reglements zu entsprechen, bedarf es also:

- > einer kantonalen Planung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention, damit ein Bezugsrahmen für die Erteilung oder Verweigerung von Subventionen gegeben ist;
- > einer Führung der Präventions- und Gesundheitsförderungseinrichtungen nach Leistungsaufträgen, um die Prävention und die Gesundheitsförderung hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Effizienz bestmöglich zu steuern.

Was die kantonale Planung angeht, so wurde diese für die Jahre 2007-2011 erarbeitet. Die Geltungsdauer der vorhergehenden Planung (1999-2003) war bis 2006 verlängert worden.

Ein Projekt zur Führung nach Leistungsaufträgen wurde im April 2004 aufgestellt. Dem Projekt lag die Idee zugrunde, ein Management-Modell zu entwickeln, das den Institutionen für Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht, die subventionierten Leistungen genau zu definieren. Zum anderen soll es den Institutionen sowie der GSD eine periodische Verfolgung der Entwicklung der subventionierten Tätigkeiten ermöglichen.

Dieses Projekt geht auf die Feststellung zurück, dass es notwendig ist, die Rollenverteilung zwischen Staat und Institutionen zu klären. In der Vergangenheit entsprachen die Einrichtungen des Kantons für Prävention und Gesundheitsförderung den Bedürfnissen und Problemen der Freiburger Bevölkerung, ohne dass eine kantonale Planung vorlag. Dem Staat stellte sich demzufolge die Aufgabe, aufgrund der Bedürfnisse der Bevölkerung die kantonale Planung zu erarbeiten. Die Institutionen sollen die Gesamtheit ihrer Leistungen definieren (Leistungskataloge), damit untersucht werden kann, ob und wie die angebotenen Leistungen mit den identifizierten Gesundheitsbedürfnissen übereinstimmen.

Wie für die Aufstellung des kantonalen Plans galt auch für das Projekt des Managements nach Leistungsaufträgen der Grundsatz von Partizipation und Partnerschaftlichkeit. Dem 2004 lancierten Projekt kam eine Organisation zugute, die einen Steuerungsausschuss (aus Vertreterinnen und Vertretern der GSD, der Finanzdirektion und der Institutionen), eine Begleitgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern aller vom Projekt betroffenen Institutionen (zehn Institutionen zu Beginn des Prozesses, Ende Herbst 2008 nur noch acht, nachdem unterdessen zwei Institutionen fusioniert und eine Vereinigung sich aufgelöst hatte), sowie eine externe Unterstützung beinhaltete. Im Rahmen dieses Projekts wurden Leistungskataloge mit einem Beschrieb aller Tätigkeiten der Institutionen und ein System der Kostenrechnung entwickelt. 2009 wurden für die Umsetzung des kantonalen Plans die Leistungsaufträge mit den acht Institutionen unterzeichnet.

Im Rahmen der Anwendung sowohl des Gesundheitsgesetzes als auch des Gesetzes über die Subventionen wurde der kantonale Plan in einer Public Health-Logik, das Projekt der Führung nach Leistungsaufträgen hingegen nach einer Management-Logik ausgearbeitet. Um diese zwei Arten von Logik in Einklang zu bringen, erfolgt die Verbindung zwischen den Prioritäten des kantonalen Plans und den Leistungen der Institutionen über ein Zielsystem: Der aus dem kantonalen Plan hervorgehende Aktionsplan muss langfristige strategische Ziele vorgeben, und die Institutionen müssen sich nach diesen ausrichten (Rahmen- und jährlicher Leistungsauftrag), wobei sie ihren Leistungen entsprechende Jahresziele vorschlagen, die sich aus den strategischen Zielen des kantonalen Plans ableiten.

Wiederum ist der Prozess partnerschaftlich: Die Institutionen für Gesundheitsförderung und Prävention speisen das Zielsystem des Aktionsplans für Gesundheitsförderung und Prävention.

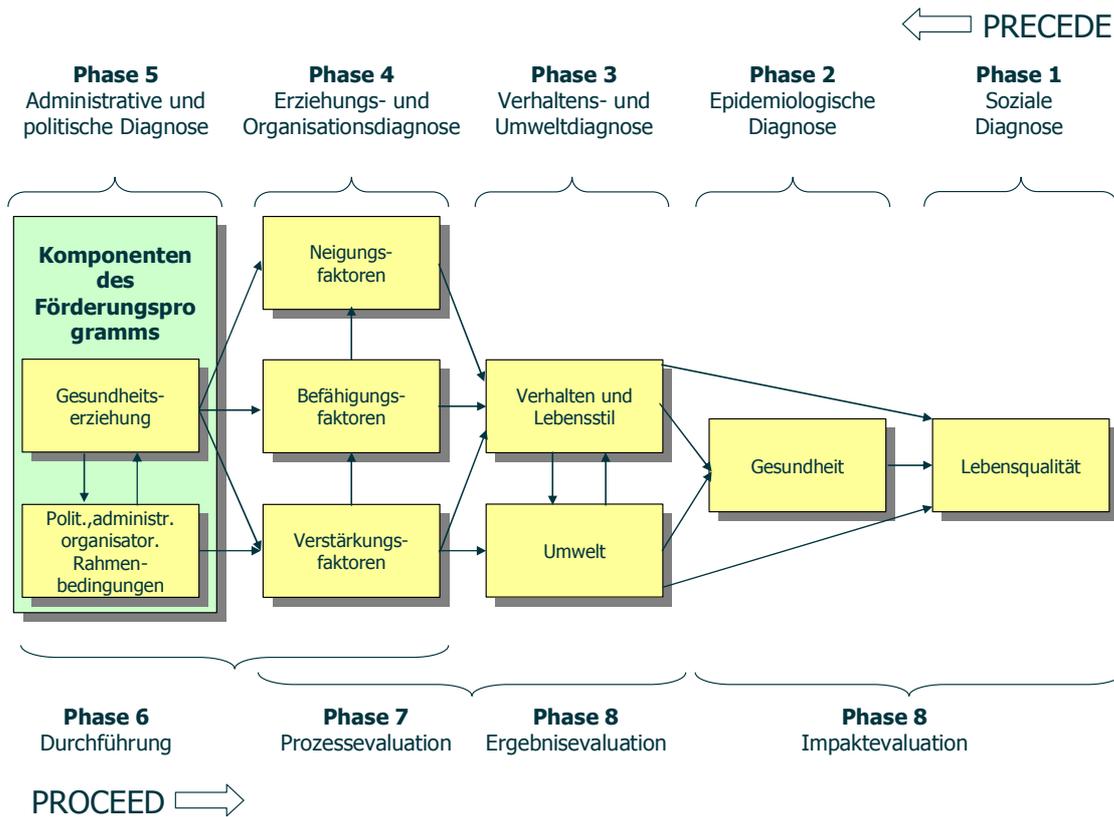
Übrigens sieht das (2011 vom Bundesparlament angenommene) Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, das auf eine vermehrte Wirksamkeit und bessere Koordination der Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz hinzielt, ein System der Steuerung nach Zielen vor, ermöglicht: Alle acht Jahre würde der Bundesrat unter Mitwirkung der Kantone nationale Ziele festsetzen, welche die Grundlage für die Prioritäten bei den Massnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung bilden sollen. Das in Freiburg eingeführte System erlaubt es schon jetzt, sich in die auf Bundesebene vorgesehene Logik einzugliedern.

4. Prozess der Ausarbeitung des Aktionsplans

4.1. PRECEDE / PROCEED-MODELL

Es gibt verschiedene logische Modelle für die Darstellung der Kausalketten im Gesundheitswesen. Für die Ausarbeitung des kantonalen Aktionsplans orientierte sich die Kommission an der Logik des PRECEDE-PROCEED-Modells. Dieses Modell setzt Kausalität, Intervention und Evaluation miteinander in Verbindung. PRECEDE, ursprünglich im Bereich der Gesundheitserziehung entwickelt und dazu dienend, alle Ausgangsbedingungen einer gesundheitserzieherischen Intervention zu diagnostizieren, ist das Kurzwort für «*Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Ecosystem Diagnosis and Evaluation*»⁴, d. h. Neigungs-, Verstärkungs- und Befähigungsfaktoren in der Ökosystem-Diagnose und Evaluation. Es handelt sich um ein Erklärungsmodell der Verhaltensweisen und Einstellungen gegenüber der Gesundheit, mit dessen Hilfe die nötigen Interventionen konzipiert und evaluiert werden können, um das Verhalten und zugleich die Lebensbedingungen zu beeinflussen. Somit stellt es ein Kausalmodell dar. PROCEED, ein später in der Gesundheitsförderung entwickeltes Modell, ist das Kurzwort für «*Policy, Regulatory, Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*», d. h. politische, administrative und organisatorische Rahmenbedingungen in der Erziehungs- und Umweltentwicklung. Die Phasen der Ressourcenmobilisierung, der Implementierung und der Evaluation folgen den Diagnose- und Planungsphasen des PRECEDE-Modells. Somit ist das Modell ein Interventionsmodell. Es unterstreicht eine erste grundlegende Kette von Auswirkungen: Gesundheit und Gesundheitsrisiken werden durch vielerlei Faktoren hervorgerufen. Demzufolge müssen die Bemühungen um eine verhaltens- und umweltbezogene Änderung multidimensional und multisektorial sein.

⁴ Lawrence W. Green et al, www.lgreen.net; *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, 4th Edition, Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter, McGraw-Hill, 2004 ; L. Renaud, M. Gomez Zamudio, *Planifier pour mieux agir*, Québec : RÉFIPS, 1999



Grafik 1: Planungsmodell PRECEDE/PROCEED.

4.2. Arbeitslogik

Da sich alle in die Entwicklung des Aktionsplans eingebundenen Akteure bedeutenden Neuerungen gegenüber sahen (Konkretisierung der kantonalen Planung, Einführung des Managements nach Leistungsaufträgen), musste eine Arbeitslogik gewählt werden, die sich durch leichte Verständlichkeit auszeichnet, mit der Führung nach Leistungsaufträgen kompatibel ist und eine Steuerung erlaubt. Sie orientiert sich an dem obgenannten, wenn auch vereinfachten Modell.

Sie beinhaltet die folgende Aufgliederung⁵:

1. Definition der **Gesundheitsprobleme** (Gesundheitsbedürfnisse, Definition des Problems);
2. Definition der **Gesundheitsziele** (Auswirkung auf die Volksgesundheit) und ihre Indikatoren;
3. Ausarbeitung der **Verhaltens- und Umweltdiagnosen**, d. h. einer Auswirkungskette; diese besteht darin, ein Inventar der mit dem Gesundheitsproblem assoziierten Faktoren (Determinanten) zu erstellen;
4. Identifizierung und Auswahl der Faktoren, auf die der kantonale Plan Einfluss nehmen kann: Bestimmung von **Handlungsfeldern**.

Die Verantwortlichkeit für diese verschiedenen Phasen verteilt sich wie folgt unter Kanton und Partnerorganisationen:

⁵ Das hier dargestellte Vorgehen beschreibt die Logik, nach der der Aktionsplan erarbeitet wurde. Für ein leichteres Verständnis aber werden die Ergebnisse dieses Vorgehens im 5. Kapitel vorgestellt und zwar in einer anderen logischen Anordnung, nämlich 1) Problembeschreibung, 2) Determinanten, 3) Ziele und Indikatoren und 4) Handlungsfelder.

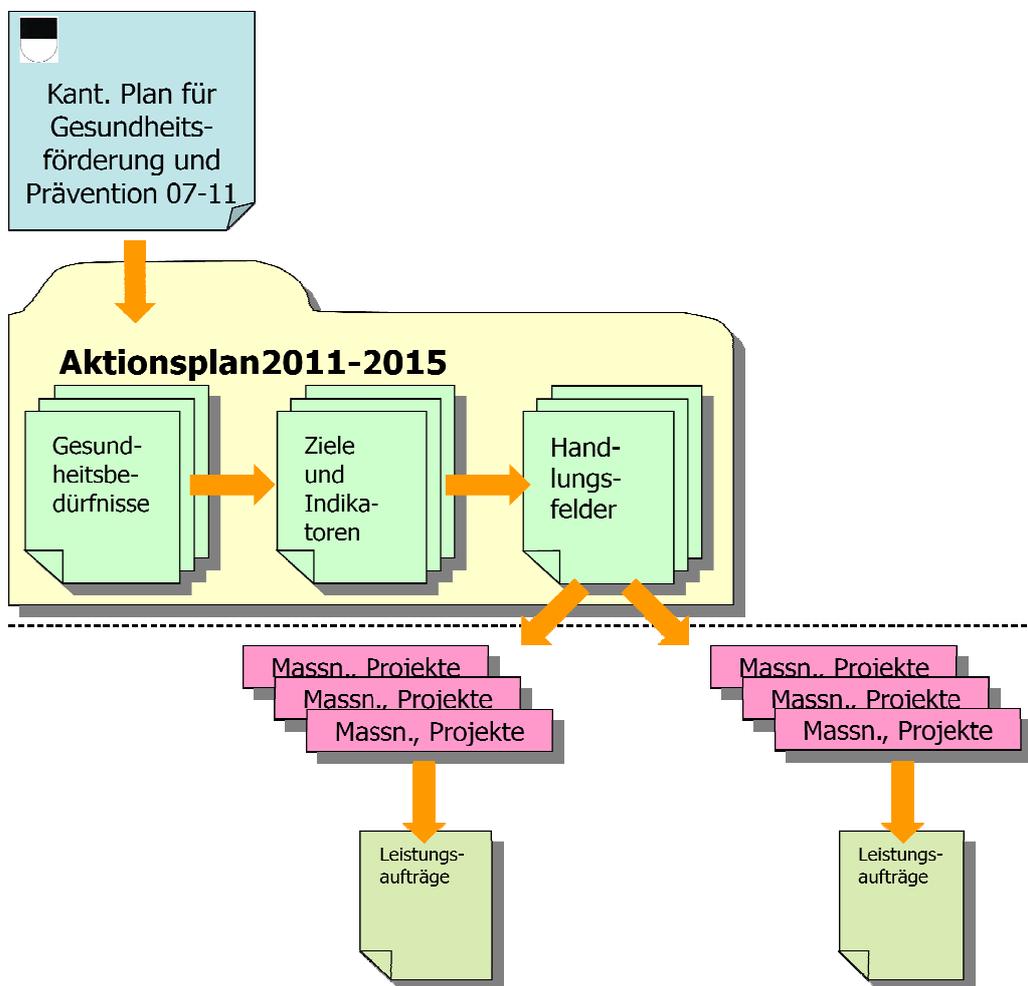
Der Kanton:

- > ermittelt die vorrangigen Gesundheitsprobleme;
- > setzt die Gesundheitsziele fest;
- > identifiziert die veränderbaren Determinanten;
- > definiert die Handlungsfelder.

Die Partnerorganisationen:

- > positionieren sich in den Handlungsfeldern;
- > definieren die Änderungsziele, die sie erreichen möchten;
- > setzen gegebenenfalls die Ziele in den mit dem Kanton vereinbarten Leistungsaufträgen fest.

Die folgende Grafik fasst die Verteilung zusammen.



Grafik 2: Arbeitslogik.

5. Im Aktionsplan berücksichtigte Themen: Gesundheitsbedürfnisse und Ziele

In diesem Kapitel werden für jedes vorrangige Thema des kantonalen Plans die Gesundheitsbedürfnisse, die Determinanten, die Ziele und Indikatoren sowie die Handlungsfelder vorgestellt. Dabei handelt es sich um die folgenden Themen:

- 5.1 Gesunde Ernährung und Bewegung
- 5.2 Psychische Gesundheit
- 5.3 Kontext / Rahmenbedingungen
- 5.4 Betriebe
- 5.5 Familien
- 5.5 Migrantinnen und Migranten
- 5.7 Personen über 50 Jahre

Für jedes der Themen stellt ein Unterkapitel die gewählte Begriffsbestimmung vor, die Quellen, die es ermöglichen, den Bedarf zu begründen, die von der Kommission identifizierten veränderbaren Determinanten, die abgeleiteten Ziele und die mit diesen Zielen verbundenen Indikatoren sowie die gewählten Handlungsfelder. Dort wo ein gesamtschweizerisches thematisches Programm vorliegt, diene es als Referenz (wissenschaftliche Studien, Problembeschriebe, Determinanten, Handlungsfelder) für die Operationalisierung auf Kantonsebene.

Was die Vertiefung des Problems, der Determinanten usw. angeht, so befasste sich die Kommission nicht mit jedem Thema gleich eingehend. Dieser Umstand spiegelt den Stand der Kenntnisse und Kompetenzen, die in der Kommission zur Verfügung stehen.

Eine Übersichtstabelle im Unterkapitel 1.1 stellt für jedes Thema die gewählten Ziele und die Handlungsfelder vor.

5.1. Gesunde Ernährung und Bewegung

Der Aktionsplan zu diesem Thema bezieht sich auf das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012)⁶, mit leichten Änderungen für seine Umsetzung im Kanton Freiburg.

5.1.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

Grosse epidemiologische Studien zeigen die Korrelation verschiedener Ernährungsformen und der Morbidität (Erkrankungswahrscheinlichkeit) und Mortalität (Sterberate) bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Krebs sowie anderen chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten auf. Auch bestätigt eine Fülle weiterer Forschungsarbeiten die engen Zusammenhänge zwischen Körpergewicht und Bewegung und deren Schutzwirkung. Es ist heute unbestritten, dass eine ausgewogene Ernährung sowie regelmässige Bewegung in vernünftigem Ausmass ein grosses Präventionspotenzial haben.

Aus der Schweizerischen Gesundheitsumfragen (2002, 2007) gehen hervor, dass wie in den übrigen Kantonen der lateinischen Schweiz auch im Kanton Freiburg die körperliche Betätigung der Bevölkerung unter dem schweizerischen Durchschnitt liegt. Auch achten die Freiburgerinnen und Freiburger weniger auf ihre Ernährung als der Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung.

⁶ Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012), BAG, Juni 2008

5.1.2. Determinanten

Die Determinanten eines Gesundheitsproblems können in veränderbare und nicht veränderbare Faktoren unterteilt werden. Bei den veränderbaren Faktoren lassen sich verhaltensabhängige (zum Beispiel Wahl und Zubereitung von Nahrungsmitteln) und umweltabhängige Faktoren (zum Beispiel der Preis von Gemüse) unterscheiden. Für den Aktionsplan konzentrierte sich die Kommission auf die Identifizierung der veränderbaren Determinanten, die der Kanton Freiburg durch verschiedene Massnahmen beeinflussen kann.

Diese pragmatische Unterscheidung zwischen verhaltens- und umweltabhängigen Determinanten berücksichtigt freilich nicht die enge Verbindung, die zwischen dem individuellen Verhalten und dem seiner Aneignung zugrunde liegenden Entwicklungs-, Lern- und Lebenskontext besteht (zum Beispiel Hauswirtschaftsunterricht in der obligatorischen Schulzeit). Dennoch wird sie hier aus praktischen Gründen beibehalten.

Veränderbare Verhaltensdeterminanten:	Veränderbare Umweltdeterminanten:
<p>Individuelle Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> > Wissen und Kenntnisse > Motivation > Gesundheitskompetenz > Einstellungen gegenüber ausgewogener Ernährung und regelmässiger Bewegung > spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten (z. B. sicher Velo fahren können, Basiskenntnisse im Kochen). 	<p>Soziales Umfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> > familiäres Umfeld > weitere soziale Beziehungsnetze wie Peer Groups oder das Arbeitsumfeld. <p>Physische Umwelt</p> <ul style="list-style-type: none"> > Siedlungsstrukturen und Transportinfrastruktur > Zugang zu Sportanlagen > Zugang zu Naherholungsgebieten bzw. zur natürlichen Umwelt wie Wälder und Gewässer > Verfügbarkeit und Erhältlichkeit von Lebensmitteln (quantitativer und qualitativer Aspekt)

Tabelle 2: Gesundes Körpergewicht, durch den kantonalen Plan veränderbare Determinanten.

5.1.3. Ziele und Indikatoren

Den identifizierten Determinanten und ihrer Auswirkungskette entsprechend werden Ziele gesetzt, denen Indikatoren zugeordnet werden.

Ziele	Indikatoren
Die regelmässige körperliche Betätigung der Freiburger Bevölkerung liegt anteilmässig über dem Schweizer Durchschnitt.	<ul style="list-style-type: none"> > Anteil Personen, die sich in ihrer Freizeit körperlich betätigen (SGB 2002, 2007) > Anteil Personen, die sich mindestens einmal wöchentlich in ihrer Freizeit körperlich betätigen (SGB 2002, 2007) > Jugendliche (Umfragen HBSC, SMASH) > Von den Institutionen entwickelte Massnahmen
Die Aufmerksamkeit, die die Freiburger Bevölkerung der Ernährung zukommen lässt, hat so zugenommen, dass sie dem Schweizer Durchschnitt entspricht.	<ul style="list-style-type: none"> > Anteil Personen, die auf ihre Ernährung achten (SGB 2002, 2007)
	<ul style="list-style-type: none"> > weitere Indikatoren (zu entwickeln): > (Teil-)Daten der schulärztlichen Betreuung > Von den Institutionen entwickelte Massnahmen

Tabelle 3: Gesundes Körpergewicht, Ziele und Indikatoren.

5.1.4. Handlungsfelder

Für sämtliche veränderbaren Determinanten dieses Problems wurden die folgenden Handlungsfelder gewählt:

1. Interventionen bei den spezifischen Zielgruppen (einschliesslich Lebensumfeld und Umgebung), z. B. Kinder, Personen über 50 Jahren, öffentliche und private Betriebe usw.;
2. Interventionen bei den Rahmenbedingungen (einschliesslich struktureller Kontext und Organisation der Freiburger Gesellschaft, z. B. einfacherer Zugang zu gesunden Produkten mittels Anpassung von Angebot und Preis, besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Lebensmittelwerbung);
3. Förderung von Langsamverkehr und öffentlichen Verkehrsmitteln;
4. Networking (innerhalb des Kantons, Kanton-Gemeinden, Kanton-Verbände / Fachpersonen usw.);
5. Öffentlichkeitsarbeit auf Kantons- und Gemeindeebene.

Informations- und Vernetzungsmassnahmen für die Akteure des Gebietes kommen systematisch in allen Themenbereichen vor, weil sie – unabhängig vom jeweiligen Problem – unerlässlich sind.

5.2. Psychische Gesundheit

Die «psychische Gesundheit» kann unter dem Aspekt internalisierter Störungen (mit Indikatoren wie Stress, Angststörungen und Depression) und externalisierter Störungen (wie Gewalt und Suizid) beurteilt werden. Über beide Arten von Störung muss jeweils eigens nachgedacht werden, und sie werden daher im Folgenden explizit behandelt.



Grafik 3: Von der Kommission vorgeschlagene Typologie der psychischen Gesundheit.

Unter den zahlreichen **Definitionen der psychischen Gesundheit**, zu denen auch diejenige der WHO zählt (s. Unterkapitel 9.2), wählte die Kommission für die Arbeit am Aktionsplan die Begriffsbestimmung des Comité de la santé mentale du Québec⁷:

«La santé mentale définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : par le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.»

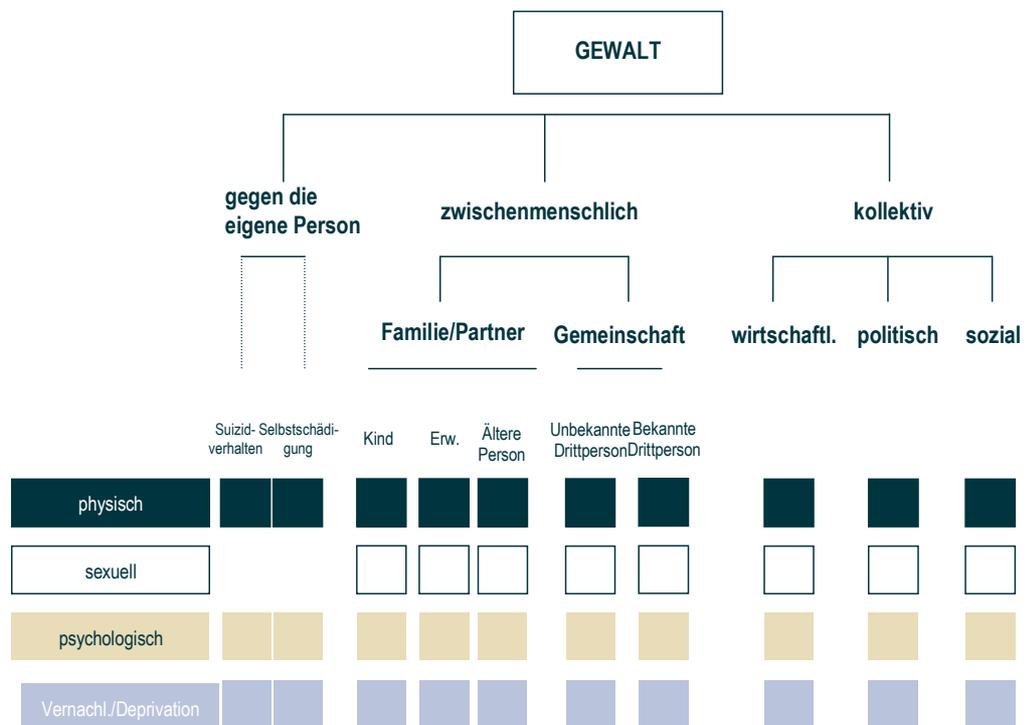
(Die psychische Gesundheit, kurz als Zustand psychischen Gleichgewichts zu einem gegebenen Zeitpunkt definiert, lässt sich unter anderem anhand der folgenden Aspekte beurteilen: Grad des subjektiven Wohlbefindens, Ausübung der mentalen Fähigkeiten und Qualität der Beziehungen zum Umfeld. Sie resultiert aus den Interaktionen zwischen dreierlei Faktoren: biologische Faktoren (sind mit den genetischen und physiologischen Merkmalen der Person verbunden), psychologische Faktoren (sind an kognitive, affektive und Beziehungsaspekte gebunden) und kontextuelle Faktoren (betreffen die

⁷ Comité de la santé mentale du Québec, 1989 (cité dans « Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux, Institut national de santé publique, Québec, Mai 2008 »)

Beziehungen zwischen der Person und ihrem Umfeld). Diese Faktoren sind in ständiger Entwicklung begriffen und fügen sich bei der Person zu einem dynamischen Ganzen.)

Wie die Begriffe Stress und Depression wird auch der Begriff **Gewalt** auf sehr unterschiedliche Weise **definiert**. Die Kommission hat für ihre Arbeit die Begriffsbestimmung der WHO⁸ gewählt. Diese definiert den Begriff Gewalt in folgender Weise:

«Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder die andere Person, gegen eine Gruppe oder eine Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt.»



Grafik 4: Typologie der Gewalt, nach WHO.

5.2.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

a. Psychische Gesundheit (internalisierte Störungen)

Gemäss BAG⁹ ist es schwierig festzustellen, ob sich die psychische Gesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung im Lauf der letzten zehn Jahre verbessert hat oder nicht. Die Daten sind widersprüchlich: Einerseits ist eine leichte Verbesserung des subjektiven Gefühls psychischer Gesundheit festzustellen (Selbstaussagen), andererseits hat sich die Rate der Spitalweisungen und Invalidisierungen aus psychischen Gründen erhöht.

⁸ WHO, Weltbericht Gewalt und Gesundheit, Genf, 2002

⁹ Fokusbericht Gender und Gesundheit, BAG, 2008

Ausserdem ist der Anteil Jugendlicher, die angeben, für die Lösung verschiedener psychischer Probleme persönliche Hilfe zu brauchen, im gleichen Zeitraum konstant geblieben.

Vermutlich betreffen diese Daten verschiedene Gruppen von Einzelpersonen mit unterschiedlich schweren psychischen Störungen, und dies könnte die widersprüchliche Entwicklung der Daten über die psychische Gesundheit erklären.

Im Bereich psychische Gesundheit allgemein ergaben sich für den Kanton Freiburg die folgenden Feststellungen und Überlegungen:

- > Es bestehen zahlreiche Tabus und Irrmeinungen in Bezug auf die psychische Gesundheit (mangelnde soziale Akzeptanz psychischer Erkrankungen und psychisch Kranker, Stigmatisierung, Annahme, dass diese Krankheiten irreversibel seien und nicht behandelt werden können). Psychisch nicht gesund zu sein bedeutet nach Auffassung der Bevölkerung mehr oder weniger «verrückt» zu sein.
 - > Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Person und die Gesellschaft sind wenig bekannt. Die Leute können leiden, sich unwohl fühlen, in einer Lebens- oder anderen Krise stecken und wissen nicht, an wen sie sich für Hilfe und Unterstützung wenden sollen.
 - > Es fehlt an Kenntnissen des ärztlichen und nichtärztlichen Betreuungsangebots; der Zugang zu einer solchen Betreuung ist schwierig.
- b. Gewalt, Suizid (externalisierte Störungen)

Gewalt:

Für den Kanton Freiburg ergaben sich die folgenden Überlegungen und Feststellungen:

- > Es ist schwierig, die mit Gewalt verbundenen volksgesundheitlichen Probleme im Kanton Freiburg zu identifizieren, da es derzeit an bearbeiteten Quelldaten fehlt.
- > Verglichen mit anderen volksgesundheitlichen Problemen betrifft die schwere Gewalt einen geringen Teil der Bevölkerung.
- > Derzeit ist nicht statistisch ersichtlich, dass die Gewalt im Allgemeinen ein grosses volksgesundheitliches Problem im Kanton Freiburg darstellt.
- > Der psychische Gesundheitszustand wirkt sich auf die Prävalenz und Schwere von Gewalt aus. Das Gleiche gilt für den Konsum psychotroper Stoffe, insbesondere den missbräuchlichen Alkoholkonsum. In diesem Sinne wird der Gewalt weiterhin besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Suizid:

Für den Kanton Freiburg wurde Folgendes festgestellt¹⁰:

- > Suizidalem Verhalten liegt sehr oft ein psychisches Leiden zugrunde.
- > Im Kanton Freiburg ist die Zahl der vollendeten Suizide seit den letzten 25 Jahren sehr konstant geblieben.

¹⁰ Suizid Selbsttötung, Kanton Fribourg, Schweizer und Ausländer (ICD-8: 95000 – 95999, ICD-10: X60-X849), BFS, 2008

5.2.2. Determinanten für die psychische Gesundheit (internalisierte und externalisierte Störungen)

Festgestellt wurden die folgenden durch die Umsetzung des kantonalen Plans veränderbaren Faktoren:

Veränderbare Verhaltensdeterminanten:	Veränderbare Umweltdeterminanten:
<ul style="list-style-type: none"> > Bewegung > Lebensgewohnheiten > Sozialleben, Partizipation > Selbstwertgefühl 	Soziales Umfeld (direktes Umfeld der Person): <ul style="list-style-type: none"> > Familie > Arbeitsbedingungen > soziales Umfeld > Zugang zur Gesundheitsversorgung > Sozialnetz > öffentliche Wahrnehmung und Einstellung gegenüber psychischen Problemen

Tabelle 4: Psychische Gesundheit, durch den kantonalen Plan veränderbare Determinanten.

5.2.3. Ziele und Indikatoren

Ziele	Indikatoren
Die Bevölkerung nimmt psychische Erkrankungen nicht mehr anders wahr als verschiedene andere gesundheitliche Einschränkungen (Entstigmatisierung). Die Angebote auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit werden so konzipiert, dass sie den Bedürfnissen und inneren Ressourcen der betroffenen Personen Rechnung tragen (erkrankte Personen und ihr Umfeld, Gesundheitsfachleute). In diesem Sinne werden die Letzteren zur Erarbeitung der Angebote zugezogen.	<ul style="list-style-type: none"> > von den Institutionen entwickelte Massnahmen > psychische Probleme (SGB) > depressive Symptome (SGB)
Die Angebote an Hilfe und Unterstützung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, z. B. <i>Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit</i> , sind besser bekannt und leichter zugänglich, dies in Berücksichtigung der geschlechtsabhängigen Besonderheiten.	<ul style="list-style-type: none"> > Statistiken des FNPG > Statistik über die Nutzung der Angebote in Psychiatrie / Psychologie > von den Institutionen entwickelte Massnahmen
Suizid: Aufrechterhaltung der laufenden Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> > von den Institutionen entwickelte Massnahmen.
Gewalt: Freisetzung von Synergien und Verstärkung der Wirkung von Gewaltpräventionsmassnahmen im Kanton Freiburg (s. Transversalität).	Die Kommission ist besser informiert und in der Lage, zum Thema Gewalt mit anderen Instanzen zusammenzuarbeiten (z.B. Kommission gegen Gewalt

Ziele	Indikatoren
	<p>in Paarbeziehungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Die in verschiedenen Diensten routinemässig gesammelten Daten zur Gewalt werden regelmässig vorgestellt und ausgetauscht. > Kontakte im Zusammenhang mit der Erarbeitung eines Konzeptes gegen die Gewalt in Paarbeziehungen. Von den Institutionen entwickelte Massnahmen.

Tabelle 5: Psychische Gesundheit, Ziele und Indikatoren.

5.2.4. Handlungsfelder

Folgende Handlungsfelder wurden bestimmt:

a Psychische Gesundheit (internalisierte Störungen)

In Bezug auf die psychische Gesundheit muss der Hauptakzent auf Interventionen bei den Rahmenbedingungen gelegt werden.

Intervention bei den Rahmenbedingungen:

- > Bedürfnisgerechte Arbeits- und Ausbildungsbedingungen (s. Interventionskontext «Betriebe», Zielgruppe «50+»);
- > Mitwirkung: Soziales Umfeld, das die Beteiligung aller fördert (z. B. Gemeinschaftsaktivitäten, lokale Agenda, Jugendanimation);
- > erleichterter Zugang zur Gesundheitsversorgung;
- > funktionelles und unterstützendes Sozialnetz (z. B. Anstösse für die Betreuung Angehöriger, Familienbegleitung);
- > nicht stigmatisierende Wahrnehmung und Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber Problemen der psychischen Gesundheit;
- > transversale Massnahmen: Intervention im Rahmen der politischen und administrativen Verfahren auf Kantons- und Gemeindeebene zugunsten der Entwicklung gleicher sozialer Rechte, einer Gemeinschaft, die der Gewaltlosigkeit förderlich ist, und eines harmonischen physischen Umfelds (Steuer-, Sozial-, Migrations-, Jugend-, Umwelt-, Raumplanungspolitik usw.).

Intervention bei spezifischen Zielgruppen in Berücksichtigung zum Beispiel des Geschlechts, des Alters usw.:

- > regelmässige und ausgewogene körperliche Betätigung: s. Thema «gesundes Körpergewicht»;
- > risikobehaftete Lebensweise: s. weitere Themen (z. B. Suchtverhalten, Gewalt).

b Gewalt, Suizid (externalisierte Störungen)

Gewalt¹¹:

- > Förderung einer verstärkten Zusammenarbeit und Koordination auf institutioneller Ebene (Staat Freiburg) zwischen GesA, Kommission und weiteren Instanzen wie EKSD, Jugendamt, Kommission für die Bekämpfung häuslicher Gewalt, Kommission für die Integration von Migrantinnen und Migranten, Kantonspolizei usw.
- > Eingliederung der Erziehung zu gewaltlosen Beziehungen in andere Zusammenhänge wie allgemein bildenden Unterricht, Sexualerziehung usw.

Suizid:

- > Aufrechterhaltung der laufenden Tätigkeiten;
- > Allfällige Integrierung des Themas in bestehende oder in Ausarbeitung begriffene Programme.

5.3. Kontext / Rahmenbedingungen

Die auf den Kontext und die Rahmenbedingungen bezogenen Interventionen, auch «strukturelle Prävention» genannt, ergänzen die Präventionsmassnahmen, die auf die Einzelperson ausgerichtet sind und darauf hinzielen, diese zu schützen und ihre Kompetenzen zu stärken. Im kantonalen Plan wurde das Thema «Kontext/Rahmenbedingungen» als vorrangiges Thema definiert, und zwar aufgrund der Feststellung, dass nach inzwischen gängiger Auffassung eine nachhaltige Prävention sich nicht damit begnügen darf, die Personen zu einem gesunden Verhalten zu «erziehen». Damit die Anstösse zu einem gesundheitsbewussten Verhalten Früchte tragen, ist es unumgänglich, dass auch das Umfeld zu einem solchen Verhalten anregt.

5.3.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

Die Kommission erachtet die Verstärkung der strukturellen Präventionsmassnahmen als besonders wichtig im Kanton Freiburg. In der Tat stellte sie fest, dass zwar verschiedene Schritte initiiert worden sind, aber noch ein grosses Potenzial in Bezug auf eine stärkere transversale Zusammenarbeit und Bewusstwerdung bzw. eine politische Einflussnahme zugunsten der Gesundheit besteht.

5.3.2. Ziele und Indikatoren

Die strukturelle Prävention ist eine Querschnittsaufgabe, die sich für alle Gesundheitsthemen stellt, ob sie nun vorrangig sind oder nicht. Sie kann nicht in Zielen und Indikatoren beschrieben werden. Hingegen muss sie systematisch von sämtlichen Akteuren in die Überlegungen und Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen werden.

5.3.3. Handlungsfelder

Als Handlungsfelder und Massnahmen in Bezug auf den Kontext und die Rahmenbedingungen können zum Beispiel die folgenden genannt werden:

- > Diskussion, Konzipierung und Umsetzung von «Health Impact Assessments»;
- > Überlegungen zum Thema «Gesundheit und Agrar- und Lebensmittelbereich»;
- > Überlegungen zum Thema «Gesundheit und soziale Unterschiede»;
- > Einsetzung nachhaltiger und funktioneller Strukturen, zum Beispiel Kommissionen, Kompetenzzentren, die nach modernen Management-Grundsätzen arbeiten;

¹¹ Für die Gewaltrepression sind Polizei und Gerichte zuständig. Die Gewaltprävention als solche muss vorbeugend wirken, z. B. im Bereich der Erziehung und Bildung, der Familienbegleitung, der Früherkennung von Risikosituationen, der Prävention des Missbrauchs von Substanzen usw.

- > Konzipierung und Formalisierung von Partnerschaften zwischen verschiedenen Akteuren, einschliesslich solchen ausserhalb des Gesundheitsgebiets;
- > Politische Diskussion und Einsetzung von Gesetzgebungsmassnahmen, zum Beispiel was den Zugang zu gesundheitsschädigenden Produkten (Werbung, Verkauf) oder zu Gesundheitsdiensten anbelangt;
- > Entwicklung eines Argumentariums für die Gesundheitsförderung und Prävention.

5.4. Betriebe (öffentliche/private)

Gemäss dem Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) ist die betriebliche Gesundheitsförderung eine moderne Unternehmensstrategie, die darauf hinzielt, Unfälle und Krankheiten am Arbeitsplatz (Berufskrankheiten und mit der Arbeit verbundene Gesundheitsstörungen) zu verhüten sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitnehmenden an ihrem Arbeitsplatz zu stärken.

Sie beinhaltet alle Massnahmen, die zu diesem Zweck gemeinsam von den Arbeitgebenden, den Arbeitnehmenden und der Gesellschaft getroffen werden, und ist auf drei Schwerpunkte ausgerichtet:

- > Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen;
- > Förderung der aktiven Partizipation der Arbeitnehmenden;
- > Stärkung der persönlichen Kompetenzen (Empowerment).

5.4.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

Ein Indikator der Gesundheit am Arbeitsplatz ist die Absentismusrate. In der Schweiz¹² beträgt das gesundheitlich bedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz jährlich mehr als sechs Tage. Unter Einschluss der indirekten Kosten machen die durch Krankheiten und Unfälle verursachten Kosten 9% des Lohnes aus.

Weitere, durch die SGB gelieferte Indikatoren der Gesundheit am Arbeitsplatz sind: physische Belastungen und psychische Spannungen am Arbeitsplatz (z. B. Stress, Mobbing, Burnout, Angst vor Stellenverlust).

Die verfügbaren Daten zeigen, dass es nur wenige Projekte gibt, die dem Betrieb als Lebensstätte gelten.

Über die gesetzlichen Verpflichtungen der Arbeitgebenden hinaus besteht daher ein Potenzial für Interventionen in Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Setting, von dem man weiss, wie bedeutsam es für die Gesundheit ist.

5.4.2. Handlungsfelder

Für die betriebliche Gesundheitsförderung sind an erster Stelle die Betriebe selber verantwortlich. Die entsprechenden Massnahmen können aber von den Gemeinwesen (Kanton, Gemeinden) angeregt oder unterstützt werden, indem diese als Vorbild dienen. Gesundheitsförderung Schweiz und SECO bieten verschiedene Hilfestellungen zu diesem Thema an.

Betriebliche Gesundheitsförderung kann mit verschiedenen Massnahmen erfolgen. Hier seien namentlich die folgenden genannt:

- > Verbreitung und Umsetzung der Richtlinie über den Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit (ASA-Richtlinie);

¹² Daten für den Kanton Freiburg liegen keine vor.

- > Verbreitung der Qualitätskriterien für das Gesundheitsmanagement in Betrieben (Label «Friendly Work Space®»);
- > Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz für Personen im Alter ab 50 Jahren (s. Thema «50+»);
- > Förderung von Aktionen wie «KMU-vital», «Bike to work» usw.
- > Bereitstellung spezifischer Strukturen: So hat der Staat als Arbeitgeber eine spezifische Struktur für die Behandlung des Problems psychischer Spannungen am Arbeitsplatz eingeführt (Care Management).

Zielgruppe der Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktionen sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Führungsinstanzen und höheren Kader spielen eine besonders wichtige Rolle¹³.

5.5. Familie (Koordination)

5.5.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

Der kantonale Plan hebt die folgenden Punkte hervor:

- > Zahlreiche Aktivitäten laufen im Kanton. Zu nennen ist etwa das kantonale Projekt «Gesundheitsförderung durch Familienbegleitung», dessen Qualität und Wirksamkeit durch eine externe Evaluation aufgezeigt wurde.
- > Die Interventionen zur Unterstützung des Familienrahmens wirken sich positiv auf andere im kantonalen Plan identifizierte Probleme aus, namentlich auf die psychische Gesundheit und auf Gewalt.
- > Ein Verbesserungspotenzial wurde eher bei der Koordination der bestehenden Massnahmen identifiziert.
- > Es scheint wichtig zu sein, die dem Familienrahmen geltenden Aktivitäten zu unterstützen; sie hängen sowohl von einer Präventions- und Gesundheitsförderungs politik als auch von einer Sozialpolitik ab.

5.5.2. Handlungsfelder

Die bessere Koordination der bestehenden Massnahmen ist eine Aufgabe, die vor allem dem Kanton zukommt (GSD), und ist über Leistungsaufträge und die Finanzierung von Projekten zu erreichen. Künftig ist auch der Aspekt der umfassenden Familienpolitik innerhalb der GSD im Rahmen des Auftrags an den Koordinator der umfassenden Familienpolitik zu vertiefen.

5.6. Migrationsbevölkerung

Vorbemerkung: Der Begriff «Migrantinnen und Migranten» bezeichnet allgemein ausländische Personen, von denen einige aus Ländern kommen, die einen mit der Schweiz vergleichbaren sozioökonomischen Standard aufweisen (z. B. Frankreich, Deutschland). In diesem Dokument sind mit «Migrantinnen und Migranten» vorwiegend vulnerable ausländische Personen (mit oder ohne gesetzlichen Aufenthaltsstatus) gemeint, die sich in einer mehr oder weniger prekären Situation befinden. Dabei muss aber im Auge behalten werden, dass sozial benachteiligte Personen generell – gleich ob ausländischer oder schweizerischer Herkunft – grössere Gesundheitsrisiken aufweisen.

Unterschieden werden muss auch zwischen einer «erzwungenen» Migration (z. B. kriegsbedingte Migration oder Ehefrau eines Migranten) und einer (z. B. aus wirtschaftlichen Gründen) «frei gewählten» Migration nach Tätigung der entsprechenden offiziellen Schritte. Übri-

¹³ http://www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/bgf/tagung/2008/downloads/marc_wuelser/A4_Titelblatt_Chefsache_f.pdf

gens bedeutet eine frei gewählte Migration nicht ohne weiteres, dass keine Gesundheitsprobleme bestehen.

5.6.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

Die Gesellschaft ist sich ihrer Bereicherung durch die Migrationsbevölkerung nicht genügend bewusst. Allzu oft wird die Migration ausschliesslich mit Problemen für die Gesellschaft in Verbindung gebracht.

Der Prozentsatz von Migrantinnen und Migranten im Kanton Freiburg insgesamt liegt unter dem Schweizer Durchschnitt, wobei der Prozentsatz in einigen Ortschaften hingegen viel höher ist¹⁴. Der Kanton Freiburg zeichnet sich allerdings durch einen starken Anstieg der Migrantenzahl aus, und dadurch wird es noch schwieriger, diese Zielgruppe zu erreichen. Ausserdem ist die Frage nach der Betreuung «abgewiesener Asylsuchender» noch unbeantwortet.

70% der Migrantinnen und Migranten leben in 10% der Freiburger Gemeinden. Die gesundheitsbezogenen Schwierigkeiten dieser Zielgruppe sind einerseits mit «importierten Merkmalen» verbunden, andererseits mit «generierten Problemen»; diese sind namentlich auf Mängel in den Strukturen des Gastlandes (z. B. die Schwierigkeit, diese zu erreichen), Isolation, Verlust an Bezugssystemen und Werten, mangelnde Informationen über das Gesundheitssystem, fehlende Anerkennung der Person, ihrer Kompetenzen und Werte, Rassismus, Übernahme von Risikoverhalten infolge des Kulturschocks zurückzuführen.

Diese Zielgruppe steht unter einem Migrationsstress, der Bestandteil des oben beschriebenen Problemkreises ist und eine Chancenungleichheit in Bezug auf die Gesundheit bewirkt.

Im Kanton Freiburg, einem zweisprachigen Kanton, ist der Problemkreis «Migration und Gesundheit» wenig bekannt: Wer sind die «Migrantinnen und Migranten», welches sind die für diese Zielgruppe und im Kanton Freiburg spezifischen Gesundheitsbedürfnisse?

5.6.2. Determinanten¹⁵

Warum die Migrationsbevölkerung nicht die gleichen Chancen in Bezug auf die Gesundheit hat, kann anhand dreier Determinantengruppen erklärt werden:

- > *Materielle und psychosoziale Schwierigkeiten:* eine ungünstige sozioökonomische Situation, eine körperlich belastende Arbeit und ein unsicherer Aufenthaltsstatus sind Faktoren, die die Gesundheit von Teilen der Migrationsbevölkerung negativ beeinflussen. Unter bestimmten Umständen kann auch die Migrationserfahrung die Gesundheit beeinträchtigen.
- > *Gesundheitsverhalten:* Im Verhältnis zur Schweizer Bevölkerung nehmen Migrantinnen und Migranten öfter Verhaltensweisen an, die ihrer Gesundheit abträglich sind (Tabakkonsum, schlechte Ernährung, mangelnde Bewegung). Sie sind weniger informiert über das Gesundheitssystem und nehmen die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention weniger in Anspruch (z. B. Krebs-Vorsorge).
- > *Organisation des Gesundheitssystems:* Das Schweizer Gesundheitssystem trägt der Migrationsbevölkerung noch zu wenig Rechnung. Vor allem in Bezug auf den Zugang zu den Pflegeleistungen und deren Eignung muss die Situation verbessert werden; dies gilt auch

¹⁴ Bulle, Broc, Châtel-St-Denis, Courtepin, Estavayer-le-Lac, Fribourg, Givisiez, Granges-Paccots, Marly, Morat, Romont, Villars-sur-Glâne

¹⁵ Bundesstrategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013), BAG, Juni 2007

für die transkulturellen Kompetenzen des Gesundheitspersonals und den Einsatz von interkultureller Übersetzung (Dolmetscherinnen und Dolmetscher).

5.6.3. Ziele und Indikatoren

Ziele	Indikatoren
Das Gesundheitssystem des Kantons Freiburg trägt den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung vermehrt Rechnung (erzwungene und freiwillige Migration).	<ul style="list-style-type: none"> > Zugänglichkeit der Gesundheitsangebote und deren Eignung (z. B. «Migrant friendly hospital» HFR) > Beizug transkultureller Kompetenzen des Gesundheitspersonals und durch das Gesundheitspersonal (z. B. Einsatz von interkultureller Übersetzung) > von den Institutionen entwickelte Massnahmen
Die Kenntnisse der gesundheitlichen Situation und der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten des Kantons Freiburg werden vervollständigt und den interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt.	<ul style="list-style-type: none"> > mit der kantonalen Kommission für die Integration von Migrantinnen und Migranten zu bestimmen > von den Institutionen entwickelte Massnahmen
Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote werden so konzipiert, dass sie den Bedürfnissen und internen Ressourcen der Migrationsbevölkerung Rechnung tragen (Querschnittsaufgabe). Hierfür werden die Gemeinschaften ab den ersten Prozessphasen systematisch beigezogen.	<ul style="list-style-type: none"> > Aufnahme in das Verfahren der Finanzierungsgewährung bzw. in die Leistungsaufträge an die Institutionen > von den Institutionen entwickelte Massnahmen

Tabelle 6: Migrantinnen und Migranten, Ziele und Indikatoren.

5.6.4. Handlungsfelder

- > Beitragen zu einer positiveren Einstellung der Gesellschaft gegenüber der Migrationsbevölkerung¹⁶
- > Interventionen bei spezifischen Zielgruppen (einschliesslich «Setting» und Umfeld)
- > Interventionen bei den Rahmenbedingungen (einschliesslich struktureller Kontext und Organisation der Freiburger Gesellschaft)
- > Networking (innerhalb des Kantons, Kanton - Gemeinden, Kanton – Verbände/Sachverständige usw.)
- > Organisation des Gesundheitssystems und Zugänglichkeit des Gesundheitssystems, Koordination der Pflegeleistungen.

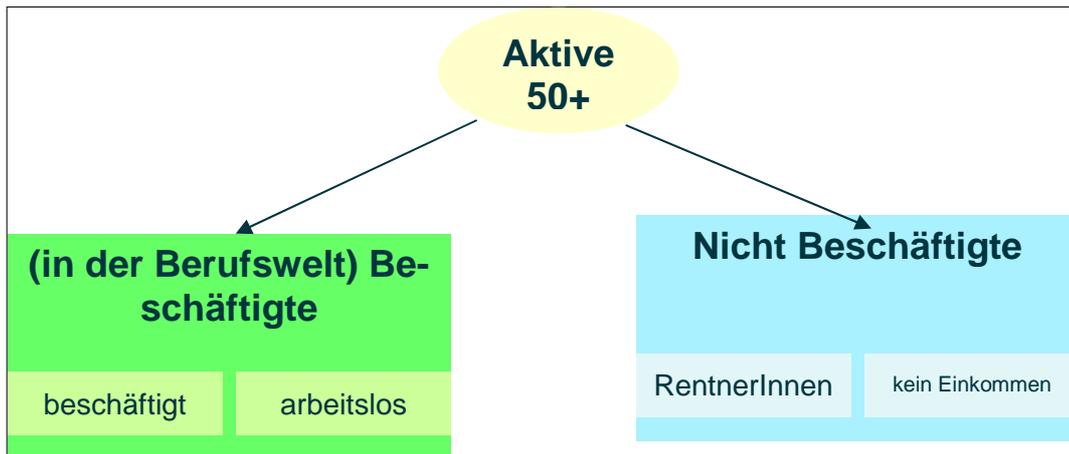
5.7. Personen über 50

¹⁶ Siehe « Integration von Migrantinnen und Migranten, kantonales Leitschema und Aktionsplan 2008-2011, Entwurf 31.1.08 »

Da der Begriff «50+» weit ist, wird hier eine Unterteilung dieser Zielgruppe vorgeschlagen:

Gruppen von über 50-Jährigen:

- > von 50 Jahren bis zum Pensionsalter: «aktive Bevölkerung 50+» bzw. «ältere Arbeitnehmende» (Terminologie der OECD); diese Gruppe stellt die Zielgruppe des kantonalen Plans dar;
- > vom Pensionsalter bis zum Autonomieverlust;
- > vom Autonomieverlust bis zum Tod.



Grafik 5: Einteilung der Personen über 50 Jahren.

In seinen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005-2050¹⁷ geht das Bundesamt für Statistik davon aus, dass sich im Kanton Freiburg der Anteil der ab 65-Jährigen zwischen 2005 und 2030 fast verdoppeln wird

5.7.1. Gesundheitsbedürfnisse (Problembeschrieb)

In einem neueren Dokument¹⁸ beschreibt Gesundheitsförderung Schweiz das Problem wie folgt:

- > Im Jahr 2007 war fast ein Viertel der über 50-Jährigen nicht erwerbstätig.
- > Die häufigsten Gründe sind gesundheitsbedingte Austritte (bis 20% der Betroffenen), verschiedene Formen von Entlassungen sowie freiwillige Frühpensionierungen, ferner auch – nicht häufig, aber zunehmend – Austritte infolge von Demotivation oder schlechten Arbeitsbedingungen.
- > Ein Drittel der Personen, die aus gesundheitlichen Gründen oder aufgrund eines Stellenverlustes aus dem Erwerbsprozess ausgeschieden sind, wären bei einem interessanten Angebot zu einem Wiedereinstieg bereit.
- > Erwerbstätige, die mit ihrem Arbeitsumfeld zufrieden sind (Anerkennung für die Arbeitsleistung, adäquate Entlohnung, Aufstiegsmöglichkeiten), haben deutlich seltener die Absicht, frühzeitig in Rente zu gehen.
- > Männer (vor allem Kaderangestellte und Angestellte im Dienstleistungssektor) treten deutlich häufiger freiwillig in den vorzeitigen Ruhestand als Frauen, was auf die nach wie vor grossen Einkommensunterschiede in den höheren Altersklassen hinweist.

¹⁷ Bundesamt für Statistik, Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2005–2050, Kanton Freiburg, Neuenburg, 2007.

¹⁸ Arbeit und Alter, Grundlagen zur Bewältigung der demografischen Herausforderung in Betrieben, Gesundheitsförderung Schweiz, 2008

- > Erwerbstätige Personen sind deutlich seltener von physischen und psychischen Problemen betroffen als nicht erwerbstätige Personen vor dem AHV-Rentalter. Die Ursache-Wirkungs-Kette ist jedoch noch unklar, und detaillierte Aussagen zur physischen und psychischen Gesundheit in diesem Lebensalter sind kaum vorhanden.

Das Problem:

- > Die für diese Altersklasse spezifischen Risikofaktoren sind:
 - biologische Veränderungen;
 - die Neustrukturierung des primären Sozialnetzes (Verlust Angehöriger wie der Ehefrau/des Ehegatten, von Freunden, Auszug der Kinder);
 - das «Herausfallen» aus der Arbeitswelt (Arbeitslosigkeit, Invalidität, Langzeiterkrankung, Pensionierung).
- > Diese Risikofaktoren können sich verschlechternd auf die psychische Gesundheit auswirken (z. B. Suizidrisiko), ebenso auf die Ernährung (z. B. wegen Einsamkeit), die Mobilität (z. B. osteoporosebedingte Knochenbrüche) usw.
- > Gesundheitsproblem: Durch Verdoppelungseffekte potenzialisiert die Vielzahl der Risiken die Auswirkungen auftretender Krankheiten (Verstärkung eines Risikofaktors durch einen weiteren und durch die Krankheit selbst).
- > Die Schweizer Betriebe sind sich zwar der künftigen demografischen Entwicklung bewusst, sind aber im Durchschnitt schlechter als die europäischen Betriebe darauf vorbereitet, der Alterung der Bevölkerung Rechnung zu tragen, und machen sich keine Gedanken über die Auswirkungen dieser Alterung auf sie selber¹⁹.

5.7.2. Laufende Tätigkeiten

In Sachen Gesundheitsförderung und Prävention sind die privaten Vereinigungen (hauptsächlich Turnvereine und Gruppierungen älterer Menschen) und Pro Senectute sehr aktiv und bieten älteren Menschen Gymnastikkurse an. Pro Senectute bietet ausserdem Kurse für Sturz- und Unfallprävention an. Das Freiburgische Rote Kreuz organisiert Gesundheits-Workshops für Seniorinnen und Senioren zu den folgenden Themen: Ernährung, Schlaf, chronische Schmerzen, Gedächtnistraining. Zu erwähnen sind auch die von PréSuiFri entwickelten Guidelines für Berufspersonen, die in der Betreuung älterer Menschen tätig sind (einschliesslich Informationen zum Problem der Sterbehilfe).

¹⁹ Swiss companies have to make bigger efforts to prepare for demographic change, Press release, Adecco Institute, 17th April 2007

5.7.3. Determinanten

Die folgenden mit Hilfe des kantonalen Plans veränderbaren Determinanten wurden identifiziert:

Veränderbare verhaltensabhängige Faktoren:	Veränderbare umweltabhängige Faktoren:
<ul style="list-style-type: none"> > Ernährung > Suchtverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> > den spezifischen Bedürfnissen entsprechender Arbeitsplatz (Arbeitsplatzgestaltung und Arbeitszeit) > Grad, in dem sich die Gesellschaft des Problems bewusst ist

Tabelle 7: Personen über 50, durch den kantonalen Plan veränderbare Faktoren.

5.7.4. Ziele und Indikatoren

Ziele	Indikatoren
Die Wirtschafts- und politischen Kreise sind so auf die Gesundheitsaspekte in Verbindung mit der Alterung sensibilisiert, dass sie darüber diskutieren und konkrete Massnahmen in den Betrieben initiieren.	<ul style="list-style-type: none"> > politische Interventionen, Vorträge, Artikel und Publikationen in der Wirtschaftspresse, konkrete Massnahmen bei den Betrieben (detailliert zu beschreiben) > Demographic Fitness Index DFX (Adecco Institute): 174/400 (2006)
Die Erwerbstätigkeit der 50+ und die Bedingungen, unter der sie stattfindet, stehen unter dem Zeichen der Achtung vor den Ressourcen der Personen und des Schutzes ihrer Gesundheit.	<ul style="list-style-type: none"> > Anteil Arbeitslose im Alter von 50+ im Kanton Freiburg (Obsan) > 2006: M= 22.7%, F= 16.2%, alle = 19.5% > 2005: M= 21.8%, F= 15.0%, alle = 18.6% > Grad der Anwendung des Arbeitsgesetzes und von Rahmenlösungen, nach Tätigkeitsbranche (s. Arbeitsinspektorat), muss definiert werden > gesundheitsbedingte Erwerbsunfähigkeit (SGB, Obsan)

Tabelle 8: Personen über 50, Ziele und Indikatoren.

5.7.5. Handlungsfelder

- > Sensibilisierung: zu einer Änderung des Blicks der Gesellschaft und insbesondere der Wirtschaftswelt auf die über 50-Jährigen beitragen;
- > Arbeitsplatz / Betriebe: zum Verbleib der über 50-Jährigen in einem beruflichen Umfeld beitragen, das ihren Bedürfnissen entspricht und ihre Gesundheit schützt (strukturelle Ansätze, dem Lernen förderliche Arbeitsorganisation, Arbeitszeitgestaltung, Personalentwicklung und Weiterbildung, altersgerechte Betriebskultur)
- > Die folgenden Handlungsfelder werden durch andere Aktivitäten des kantonalen Plans abgedeckt:
- > Primäres Sozialnetz, in Berücksichtigung der Geschlechtsspezifitäten: s. psychische Gesundheit

- > Ernährung: s. gesundes Körpergewicht
- > Suchtverhalten: s. weitere Themen
- > Sozioökonomischer Kontext: s. Rahmenbedingungen

5.8. Zusammenstellung

Thema	Ziele	Handlungsfelder ²⁰
Gesundes Körpergewicht	<p>Der Grad regelmässiger körperlicher Betätigung der Freiburger Bevölkerung liegt über dem Schweizer Durchschnitt.</p> <p>Die Aufmerksamkeit, die die Freiburger Bevölkerung ihrer Ernährung zukommen lässt, entspricht dem Schweizer Durchschnitt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Interventionen bei spezifischen Zielgruppen (einschliesslich Lebensumfeld und Umgebung), wie Kinder, Personen 50+, öffentliche und private Betriebe usw.; > Interventionen bei den Rahmenbedingungen (einschliesslich struktureller Kontext und Organisation der Freiburger Bevölkerung, z. B. Erleichterung des Zugangs zu gesunden Produkten mittels Anpassung von Angebot und Preis, besondere Aufmerksamkeit in Bezug auf die Lebensmittelwerbung). > Förderung von Langsamverkehr und öffentlichem Verkehr; > Networking (innerhalb des Kantons, Kanton-Gemeinden, Kanton-Verbände/Fachleute usw.); > Information der Öffentlichkeit auf Kantons- und Gemeindeebene.
Psychische Gesundheit (internalisierte Störungen)	<p>Die Bevölkerung nimmt psychische Erkrankungen ähnlich wahr, wie andere gesundheitliche Beeinträchtigungen (Entstigmatisierung)</p> <p>Die Angebote auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit werden so konzipiert, dass sie den Bedürfnissen und inneren Ressourcen der betroffenen Personen Rechnung tragen (erkrankte Personen und ihr Umfeld, Gesundheitsfachleute). In diesem Sinne werden die Letzteren zur Erarbeitung der Angebote zugezogen.</p> <p>Die Angebote an Hilfe und Unterstützung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, z. B.</p>	<ul style="list-style-type: none"> > In Bezug auf die psychische Gesundheit sollte der Hauptakzent für das Handeln auf die Interventionen bei den Rahmenbedingungen gelegt werden. Intervention bei den Rahmenbedingungen: <ul style="list-style-type: none"> > Bedürfnisgerechte Arbeits- und Ausbildungsbedingungen (s. Interventionskontext «Betriebe», Zielgruppe «50+»); > Partizipation: soziales Umfeld, das der Partizipation aller förderlich ist (z. B. Gemeinschaftsaktivitäten, lokale Agenda, Jugendanimation); > erleichterter Zugang zu den Pflegeleistungen; > funktionelles und hilfreiches Sozialnetz (z. B. Anreize zur Betreuung Angehöriger, Familienbegleitung); > nicht stigmatisierende öffentliche Wahrnehmung und Einstellung gegenüber Problemen der psychischen Gesundheit; > transversale Massnahmen: Intervention im Rahmen der politischen und ad-

²⁰ Informations- und Vernetzungsmassnahmen für die Akteure des Gebietes kommen systematisch in allen Themenbereichen vor, weil sie – unabhängig vom jeweiligen Problem – unerlässlich sind.

Thema	Ziele	Handlungsfelder ²⁰
	<p><i>Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit</i>, sind besser bekannt und leichter zugänglich, dies in Berücksichtigung der geschlechtsabhängigen Besonderheiten.</p>	<p>ministrativen Verfahren auf Kantons- und Gemeindeebene im Hinblick auf die Entwicklung gleicher sozialer Rechte, ein die Gewaltlosigkeit förderndes Gemeinwesen und eine harmonische physische Umwelt (Steuer-, Sozial-, Migrations-, Jugend-, Umwelt-, Raumplanungspolitik usw.). Intervention bei den spezifischen Zielgruppen, in Berücksichtigung zum Beispiel der Dimensionen Geschlecht, Alter usw.:</p> <ul style="list-style-type: none"> > regelmässige und ausgewogene körperliche Betätigung: s. Thema «gesundes Körpergewicht»; > Risikobehaftete Lebensgewohnheiten: s. weitere Themen (z. B. Suchtverhalten, Gewalt).
<p>Psychische Gesundheit: Gewalt, Suizid (externalisierte Störungen)</p>	<p>Gewalt: Freisetzung von Synergien und Verstärkung der Wirksamkeit der Massnahmen zur Gewaltprävention im Kanton Freiburg (s. Transversalität) Suizid: Aufrechterhaltung der laufenden Tätigkeiten.</p>	<p>Gewalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Förderung einer verstärkten Zusammenarbeit und Koordination auf institutioneller Ebene (Staat Freiburg) zwischen GesA und den übrigen Instanzen wie Jugendamt, EKSD, Kommission zur Bekämpfung häuslicher Gewalt, Kommission für die Integration von Migrantinnen und Migranten, Kantonspolizei usw. > Eingliederung der Erziehung zu gewaltlosen Beziehungen in andere Zusammenhänge wie allgemein bildender Unterricht, Sexualerziehung usw. <p>Suizid:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Aufrechterhaltung der laufenden Tätigkeiten; > allfällige Integration des Themas in bestehende oder in Ausarbeitung begriffene Programme wie PréSuiFri und Gesundheit in der Schule.

Thema	Ziele	Handlungsfelder ²⁰
Migrantinnen und Migranten	<p>Die Organisation des Gesundheitswesens im Kanton Freiburg trägt den Bedürfnissen der Migrationsbevölkerung vermehrt Rechnung (erzwungene oder freiwillige Migration).</p> <p>Die Kenntnisse über die gesundheitliche Situation und die Gesundheitsbedürfnisse der Personen mit Migrationshintergrund im Kanton Freiburg werden vervollständigt und den interessierten Kreisen zur Verfügung gestellt.</p> <p>Die Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote werden so konzipiert, dass sie den Bedürfnissen und inneren Ressourcen der Migrationsbevölkerung Rechnung tragen (Querschnittsaufgabe); in diesem Sinne werden die Gemeinschaften ab den ersten Phasen des Prozesses systematisch und eng einbezogen.</p>	<p>Beitragen zu einer positiveren Wahrnehmung in der Gesellschaft von Migrantinnen und Migranten</p> <p>Interventionen bei spezifischen Zielgruppen (einschliesslich «Setting» und Umfeld)</p> <p>die Interventionen bei den Rahmenbedingungen (einschliesslich struktureller Kontext und Aufbau der Freiburger Gesellschaft)</p> <p>Networking (innerhalb des Kantons, Kanton-Gemeinden, Kanton-Verbände/Fachpersonen usw.)</p> <p>Organisation des Gesundheitssystems und Zugang zum Gesundheitssystem, Koordination der Pflegeleistungen.</p>
Personen über 50	<p>Die Wirtschafts- und politischen Kreise sind so auf die mit der Alterung verbundenen Gesundheitsaspekte sensibilisiert, dass sie diese thematisieren und konkrete betriebliche Massnahmen initiieren.</p> <p>Die Bedingungen, unter denen über 50-Jährige erwerbstätig sind, zeichnen sich durch Achtung vor den Ressourcen der Personen aus und schützen ihre Gesundheit.</p>	<p>Sensibilisierung: einen Beitrag leisten zur Änderung des Blicks der Gesellschaft und insbesondere der Wirtschaftswelt auf die Personen über 50;</p> <p>Arbeitsplatz / Betriebe: einen Beitrag leisten zum Verbleib der Personen über 50 in einem beruflichen Umfeld, das ihren Bedürfnissen gerecht wird und ihre Gesundheit schützt (strukturelle Ansätze, Organisation der zum Lernen ermunternden Arbeit, Arbeitszeitgestaltung, Personalentwicklung und Weiterbildung, altersgerechte Betriebskultur).</p>

5.9. Weitere laufende Themen

Zu den nicht vorrangigen Themenbereichen äussert sich der kantonale Plan wie folgt:

«Bei den gewählten Prioritäten handelt es sich um Themen, auf die der Kanton verstärkt einzutreten wünscht. Dies stellt keineswegs die schon bestehenden Aktionen in Frage, deren Bedarfsentsprechung und Effizienz sich erwiesen haben; auch können Aktivitäten in Verbindung mit anderen Themen, die nicht als vorrangig gewählt worden sind, weiterhin unterstützt werden.»

Unter den «weiteren Themen» sind die folgenden Themenbereiche zu verstehen:

- > Alkohol
- > Tabak
- > Anderes Suchtverhalten (illegale Drogen, Spielsucht, Internet usw.)
- > Sexuelle und reproduktive Gesundheit
- > Zugänglichkeit und Nutzung von Gesundheitsdiensten
- > Unfälle

Für diese weiteren Themen sind die folgenden Massnahmen möglich (s. auch Tabelle 9):

- > Dort wo es sinnvoll ist, müssen diese Themen in den Rahmen nationaler Programme aufgenommen werden.
- > Die laufenden Aktivitäten müssen überdacht und neu auf die Prioritäten des kantonalen Plans ausgerichtet werden (z. B. auf eine strukturelle Prävention hin). Diese Aktivitäten sollen erhalten (aber nicht verstärkt) werden, dies unter der Voraussetzung, dass sie kohärent und koordiniert konzipiert werden (zum Beispiel innerhalb kantonalen Pläne wie Kantonalen Plan für Tabakprävention, Kantonalen Aktionsplan Alkohol,...).
- > Die Kommission ersucht die GSD, sich mit den «weiteren Themen», für die keine spezifischen Ziele erarbeitet worden sind, im Sinne einer Fokalisierung auf die gesetzten Prioritäten zu befassen. So könnte die GSD zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der VWD, der EKSD und der ILFD konkretere gemeinsame Massnahmen festlegen, die namentlich die Jugendlichen in Ausbildung betreffen.
- > Für die GSD wird es sich darum handeln, im Rahmen der Aushandlung von Leistungsaufträgen mit den Institutionen Anstösse zur Neuausrichtung der laufenden Tätigkeiten auf die Prioritäten des kantonalen Plans innert der gesetzten Fristen zu geben (Begleitmassnahmen).

6. Ressourcen

Die Umsetzung des Aktionsplans fügt sich in einen gegebenen politischen Rahmen ein, das heisst, a priori stehen keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung. Die Planung der Ressourcen muss demnach in Berücksichtigung dieser Tatsache erfolgen.

Die Gesundheitsförderung stützt sich sowohl auf die Erarbeitung und die Anwendung einer Gesamtpolitik (Public Policy), als auch auf strukturelle und individuelle Präventionsmassnahmen. Somit müssen die Ressourcen verschiedenen Sektoren zugeteilt werden und nicht nur Leistungen, die sich direkt an Zielgruppen richten. Unter «Ressourcen» sind nicht nur öffentliche und private Budgets zu verstehen, sondern auch personelle, strukturelle und Netzwerk-Ressourcen, die aus Wissen, Erfahrung und Kompetenzen bestehen. Da die finanziellen Ressourcen jedoch ein wichtiger Faktor für die Führung der Umsetzung sind, werden sie im Folgenden detailliert behandelt.

Gemäss den Zahlen der OECD und der WHO widmet die Schweiz 2,2% ihrer Gesundheitsausgaben der Prävention von Krankheiten und der Gesundheitsförderung; dem stehen durchschnittlich 2,7% in den übrigen Ländern der OECD gegenüber. In den Kantonen scheint sich der für die Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendete Anteil im Jahr 2004 auf durchschnittlich 3,6% belaufen zu haben. Mit 4,2% liegt der Kanton Freiburg deutlich über dem Durchschnitt der Schweizer Kantone. Im interkantonalen Vergleich befindet er sich an siebter Stelle. Die die Kantone betreffenden Schätzungen müssen aber relativiert werden, denn zum einen fehlt es an einer homogenen Definition von Gesundheitsförderung und Prävention, zum anderen weist der Aufbau der Staatsrechnungen Unterschiede auf.²¹ Schliesslich sei vermerkt, dass in den vom Bund errechneten 4,2% die schulärztliche Betreuung und die Beiträge an die Gesundheitsligen berücksichtigt sind, was den Umrissen der für diesen Aktionsplan geführten Untersuchung nicht entspricht (hier sind diese Komponenten nicht inbegriffen).

6.1. Heutige Situation

6.1.1. Personalressourcen

In Bezug auf die Personalressourcen gehören die Gesundheitsförderung und Prävention zum Pflichtenheft des Kantonsarztes und der Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie zweier wissenschaftlicher Mitarbeiterinnen (insgesamt 1.25 VZAE). Auch der Vorsteher des Amtes für Gesundheit widmet einen grossen Teil seiner Zeit der Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem als Präsident oder Mitglied verschiedener Steuerungsausschüsse von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten.

Auch die seit 2005 tätige Kommission ist eine Ressource, die einen aktiven Beitrag zur direktionsübergreifenden Koordination und zur Transversalität leistet.

Schliesslich sind auch die Freiburger Institutionen für Gesundheitsförderung und Prävention Partner in der Umsetzung des kantonalen Plans. Teilweise oder ganz vom Staat finanziert verfügen sie über Strukturen und Erfahrungen, die für die Umsetzung nützlich sind.

²¹ Bericht «Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)», BAG, September 2007

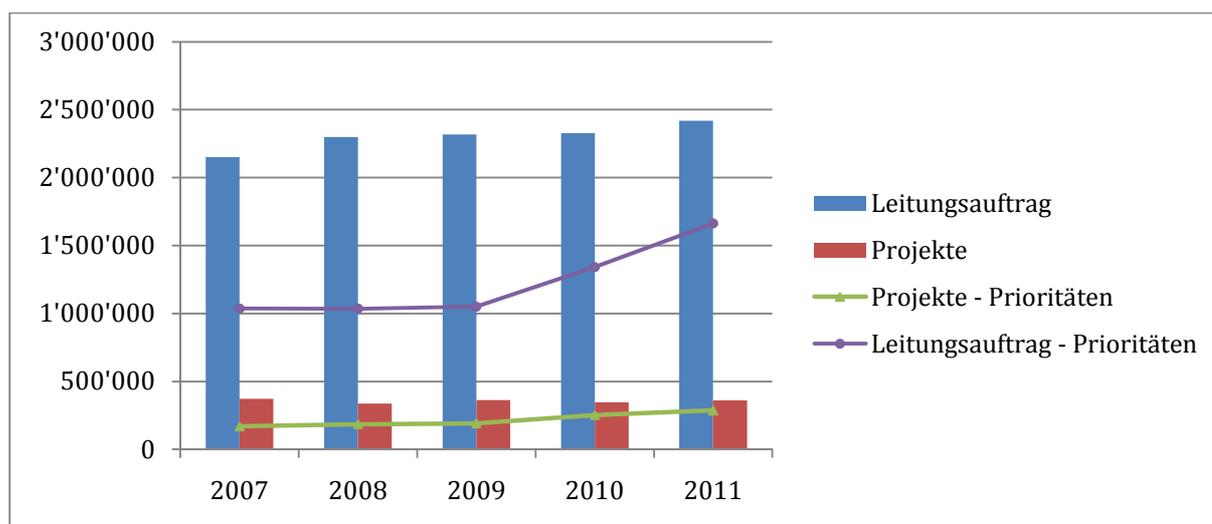
6.1.2. Finanzielle Ressourcen des Amtes für Gesundheit

Hier werden nur die finanziellen Ressourcen des Amtes für Gesundheit des Kantons Freiburg berücksichtigt. Einleitend sei bemerkt, dass die Auswirkung auf die Volksgesundheit nicht unbedingt im direkten Verhältnis zu den eingesetzten Finanzmitteln steht. Zum Beispiel hat eine Gesetzgebungsmassnahme wie das Rauchverbot in öffentlichen Räumen eine so nachhaltige Auswirkung auf die Volksgesundheit, wie sie sonst nur mit Hilfe der Finanzierung langfristiger Präventions- und Sensibilisierungskampagnen erreicht werden könnte.

Ausserdem bleibt ein Teil des Budgets Themen vorbehalten, die im Gesundheitsgesetz festgeschrieben sind (z.B. übertragbare Krankheiten).

Die Analyse der Verteilung der GesA-Finzen in der Vergangenheit und eine Prognose in Verbindung mit den Leistungsaufträgen führt zu den folgenden Feststellungen (Grafik 6: Zuteilung des GesA-Budgets.):

- > Seit 2009 werden 90% des GesA-Budgets durch Leistungsaufträge zu Gunsten von acht Institutionen verwaltet. Damit werden die Leistungsaufträge zum zentralen Instrument für die Umsetzung des kantonalen Plans.
- > Seit 2010 sind 10% des GesA-Budgets Projekten zugesprochen; für die Umsetzung des kantonalen Plans wird die Führung nach Projekten daher eine geringe Auswirkung haben. Infolgedessen sollte die Optimierung des Verfahrens für die Finanzierungsgewährung an zweiter Stelle rangieren.
- > Eine summarische Analyse der Finanzaufteilung ergibt für das Budget 2008, dass weniger als die Hälfte des Budgets für die Prioritäten des kantonalen Plans gesprochen wurden, rund 2/3 des Budgets aber für Tätigkeiten in den Bereichen Suchtverhalten und sexuelle Gesundheit (Hinweis: Eine Leistung/ein Projekt kann zugleich unter einen prioritären Themenbereich, z. B. «Migrationsbevölkerung», und die Themenbereiche «Suchtverhalten-sexuelle Gesundheit» fallen).



Grafik 6: Zuteilung des GesA-Budgets.

6.1.3. Andere kantonale Ressourcen

Auch andere Staatsdienste finanzieren Tätigkeiten, die sich präventiv und gesundheitsfördernd auswirken. Es handelt sich zum Beispiel um Projekte zur Frühförderung von Migrantinnen und Migranten (SJD) oder Projekte des Jugendamtes (GSD).

Ausserdem setzte der Kanton Freiburg am 1. Januar 1997 ein Gesetz zur Errichtung eines «Fonds zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit» in Kraft²². Der Fonds wird «gespiesen durch die Vermögenswerte und Ersatzforderungen, die der Strafrichter im Zusammenhang mit illegalem Drogenhandel eingezogen oder festgesetzt hat» (Art. 1).

Nach Artikel 2 des Gesetzes bezweckt der Fonds, «mit den verfügbaren Mitteln die folgenden Massnahmen vermehrt zu finanzieren:

- a) die Information und die vorbeugenden Massnahmen auf dem Gebiet der Drogenabhängigkeit, insbesondere in Schulen;
- b) die polizeilichen und gerichtlichen Mittel für die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs;
- c) die medizinisch-soziale Betreuung von Drogenabhängigen;
- d) Programme für alternative Produktion und Beschäftigung in den drogenproduzierenden und -verarbeitenden Ländern».

Damit diese finanziellen Ressourcen auch in die Durchführung des kantonalen Plans einfliessen, braucht es eine direktionsübergreifende Information und Koordination; dies ist Aufgabe der kantonalen Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention. Die Kommission hat auch zu den Projekten des Fonds zur Bekämpfung der Drogenabhängigkeit Stellung zu nehmen.

6.2. Ziele und erwünschte künftige Entwicklung

6.2.1. Bedeutung des Aktionsplans als gemeinsame strategische Grundlage

Der kantonale Plan für Gesundheitsförderung und Prävention bzw. der Aktionsplan stellt die gemeinsame strategische Grundlage für alle Tätigkeiten des Staates in Verbindung mit Gesundheitsförderung und Prävention dar. In diesem Sinne ist er eine Referenz für alle Direktionen. Die Grundidee des kantonalen Plans besteht darin, das Handeln des Staates auf die nachweislichen Gesundheitsbedürfnisse der Freiburger Bevölkerung abzustützen; dies geschieht durch die Kofinanzierung von Leistungen und die Führung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten, die dazu beitragen. Wichtig ist, dass sich tendenziell alle Dienststellen im Rahmen des Aktionsplans einschreiben und alle Bemühungen sich in seinem Rahmen bewegen. Andernfalls würde das Ziel einer Neuausrichtung der Tätigkeiten auf die Prioritäten hin (s. unten) gefährdet, indem die Beantragenden eine alternative Finanzierung finden könnten, die sie in ihren gewohnten Aktivitäten unterstützen würde, statt sie zu motivieren, sich in Handlungsfeldern zu engagieren, die den erwiesenen Bedürfnissen entsprechen.

6.2.2. Prioritäten und Neuausrichtung der Mittel

Da die kantonale Finanzpolitik und finanzielle Realität a priori keine substanzielle Erhöhung des GesA-Budgets vorhersehen lassen, müssen die finanziellen Mittel für die kantonalen Prioritäten an erster Stelle über eine Neuverteilung der vorhandenen Mittel bereitgestellt werden.

²² http://www.fr.ch/v_bdlf/en_vigueur/deu/821444v0004.doc

Bei der Gewichtung der Gesundheitsthemen nach ihrer Vorrangigkeit stützte sich die Kommission zum einen auf die Gesundheitsbedürfnisse im Kanton Freiburg²³ und zum anderen auf die Intensität der vom GesA finanzierten Aktivitäten in den verschiedenen Gesundheitsbereichen. Die untenstehende Tabelle dient als Leitplanke für eine Neuausrichtung der Aktivitäten auf Themenbereichsebene wie etwa auf der Ebene des Typs erteilter Leistungen oder der Zielgruppen. Sie bezieht sich auf Präventionstätigkeiten (nicht auf Versorgungsleistungen).

		Gesundheitsbedürfnisse im Kanton Freiburg	
		<i>Eher gering</i>	<i>Eher hoch</i>
Intensität der Tätigkeiten (bzw. Umfang der eingesetzten Ressourcen)	<i>Eher hoch</i>	Reduzieren <ul style="list-style-type: none"> • Illegale Drogen 	Beibehalten <ul style="list-style-type: none"> • Alkohol • Tabak • Familie • Sexuelle Gesundheit
	<i>Eher gering</i>	Beibehalten <ul style="list-style-type: none"> • Gewalt (s. psychische Gesundheit) • Suizid (s. psychische Gesundheit) • Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste • Unfälle 	Verstärken <ul style="list-style-type: none"> • Ernährung und Bewegung • Psychische Gesundheit • Rahmenbedingungen • Migrantinnen/Migranten • 50+ • Betriebe

Tabelle 9: Prioritätszuordnungstabelle der Gesundheitsthemen.

Das budgetbezogene Ziel ist:

- > Bis Ende der zweiten Rahmenmandats-Periode (2012-2014), sollte der Budgetanteil für die aktuellen Prioritäten 75% erreichen.

Darüber hinaus ist es möglich, die Verwendung der Ressourcen zu optimieren, zum Beispiel mit der Durchführung von Projekten, die eine inner- oder interkantonale Zusammenarbeit beinhalten. Möglich ist auch eine Mobilisierung und Beanspruchung von Ressourcen ausserhalb des GesA-Budgets, indem man auf verschiedene Finanzierungsquellen zurückgreift, die zum Beispiel auf nationaler Ebene (Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Fonds für Tabakprävention) oder bei anderen Institutionen vorhanden sind. Auch die Möglichkeit von öffentlichen-privaten Partnerschaften sollte geprüft werden.

Die Frage der Ressourcen für die Umsetzung des kantonalen Plans lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- > **Grundsatz:** Kürzung der Finanzierung für nicht vorrangige Themenbereiche, um Mittel zu Gunsten der prioritären Themenbereiche freizusetzen: die 44%, die im Jahr 2008 vorrangigen Themen zugeteilt wurden, auf 75% im Jahr 2015 steigern.

²³ Kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011

* Les anciens diplômés (SG, N2, HMP, PSY) sont reconnus de niveau HES (bachelor)

- > **Effizienz:** Da 90% des Budgets nach Leistungsaufträgen bewirtschaftet werden, Verzicht auf eine systematisch vorrangige Behandlung der 10% von Projekten und Konzentration auf die Leistungen der nach Leistungsaufträgen geführten Institutionen.
- > **Hauptmittel:** Neuausrichtung der Tätigkeiten der Institutionen.

6.3. Für die Umsetzung nötige Mittel

Die Umsetzung besteht nicht nur in der Investition in Leistungen und Projekte für Zielgruppen. Da es sich um die Umsetzung einer Public Policy handelt, wird deren Effizienz auch von einem unentbehrlichen Nachverfolgungs- und Steuerungssystem abhängen (s. Kap. 7). Auch wird es mit einer Evaluation der Umsetzung möglich sein, die Auswirkung des Aktionsplans zu messen.

Diese Tätigkeiten erfordern ebenfalls finanzielle Mittel, deren Höhe für die Steuerung und Nachverfolgung erfahrungsgemäss rund 5 bis 10% des Gesamtbudgets der Gesundheitsförderung und Prävention und ebenso viel für die Evaluation ausmachen. Zudem braucht es Personalressourcen. Auch diese Mittel müssen deshalb geplant und zurückgestellt werden, wobei schon Vorhandenes zu berücksichtigen ist.

7. Steuerung der Umsetzung

7.1. Grundsätze

Die Steuerung geschieht mit verschiedenen Instrumenten, die einander ergänzen und es ermöglichen, die folgenden Aspekte nachzuverfolgen und zu beurteilen:

- > Stand der Umsetzung des Aktionsplans
- > Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Monitoring, Kap. 7.5)
- > Wirksamkeit des Aktionsplans für die Erreichung der gewünschten und angestrebten Auswirkungen auf die Volksgesundheit (Evaluation, Kap. 7.7).

Die Steuerung besteht darin, die Umsetzung des Aktionsplans zu verfolgen, zum Beispiel anhand einer «Instrumententafel», die Indikatoren umfasst wie Anzahl von Projekten, Anzahl und Qualität der Leistungen, Verteilung der Ressourcen auf die prioritären Themenbereiche des kantonalen Plans. Auf dieser Grundlage muss es möglich sein, Korrekturmassnahmen zu ergreifen, um die unternommenen Aktionen ständig zu optimieren und somit die erwartete Auswirkung auf die Volksgesundheit noch gezielter anzustreben.

In der Durchführung des kantonalen Plans ist die Steuerung eine Tätigkeit für sich. Wie die Projekte und Leistungen erfordert sie Ressourcen. Nach der Theorie sollten 3 bis 15% (je nach dem Grad der Komplexität) eines Budgets dafür eingesetzt werden. Wendet man den Mindestsatz (3%) auf das Budget für Gesundheitsförderung und Prävention (2,5 Mio.) an, kommt man schon auf 80'000.- Franken. Folglich sind die für die Steuerung nötigen Ressourcen realistischer Weise auf eine halbe Stelle zu veranschlagen (muss als Arbeitsstelle verbucht werden, da die Aufgabe der Steuerung nicht extern vergeben werden kann).

Bestimmte zweckmässige Führungsgrundsätze sind im Reglement vom 14. Juni 2004 über Gesundheitsförderung und Prävention enthalten, namentlich in den Artikeln 9 und 11. Auch die Rolle der Kommission ist in den gesetzlichen Grundlagen verankert (s. Anhang 9.1).

7.2. Geltungsbereich

Der Aktionsplan gilt für den Zeitraum 2011-2015. Dieser Zeitraum entspricht der zweiten Rahmenmandats-Periode für die Führung der Institutionen nach Leistungsaufträgen. Mit dem mehrjährigen Vorgehen wird eine Kontinuität bei den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine Nachhaltigkeit der Auswirkungen bezweckt.

Künftig muss der Aktionsplan mit einer Anpassung der Ziele aufgrund der identifizierten Bedürfnisse und der erzielten Ergebnisse verlängert werden.

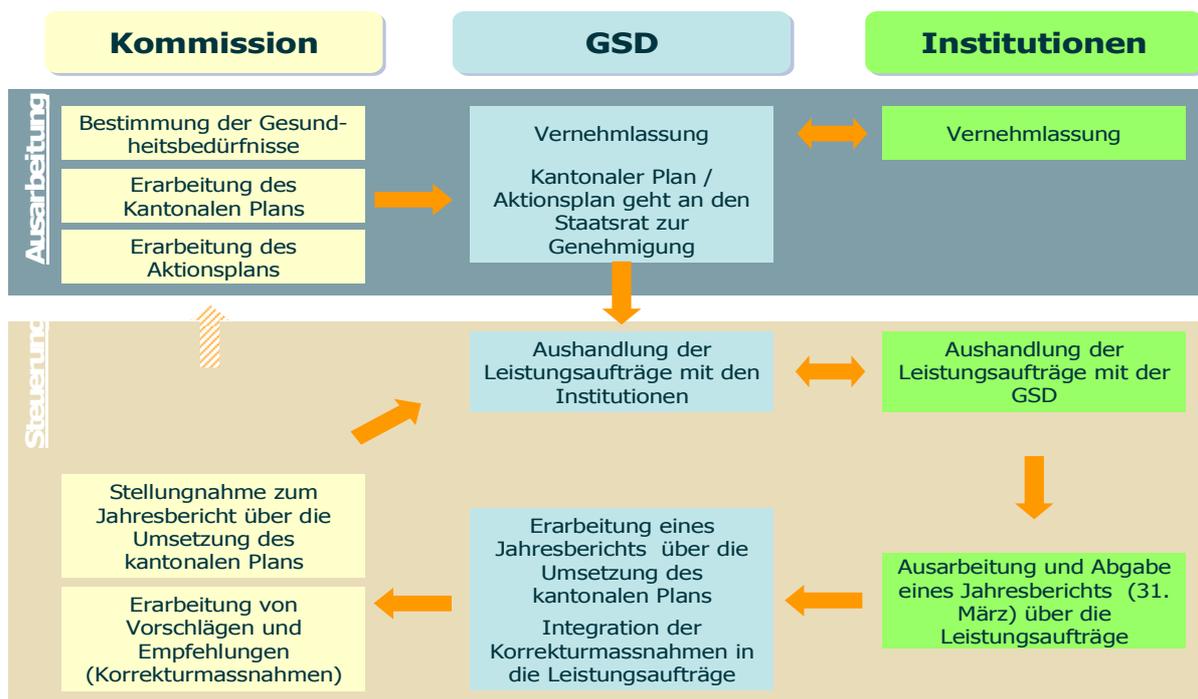
7.3. Steuerungsmodell

Die drei von der Steuerung der Umsetzung des Aktionsplans betroffenen Instanzen sind die GSD, die Kommission sowie die nach Leistungsaufträgen geführten Institutionen.

Die allgemeine Verteilung der Steuerungsrollen sieht wie folgt aus:

- > GSD: Entscheidungsinstanz
- > Kommission: Beratung und Begutachtung
- > Institutionen: Berichterstattungspflicht.

Die Steuerung sollte wie folgt ablaufen:



Gra-

fik 7: Steuerung der Umsetzung: jährlicher Ablauf.

Da es sich um ein neues Verfahren handelt, muss dieses erprobt und allenfalls Korrekturmassnahmen unterzogen werden. Seine detaillierte Ausarbeitung und die Einsetzung eines Steuerungsverfahrens sowie einer Steuerungsstruktur sind Sache des Staates und stellen ein Ziel in der Umsetzung des Aktionsplans dar; dieses Ziel soll bis Ende 2012 erreicht werden.

* Les anciens diplômés (SG, N2, HMP, PSY) sont reconnus de niveau HES (bachelor)

7.4. Rolle des Staates

Der Staat spielt nicht nur eine Rolle als Geldgeber in der Durchführung des Aktionsplans. Durch sein öffentliches Handeln und indem er sich namentlich auf das Gesundheitsgesetz stützt, ist er auch ein zentraler Akteur.

7.4.1. Koordination und Partnerschaften

Die Umsetzung des kantonalen Plans bedeutet die Mobilisierung und Koordination verschiedener Akteure.

Für die Gesundheit der Freiburger Bevölkerung sind nicht nur die mit Gesundheitsfragen betrauten Instanzen zuständig. Der kantonale Plan unterstreicht den Querschnittscharakter der Aufgaben und in diesem Sinne die Rolle der direktionsübergreifende Koordination in der Kantonsverwaltung sowie die Wichtigkeit der Koordination der Akteure verschiedener Sektoren. Für bestimmte Institutionen ist der Kanton ein privilegierter Partner in der Tätigkeitsentwicklung (z. B. Aufstellung eines kantonalen Programms «gesundes Körpergewicht»).

Die von der Umsetzung hauptsächlich betroffenen Akteure sind demzufolge:

- > Amt für Gesundheit
- > Kantonsarztamt
- > Weitere Dienststellen der Kantonsverwaltung
- > kantonale Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention
- > nach Leistungsaufträgen geführte Institutionen
- > andere Institutionen
- > projektführende Instanzen.

7.4.2. Öffentliche Aktion

Die internen Entscheide der Verwaltung sowie (z. B. die Infrastruktur betreffende) Projekte werden unter dem Aspekt ihrer Gesundheitsverträglichkeit geprüft, um ihre allfälligen negativen Folgen zu minimieren. Artikel 3 des Freiburger Gesundheitsgesetzes bildet die Grundlage für dieses Vorgehen.

Konkret handelt es sich darum, Vorhaben der Verwaltung unter gesundheitlichem Aspekt zu begleiten und zu unterstützen (z. B. Gesundheit am Arbeitsplatz für Personen ab 50 Jahren in der Kantonsverwaltung). Zweitens ist allfällige Kantonspolitik zu identifizieren, die der Gesundheit zuwider läuft, Solche Widersprüche sind möglichst zu eliminieren. Drittens geht es um Sensibilisierungs- und Ausbildungstätigkeiten für die Zielgruppe «Mitarbeitende und Kaderpersonen der Kantonsverwaltung». Health Impact Assessments, mit denen Projekte auf ihre gesundheitliche Auswirkung hin untersucht werden, sind hierfür ein wichtiges Instrument.

7.5. Verstärkung der institutionellen Kapazitäten

Die erfolgreiche Umsetzung eines kantonalen Plans, der mehrere Themenbereiche vereinigt, sich an sehr unterschiedliche Zielgruppen wendet und über mehrere Jahre erstreckt, erfordert wie gesagt eine Steuerung. Hierfür braucht es Ressourcen und Kompetenzen auf allen Ebenen der Infrastrukturen für das Management des kantonalen Plans²⁴.

²⁴ Initiative der WHO für eine Welt ohne Tabak: Guide pour la mise en place de l'action antitabac, WHO, 2006

Der Erfolg der Umsetzung eines Public Health-Programms hängt nicht nur von der Wirksamkeit der Aktionen im Hinblick auf die Bedürfnisse ab, sondern auch von der Effizienz, d.h. die erzielten Auswirkungen müssen im Verhältnis zu den aufgewendeten Ressourcen stehen.

Die Qualität der Massnahmen und Projekte sowie die gute Verwendung der Ressourcen hängen von den Qualifikationen und Kompetenzen der dafür verantwortlichen Institution oder Organisation ab. Unter Qualifikationen und Kompetenzen einer Organisation für Gesundheitsförderung und Prävention sind namentlich zu verstehen:

- > Thematische und wissenschaftliche Kompetenzen (Kernkompetenzen)
- > Projektmanagement-Kompetenzen
- > Qualitätsmanagement-Kompetenzen
- > Evaluationskompetenzen

Der Ausprägungsgrad dieser verschiedenen Kompetenzen kann je nach Institution sehr unterschiedlich sein. Daher müssen die institutionellen Kompetenzen laufend verstärkt werden, zum Beispiel in der Anwendung von Instrumenten wie quint-essenz²⁵.

7.6. Monitoring

Unter Monitoring ist die Verfolgung der Gesundheitsentwicklung in der Bevölkerung zu verstehen. Hierfür werden verschiedene Datengrundlagen verwendet.

Die beiden wichtigsten Datengrundlagen sind:

- > die seit 1992 alle fünf Jahre durchgeführte Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und
- > die seit 1982 alle vier Jahre durchgeführte Umfrage zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern von 11 bis 15 Jahren (HBSC).

Der Kanton Freiburg hat eine kantonale Auswertung für diese beiden Untersuchungen verlangt. Ein Bericht über die Gesundheit der Freiburgerinnen und Freiburger, wie sie aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung hervorgeht, steht zur Verfügung.

Auch eine spezifische Analyse der Daten der HBSC-Umfrage wurde für Freiburg verlangt. Diese steht zur Verfügung.

Es bestehen noch weitere Datengrundlagen auf Schweizer Ebene. So ist zum Beispiel die Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum zu nennen; diese erfasst fortlaufend und repräsentativ den Tabakkonsum bei den in der Schweiz wohnenden 14- bis 65-Jährigen. Seit Januar 2001 wurden vierteljährlich 2'500 Personen telefonisch befragt. Auf diese Weise erhält man alljährlich eine Stichprobe von 10'000 Personen.

Zu erwähnen ist auch der (zurzeit laufende) Aufbau eines Monitorings der psychischen Gesundheit. Hier liegt der Fokus auf älteren Personen und dem Stress am Arbeitsplatz. Ein weiteres Monitoring, das Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung (GMM), besteht seit 2004.

Schliesslich werden die Institutionen des Gesundheitswesens künftig aufgefordert, zwecks Ergänzung der Monitoringinstrumente zur Generierung und Nachverfolgung von Indikatoren beizutragen.

²⁵ www.quint-essenz.ch

7.7. Evaluation

Für seine Umsetzung schreibt der kantonale Plan grundsätzlich die Evaluation vor: Die Wichtigkeit der Evaluation zu unterstreichen bedeutet, dass den Prozessen und den mit der Durchführung des Aktionsplans erzielten Ergebnissen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Ein Konzept für die Evaluation des Aktionsplans muss erarbeitet werden. Es geht darum, den Aktionsplan, seine Umsetzung (Abläufe) sowie seine Ergebnisse (output, outcome) und Auswirkungen (Impakt) in Betracht zu ziehen. Dabei ist im Auge zu behalten, dass die Auswirkungen auf die Volksgesundheit auf vielerlei Ursachen zurückgeführt werden können, so dass es schwierig ist, die direkte Auswirkung bestimmter Massnahmen deutlich sichtbar zu machen. Die Analyse der Auswirkungen des Aktionsplans wird sich vor allem auf die Tätigkeitsberichte und die Leistungsaufträge (Nachverfolgung der Erreichung der Ziele) der Akteure stützen.

Im Übrigen muss auch im Auge behalten werden, dass die Evaluation einen nur begrenzten Gebrauchswert hat, wenn sie erst nach Durchführung der Aktionen Resultate liefert. Für eine optimale Verwendung muss die Evaluation in alle Phasen des Entscheidungsprozesses eingebaut werden: Planung (und Festsetzung der Ziele), Entwicklung, Umsetzung, Nachverfolgung.

Das GesA und das KAA übernehmen diese Aufgabe (Entwicklung eines Evaluationskonzepts mit detaillierter Angabe des Zwecks, des Typs und der Mittel der Evaluation), um das Konzept bis Ende 2012 zu konkretisieren.

8. Referenzdokumente

8.1. Quellenangaben

- > La santé en Suisse romande et au Tessin en 2002 : Une analyse intercantonale des données de l'Enquête suisse sur la santé, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, 2006
- > Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, Données épidémiologiques et économiques de la littérature, Arbeitsdokument 25, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, November 2007
- > Bewegung, Sport, Gesundheit, Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002 und 2007, 1/200, BFS
- > Suizid Selbsttötung, Kanton Fribourg, Schweizer und Ausländer (ICD-8: 95000 – 95999, ICD-10: X60-X849, BFS, 2008
- > Aufbau eines Monitorings zu psychischer Gesundheit – mit Fokus Ältere Menschen und Stress am Arbeitsplatz, 14 Indikatoren, im Auftrag der Gesundheitsförderung Schweiz, Obsan, 29. Januar 2008
- > Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung, 2004. www.miges.admin.ch
- > Todesursachenstatistik, Ursachen der Sterblichkeit 2003 und 2004, BFS, 2007
- > Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées, Données épidémiologiques et économiques de la littérature, Arbeitsdokument 25, Obsan, November 2007
- > Kriminalität und Strafrecht, Panorama, Bundesamt für Statistik, Februar 2008
- > Bewältigung der demografischen Herausforderungen in Europa: Demografischer Fitness-Index 2007, Adecco Institute Weissbuch, Januar 2008
- > <http://www.adeccoinstitute.com/Swiss-DFX-White-Paper-Press-Release-April-17-2007-EN.pdf>
- > www.hbsc.org

8.2. Gesamtschweizerische Referenzen

- > Gesundheitsziele für die Schweiz, Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa), Public Health Schweiz, 2002
- > Strategie/Stratégie 2007- 2010, Public Health Schweiz, 21.6.2007
- > Gesundheitsförderung und Prävention stärken, Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie in der Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz, Mai 2006
- > Psychische Gesundheit, Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, BAG, Februar 2004
- > Bundesstrategie Migration und Gesundheit (Phase II: 2008-2013), BAG, Juni 2007
- > Nationales Programm HIV und Aids 2004–2008, BAG, Dezember 2003
- > Nationales Programm Alkohol 2008-2012, BAG, Juni 2008
- > Nationales Programm Tabak 2008-2012 (NPT 2008-2012), BAG, 30.5.2008
- > Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB 2008–2012), BAG, Juni 2008
- > Strategie für eine schweizerische Alterspolitik, Bericht des Bundesrats, 29. August 2007
- > Bericht «Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz – Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)», BAG, 28. September 2007
- > Gesundheitsförderung Schweiz, Label « Friendly Work Space », http://www.promotionsante.ch/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/label/default.asp

8.3. Kantonale Referenzen

- > Kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention 2007-2011, Prioritäten für den Kanton Freiburg, Amt für Gesundheit, Freiburg, November 2006
- > Kantonaler Plan für Gesundheitsförderung und Prävention Freiburg 2007-2011, Vorschlag zuhanden der Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention, Interface, 10.10.2006
- > Kantonales Tabakpräventionsprogramm 2009-2013
- > Kantonale Aktionsprogramme « Gesundes Körpergewicht », Gesundheitsförderung Schweiz, 2006
- > Freiburger Kantonales Programm «Gesundes Körpergewicht» 2010-2013
- > Kantonaler Aktionsplan Alkohol (in Ausarbeitung)
- > Integration der Migrantinnen und Migranten, kantonales Leitbild und Aktionsplan 2008-2011, SJD, Entwurf 31.1.2008
- > BERICHT Nr. 89 des Staatsrats an den Grossen Rat zum Postulat Nr. 295.05 Marie-Thérèse Weber-Gobet/René Thomet über eine umfassende Alterspolitik, 19. August 2008

8.4. Weitere Quellen

- > Aktiv altern, Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln, WHO, 2002
- > 50ans et +, Rapport et recommandations, Universität Freiburg, Departement für Sozialarbeit und Sozialpolitik, Februar 2007
- > Santé au travail 50ans+ : quels facteurs protecteurs ? Kanton Freiburg, Schlussbericht, Fondation Charlotte Olivier, November 2007 (unveröffentlicht)
- > <http://www.50plussante.ch/>
- > Arbeit und Alter, Grundlagen zur Bewältigung der demografischen Herausforderung in Betrieben, Gesundheitsförderung Schweiz, 2008
- > Alter und Gesundheit, Evaluation von ausgewählten Aspekten von „Sanaprofil Solothurn“, einem Angebot zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Kanton Solothurn als Entscheidungsgrundlage für Bund, Kantone und andere Institutionen im Gesundheitswesen, Andreas E. Stuck, Katharina Meyer, Stephan Born, August 2008, Web-Publikation des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums
- > Swiss companies have to make bigger efforts to prepare for demographic change, Press release, Adecco Institute, 17th April 2007
- > Fokusbericht Gender und Gesundheit, BAG, 2008
- > Violence : définition et données épidémiologiques, Dr Marie-Claude Hofner, Unité de Médecine des Violences, CHUV, 29.2.2008
- > Prävention von Jugendgewalt, Wege zu einer evidenzbasierten Präventionspolitik, eidg. Ausländerkommission, 2006
- > Stellungnahme der ASPE zur Jugendgewalt, Stiftung Kinderschutz Schweiz, 24.4.2007
- > Massnahmenplan Jugend und Gewalt 2008: «Jugendliche und Gewalt» der Schweizerischen Kriminalprävention (SKP), Februar 2008
- > Jugendgewalt, Bericht des EJPD vom 11. April 2008
- > Violence à l'école – Un défi pour la communauté locale, c Editions du Conseil de l'Europe, Novembre 2003
- > Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulats Widmer (02.3251), BAG, April 2005
- > Projet Politiques de Santé mentale, Guide des politiques et des services, Résumé d'orientation, WHO, 2001

- > Santé mentale: renforcement de la promotion de la santé mentale, Aide-mémoire N°220, WHO, révisé en novembre 2001
- > Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux, Institut national de santé publique, Québec, Mai 2008
- > Initiative der WHO für eine Welt ohne Tabak. Guide pour la mise en place de l'action antitabac, WHO, 2006
- > Nationales Forum «Alter und Migration», <http://www.alter-migration.ch>
- > Bündnis gegen Depression, Spectra Nr. 68, BAG, Mai 2008
- > Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung Schweiz, Juni 2008
- > Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach, 4th Edition, Lawrence W. Green and Marshall W. Kreuter, McGraw-Hill, 2004
- > The contribution of social and behavioral research to an understanding of the distribution of disease: a multilevel approach, GA Kaplan, SA Everson, JW Lynch. In: Smedely BD, Syme SL, eds. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Washington, DC: National Academy Press, 2000: 37-80
- > L. Renaud, M. Gomez Zamudio, Planifier pour mieux agir, Québec : RÉFIPS, 1999
- > cocq-sida , Comprendre, planifier, intégrer et agir, Modèle de planification, Application à l'organisation et à la recherche communautaires; Montréal, décembre 2001

9. Anhänge

9.1. Steuerung: gesetzliche Grundlagen

9.1.1. Kontrolle

Reglement vom 14. Juni 2004 über Gesundheitsförderung und Prävention

Art. 9 Subventionierung von Projekten

⁴ Grundsätzlich werden die Subventionen für höchstens drei Jahre gewährt. Die Begünstigten müssen der Direktion alljährlich einen Tätigkeitsbericht unterbreiten, der die Ergebnisse des Evaluationsverfahrens enthält und es namentlich ermöglicht, den Fortschritt der Projekte im Verhältnis zu Ziel und Zweck zu beurteilen. Die Direktion stellt die Nachkontrolle der in diesem Rahmen ausgerichteten Beiträge sicher.

⁵ In Berücksichtigung der verfügbaren Finanzmittel werden in erster Linie Projekte subventioniert, die es im Rahmen der im Gesundheitsförderungsplan festgesetzten Prioritäten ermöglichen, sämtliche Hauptgebiete der Gesundheitsförderung und Prävention abzudecken.

Art. 11 Kontrolle

¹ Die Direktion gewährleistet über das Kantonsarztamt und das Amt für Gesundheit die Kontrolle der Projekte für Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Institutionen, die sie konzipieren, durchführen und evaluieren.

9.1.2. Rolle der Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsgesetz

Art. 16.2 Ihre Aufgabe [die Aufgabe der Kommission] besteht darin, die Erarbeitung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention und des daraus abgeleiteten Aktionsplans zu steuern. Sie äussert sich zudem zu den Projekten für Gesundheitsförderung und Prävention und zur Umsetzung des kantonalen Plans für Gesundheitsförderung und Prävention.

Reglement vom 14. Juni 2004 über Gesundheitsförderung und Prävention

Art. 2 Kompetenzen

¹ Die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention (die Kommission) übt die Kompetenzen aus, die ihr aufgrund des Gesetzes zustehen.

² Sie hat namentlich die folgenden Befugnisse:

- c. Sie erarbeitet den kantonalen Plan für Gesundheitsförderung und Prävention.
- d. Sie bestimmt die Bedürfnisse auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention, wobei sie die Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung berücksichtigt.
- e. Wenn nötig schlägt sie der Direktion die Durchführung von Gesundheitserhebungen vor und bestimmt deren Rahmen und Ziele.
- f. Sie sorgt für die Verbreitung des Gesundheitsförderungsplans, so dass Projekte angeregt und Institutionen und Gesundheitsfachleute ermutigt werden, ihren Beitrag zu leisten.
- g. Auf Verlangen der betroffenen Direktionen nimmt sie Stellung zu den Projekten für Gesundheitsförderung und Prävention sowie zu den Betriebsbewilligungsgesuchen von Institutionen für Gesundheitsförderung und Prävention oder zu den Aufträgen, die diesen Institutionen erteilt werden.

- h. Sie unterbreitet dem Staatsrat Anträge und Vorschläge.
- i. ³ Bei der Erfüllung ihrer Aufgaben arbeitet sie mit dem Kantonsarztamt, dem Amt für Gesundheit und den übrigen betroffenen eidgenössischen, kantonalen und kommunalen Diensten und Organismen zusammen.

9.2. Glossar²⁶

Gesundheitsindikator (Health indicator)

Ausgewählte quantitative oder qualitative Parameter, die Rückschlüsse zulassen auf die Gesundheit von Einzelpersonen oder einer Bevölkerung sowie auf die Erreichung von Zielen. Je nach Ziel kann ein breites Spektrum von Indikatoren angewendet werden. Ein guter Indikator muss einfach, verständlich, leicht zu berechnen, genügend sensitiv, hinreichend spezifisch, reliabel, genau und valide sein. Die verwendeten Hauptindikatoren werden auf die Mortalität, die Morbidität, die Risikofaktoren, die gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag und auf umweltabhängige, soziale und kulturelle Merkmale angewandt.

Gesundheitsziel (Health target)

Die Gesundheitsziele bezeichnen für eine gegebene Bevölkerung den (mit Hilfe eines Gesundheitsindikators gemessenen) Grad der Änderung, der vernünftiger Weise in einem bestimmten Zeitraum erwartet werden kann. Die Ziele werden in der Regel in spezifischen und messbaren Änderungen von Gesundheitsergebnissen ausgedrückt (Endziele oder Zwischenziele).

Die Festsetzung von Zielen stellt auch einen der Ansätze für die Evaluation von Gesundheitspolitiken oder -programmen dar, sofern die Ziele Etappen definieren, auf die man sich für die Messung der erreichten Fortschritte beziehen kann.

Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (Health impact assessment)

- > Evaluation der potenziellen Auswirkungen verschiedener Aktionen auf die Gesundheit einer Bevölkerung und der Verteilung dieser Auswirkungen auf die Bevölkerung. Zum Beispiel kann man die gesundheitliche Auswirkung neuer Regierungsmassnahmen, die die Wohnverhältnisse, den Strassenverkehr oder auch die Implementierung eines neuen Flughafens betreffen, messen.
- > Methodologie zur Identifizierung, Vorhersage und Evaluation der erwarteten, durch ein Planungs- oder Entwicklungsprogramm bzw. eine Planungs- oder Entwicklungsaktion herbeigeführten Änderungen in Bezug auf Gesundheitsrisiken. Diese Änderungen können positiv oder negativ, individuell oder kollektiv, direkt oder indirekt sein, sofort oder verzögert eintreten. Die Evaluation definiert sich somit als eine adäquate Deckung der Gesundheitsaspekte im Kontext einer Umweltverträglichkeitsstudie.

Wirkung (outcome)

Aus einer Intervention sich ergebende positive oder nachteilige Veränderung des Gesundheitszustandes von Einzelpersonen oder Bevölkerungsgruppen. Der Schlusspunkt der Massnahme hängt von der Definition des erwarteten Interventionsergebnisses ab; dies könnten zum Beispiel der Tod, die vollständige Wiederherstellung von Funktionen, die Konsolidierung von Knochenfragmenten usw. sein. Die Änderungen des Gesundheitszustandes können unabhängig von der Intervention eintreten, und man muss vorsichtig sein, um sicher zu gehen, dass alle Änderungen korrekt auf ihre Ursachen zurückgeführt werden.

²⁶ Glossaire européen de santé publique, <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp>

Psychische Gesundheit²⁷

«Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. La promotion de la santé mentale est une expression qui recouvre tout un éventail de stratégies visant à améliorer la santé mentale. L'une d'entre elles consiste à encourager les ressources et compétences individuelles ainsi que l'environnement socio-économique. Les ressources destinées aux soins de santé mentale servent généralement à financer des traitements et des soins spécialisés pour les malades mentaux, ainsi que, dans une moindre mesure, des traitements communautaires et des services de réadaptation. Moins de ressources encore sont consacrées à la promotion de la santé mentale. La promotion de la santé mentale requiert une action plurisectorielle, associant plusieurs secteurs publics tels que ceux de la santé, de l'industrie et de l'emploi, de l'éducation, de l'environnement, des transports et des services sociaux et communautaires, ainsi que des organisations non gouvernementales ou communautaires telles que des groupes d'appui sanitaire, des églises, des clubs et d'autres organismes.»

(Sie ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem die Person sich verwirklichen, die normalen Stress-Situationen des Lebens bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten und zum Leben ihrer Gemeinschaft beitragen kann. Der Ausdruck Förderung der psychischen Gesundheit deckt ein ganzes Spektrum von Strategien ab, die auf eine Verbesserung der psychischen Gesundheit hinzielen. Eine davon besteht in der Förderung individueller Ressourcen und Kompetenzen sowie des sozioökonomischen Umfelds. Die für die psychische Gesundheitsversorgung bestimmten Mittel werden in der Regel für die Finanzierung spezialisierter Behandlungen und Pflegeleistungen für Psychischkranke verwendet sowie in geringerem Ausmass für Community treatment²⁸ und Rehabilitationsdienste. Noch weniger Ressourcen werden für die Förderung der psychischen Gesundheit aufgewendet. Die Förderung der psychischen Gesundheit erfordert eine plurisektorale Aktion, in die mehrere öffentliche Sektoren eingebunden sind, wie die Sektoren Gesundheit, Gewerbe und Beschäftigung, Erziehung, Umwelt, Verkehrsmittel und soziale und Gemeinschaftsdienste sowie Nichtregierungs- oder gemeinschaftsbasierte Organisationen wie Selbsthilfegruppen (health support groups), Kirchen, Klubs und andere Organismen.)

²⁷ Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, Aide-mémoire N°220, OMS, révisé novembre 2001

²⁸ Bei dem Begriff Assertive Community Treatment (franz.: traitement communautaire dynamique) handelt es sich grob gesprochen um ein Modell für eine umfassende, die Person in ihrem gewohnten Umfeld aufsuchende und ihr nachgehende Betreuung und Unterstützung durch ein pluridisziplinäres Team (Anmerkung der Übersetzerin).