Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz

Autorinnen
- Dr. Julia Richter, Soziale Arbeit, Hochschule Luzern
- Manuela Eder, Soziale Arbeit, Hochschule Luzern
- Nikola Koschmieder, Soziale Arbeit, Hochschule Luzern
- Prof. Dr. Suzanne Lischer, Soziale Arbeit, Hochschule Luzern
- Shiva Stucki-Sabeti, Wirtschaft, Hochschule Luzern

Bericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Luzern, Juni 2026
DOI: 10.5281/zenodo.10259154

HSLU Hochschule Luzern

Departement Soziale Arbeit
Institut für Sozialpädagogik und Sozialpolitik

40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz

Julia Richter
Manuela Eder
Nikola Koschmieder
Suzanne Lischer
Shiva Stucki-Sabeti

FH Zentralschweiz

Die vorliegende Publikation wurde dank der Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz und des Interdisziplinären Netzwerks «Gesundheit» der Hochschule Luzern ermöglicht.

Zitiervorschlag
Richter, J., Eder, M., Koschmieder, N., Lischer, S. & Stucki-Sabeti, S. (2026). 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz. Hochschule Luzern.

Projektleitung
Dr. Julia Richter, Departement Soziale Arbeit

Kontakt für Rückfragen

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit
Dr. Julia Richter

041 376 49 65
julia.richter@hslu.ch



© 06.2026, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

40 Jahre Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung: Vorwort

Vor vierzig Jahren wurde die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation verabschiedet. Das ist ein guter Anlass, ihre Bedeutung für die Schweiz und für unser Verständnis von Gesundheit zu reflektieren. Die Charta hat einen grundlegenden Paradigmenwechsel eingeleitet – weg von einer rein medizinisch geprägten Sichtweise hin zu einem umfassenden und positiven Gesundheitsbegriff. Und sie bildet eine bedeutende Grundlage für das Handlungsfeld der Gesundheitsförderung.

Aktuelle gesellschaftliche Herausforderungen – Globalisierung, digitale Transformation, demografische Veränderungen sowie zunehmende soziale und ökologische Belastungen – zeigen, dass die Leitgedanken der Charta heute aktueller sind, denn je. Gesundheitsförderung wird hier als eine Querschnittsaufgabe verstanden, die alle politischen Ebenen und gesellschaftlichen Akteure einbindet und damit nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitssystems ist. Gesundheitsförderung betrifft auch den Sozialbereich, die Bildung, die Wirtschaft, die Umweltpolitik oder die Arbeitswelt.

Die Frage, wie Krankheiten verhindert und Gesundheit gefördert werden kann, ist auch in der Schweiz von grosser Relevanz. Deutlich wird dies beim Blick auf die steigenden Gesundheitskosten, das Älterwerden der Gesellschaft und die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. So leben hierzulande rund 37 % aller Menschen ab 15 Jahren mit mindestens einer der fünf häufigsten NCD. Entsprechend hoch sind die damit verbundenen Kosten: Im Jahre 2022 verursachten nichtübertragbare Krankheiten direkte Krankheitskosten in der Höhe von 65,7 Milliarden Franken sowie Produktionsverluste in der Höhe von 42,9 Milliarden (ZHAW, 2025). Durch evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich die Krankheitslast nichtübertragbarer Krankheiten reduzieren und die Kosteneffizienz im Gesundheitswesen verbessern.

Die vorliegende Publikation wirft einen Blick auf die Umsetzung der Charta in der Schweiz in den vergangenen vierzig Jahren. Damit lädt sie uns ein, uns mit den konzeptuellen Wurzeln der Gesundheitsförderung und ihrer Anwendung in der Praxis auseinanderzusetzen. Gleichzeitig schafft sie die Grundlage, um den Blick nach vorne zu richten: Wie kann die Gesundheitsförderung mit neuen gesellschaftlichen und globalen Herausforderungen umgehen? Welche Weichenstellungen sind nötig, um die Prinzipien der Ottawa-Charta in der Schweiz weiterzuführen und zu vertiefen? Wie können wir sicherstellen, dass die vielfältigen Potenziale der Gesundheitsförderung im Schweizer Kontext noch besser ausgeschöpft werden?

Für die Beantwortung dieser Fragen und die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention braucht es auch in Zukunft den Dialog und die Zusammenarbeit aller Staatsebenen.

Lukas Engelberger, Regierungsrat Kanton Basel-Stadt und Präsident Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung: 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz 1
1.1 Historische Entwicklung der Ottawa-Charta 1
1.2 Ziele und Inhalt der Publikation 5

2 Handlungsfeld «Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln» 6
2.1 Einführung in das Handlungsfeld 6
2.2 Umsetzung des Handlungsfeldes in der Schweiz 9
2.2.1 Die Umsetzung auf nationaler Ebene: Grundlagen 9
2.2.2 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in den Kantonen 11
2.2.3 Gemeinden als wichtige Akteurinnen 12
2.3 Herausforderungen 13
2.4 Fazit 14

3 Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen» 19
3.1 Einführung in das Handlungsfeld: Lebenswelten gesund gestalten 19
3.2 Umsetzung des Handlungsfeldes in der Schweiz 22
3.2.1 Politische, gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen 22
3.2.2 Die Umsetzung des Setting-Ansatzes konkret: Das Beispiel Ernährung 24
3.3 Herausforderungen und Erfolgsfaktoren 26
3.4 Fazit 26

4 Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen» 32
4.1 Einführung in das Handlungsfeld: Betroffene zu Expert:innen machen 32
4.2 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen in der Schweiz 35
4.2.1 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen: Nationale Ebene 36
4.2.2 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen: Kantonale und kommunale Ebene 37
4.3 Fazit 38

5 Handlungsfeld «Persönliche Kompetenzen entwickeln» 44
5.1 Einführung in das Handlungsfeld 44
5.1.1 Relationale und organisationale Gesundheitskompetenz 45
5.2 Die Förderung von Gesundheitskompetenzen: Umsetzung in der Schweiz 47
5.2.1 Gesundheitsfördernde Schulen 48
5.2.2 Netzwerke und Allianzen 49
5.3 Fazit 49

6 Handlungsfeld «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» 54

6.1 Einführung in das Handlungsfeld 54
6.1.1 Relevanz des Handlungsfeldes 56
6.1.2 Theoretische Grundlagen 57
6.2 Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Umsetzung in der Schweiz 58
6.2.1 Politische, gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen 58
6.2.2 Beteiligte Akteur:innen und Programme 59
6.2.3 Digitale Transformation als Chance 60
6.3 Herausforderungen und Erfolgsfaktoren 60
6.4 Fazit 62

7 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz: Fazit 69

Literaturverzeichnis 71

1 Einführung: 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz

Julia Richter

Seit der Verabschiedung der «Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung» durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 21. November 1986 wurde die Welt mit tiefgreifenden Veränderungen konfrontiert: Die Globalisierung, der technologische Fortschritt, Künstliche Intelligenz, der Klimawandel und die demografische Alterung der Gesellschaft in Industrieländern haben zu vielschichtigen Transformationen geführt, die auch für die Gesundheit von grosser Bedeutung sind. Chronische, nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs oder Atemwegserkrankungen nehmen zu (WHO, 2024a). Mit Hitzewellen, Luftverschmutzung und Überschwemmungen stellt auch der Klimawandel ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar – insbesondere in Bezug auf vulnerable Personen (WHO, 2023b). Markant ist zudem der Anstieg psychischer Erkrankungen, die häufig auf Stress, Informationsüberflutung und Leistungsdruck zurückzuführen sind. Obwohl sich der Gesundheitszustand auf globaler Ebene in den letzten 40 Jahren insgesamt verbessert hat, steigen die Ungleichheiten in Bezug auf die Chancen, ein gesundes Leben führen zu können (WHO, 2025b).

Trotz des beschleunigten gesellschaftlichen Wandels hat die Kernbotschaft der Ottawa-Charta auch nach 40 Jahren nicht an Aktualität eingebüsst. Die in der Charta adressierte Frage, wie Menschen gesund bleiben und wie ihre gesundheitsförderlichen Ressourcen gestärkt werden können, ist vor dem Hintergrund der oben skizzierten Entwicklungen von hoher Relevanz. Auch das Fundament der Gesundheitsförderung – die Ausrichtung an den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie an den sozialen und wirtschaftlichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit – wurde in der Ottawa-Charta 1986 festgehalten. Damit gilt die Vereinbarung bis heute als bedeutender Referenz- und Orientierungsrahmen für gesundheitsförderliches Handeln.

Die vorliegende Publikation beleuchtet kritisch, wie die Ottawa-Charta und ihre fünf Handlungsfelder in der Schweiz umgesetzt werden. Zur theoretischen Fundierung wird in diesem einführenden Kapitel ein Blick auf die Entstehungsgeschichte der Charta und auf ihre konzeptuellen Grundlagen geworfen. Dafür werden die historische Entwicklung und die theoretischen Grundlagen der Charta adressiert und ihr Inhalt mit Blick auf die Handlungsstrategien und Handlungsfelder umrissen (1.1). Anschliessend werden die Ziele und der Inhalt der vorliegenden Publikation beleuchtet (1.2).

1.1 Historische Entwicklung der Ottawa-Charta

Der Blick auf die Entstehungsgeschichte der Ottawa-Charta ermöglicht ein fundiertes Verständnis des Kontextes, in dem die Gesundheitsförderung an Kontur und internationaler strategischer Verbindlichkeit gewann. Der Verabschiedung der Ottawa-Charta gingen fast zwei Jahrzehnte kritischer Auseinandersetzung mit dem biomedizinisch und kurativ ausgerichteten Gesundheitssystem voraus. Die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit sowie sozialepidemiologische Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen aus Gesundheitsförderungsprojekten machten deutlich, dass Gesundheit wesentlich durch

sozioökonomische Einflussfaktoren wie Einkommen, Wohnort, Bildungsstand und Arbeitsbedingungen beeinflusst wird. Diesem Verständnis von Gesundheit als komplexes Zusammenspiel psychosozialer und sozioökonomischer Ressourcen wurde durch die biomedizinische Perspektive, die Krankheiten als monokausal und individualmedizinisch behandelbar betrachtete, nicht ausreichend Rechnung getragen (Rosenbrock, 1998; Ruckstuhl, 2020).

Diese Entwicklungen spiegelten sich in der Arbeit der WHO wider. Die 1978 verabschiedete Erklärung von Alma-Ata richtete den Blick auf gesundheitliche Ungleichheiten und bestärkte den Grundsatz von Gesundheit als einem Menschenrecht, dessen Realisierung sowohl vom Gesundheits- als auch vom Sozial- und Wirtschaftssystem abhängt (WHO, 1978). Die Erklärung von Alma-Ata formulierte Grundsätze, die später in die Ottawa-Charta aufgenommen wurden und im Kontext der Gesundheitsförderung auch heute noch bedeutsam sind: der Fokus auf die sozioökonomischen Einflussfaktoren, ein partizipatives Rollenverständnis, die multisektorielle Zusammenarbeit und die Orientierung an kleinen sozialen Einheiten («communities») als Gestaltungs- und Resonanzraum für die Gesundheit (Ruckstuhl, 2020; WHO, 1978).

Die in der Erklärung von Alma-Ata verankerten Grundsätze wurden zum Ausgangspunkt für die Entwicklung und Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986. Mit ihren fünf Handlungsfeldern gesundheitsfördernde Gesamtpolitik, gesundheitsfördernde Lebenswelten, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen, persönliche Kompetenzen sowie Neuorientierung der Gesundheitsdienste und ihren drei Handlungsstrategien befähigen (*enable*), vernetzen (*mediate*), und Interessen vertreten (*advocate*) stellte die Charta eine inhaltliche Bündelung der neuen Ansätze, Normen und Wertevorstellungen in Bezug auf die Gesundheit dar (Ruckstuhl, 2021). Sie wurde als «subversives Konzept» (Deschamps, 2003) und als «Kristallisationspunkt» (Altgeld & Kolip, 2018, S. 61) eines neuen Gesundheitsverständnisses wahrgenommen und stellte den Ausgangspunkt für die Entwicklung von Gesundheitsförderungsstrategien auf internationaler und nationaler Ebene dar. Kernbestandteil dieses neuen Gesundheitsverständnisses war, dass Gesundheit als eine in den Lebenswelten der Menschen geschaffene und aufrechterhaltene Ressource verstanden und zur Angelegenheit aller Menschen wird – nicht nur des Gesundheitssystems (Mouyart, 2012). In Abgrenzung zur vorherrschenden biomedizinischen Sichtweise definierte die Ottawa-Charta Gesundheit als positives und umfassendes Konzept, das von den Menschen selbst in ihrem Alltag geschaffen wird – dort wo sie «spielen, lernen, arbeiten und lieben» (WHO, 1986).

Eine für die Entwicklung der Charta wegweisende theoretische Grundlage war die Salutogenese, die in der Ottawa-Charta zwar nicht explizit erwähnt, deren konzeptioneller Einfluss aber dennoch deutlich wird (Ruckstuhl, 2021, S. 41). Das von Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren entwickelte Konzept wandte sich von einer pathogenetischen und risikofaktoren- bzw. krankheitsorientierten hin zu einer salutogenetischen, ressourcenorientierten Perspektive. Im Zentrum stand damit nicht die Frage, was die Menschen krank macht, sondern wie sie trotz Risiken und Belastungen in ihrem Alltag gesund bleiben können (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2023). In der Ottawa-Charta spiegelt sich dieses Konzept, indem auf die Förderung von Ressourcen, auf eine positive Konzeption von Gesundheit und auf die Befähigung und Partizipation der Betroffenen selbst gesetzt wird (Faltermaier, 2023).

Definition von Gesundheitsförderung und Handlungsstrategien

In der Ottawa-Charta findet sich die bis heute wichtigste Definition von Gesundheitsförderung. Diese wird definiert als ein Prozess, der darauf abzielt, «allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» (WHO, 1986, S. 1). Dabei wird der WHO-Definition von Gesundheit als körperlichem, geistigem und sozialem Wohlergehen Rechnung getragen (WHO, 1948). Gesundheit wird hier als ein Bestandteil des alltäglichen Lebens aufgefasst, das soziale und individuelle Ressourcen gleichermassen berücksichtigt. Daraus folgt, dass Gesundheit nicht nur im Gesundheitssektor mitgedacht, sondern als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe verstanden werden muss, die sich über alle Politikbereiche erstreckt. Präzisiert und ergänzt wird die Definition von Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta durch drei Handlungsstrategien (vgl. Infobox) sowie die in der vorliegenden Publikation beschriebenen Handlungsfelder.

Die Handlungsstrategien der Ottawa-Charta

Die in der Ottawa-Charta definierten Handlungsstrategien bilden die Grundlage für die Handlungsfelder und sind als Querschnittsdimension zu verstehen, die sich über alle Dimensionen des gesundheitsförderlichen Handelns erstreckt. Im Folgenden werden deshalb die drei Handlungsstrategien «Interessen vertreten» (*advocate*), «befähigen und ermöglichen» (*enable*) und «vermitteln und vernetzen» (*mediate*) kurz beleuchtet.

- *Advocate*: Die Handlungsstrategie «Interessen vertreten» (advocate) bedeutet das aktive Eintreten für gesundheitliche Belange und die Verbesserung der gesellschaftlichen Bedingungen, die Gesundheit ermöglichen oder behindern. Mit dieser Handlungsstrategie wird betont, dass Gesundheit nicht nur vom individuellen Verhalten abhängt, sondern wesentlich durch soziale, wirtschaftliche und ökologische Faktoren geprägt wird. Die Strategie *advocate* umfasst daher beispielsweise das Sichtbarmachen gesundheitlicher Ungleichheiten, das Anstossen öffentlicher Diskussionen und das Einfordern politischer Entscheidungen, die faire Chancen auf Gesundheit schaffen. Besonders wichtig ist dabei die Vertretung der Interessen benachteiligter oder vulnerabler Bevölkerungsgruppen, die selbst häufig keinen ausreichenden Zugang zu politischer Einflussnahme haben (vgl. dazu auch Böhm, 2025; WHO, 1986).

- *Enable*: Um ein höheres Mass an Selbstbestimmung über die Gesundheit zu ermöglichen, sollen die Handlungsmöglichkeiten der Menschen so erweitert werden, dass sie relevante Gesundheitsdeterminanten selbst gestalten und beeinflussen können. Darin wird der Kerngedanke der Handlungsstrategie «befähigen und ermöglichen» (enable) zum Ausdruck gebracht, die die Konzepte von «Empowerment» und «Partizipation» in sich vereint. In der Handlungsstrategie wird zudem betont, dass Gesundheitsförderung den Fokus auf gesundheitliche Chancengleichheit legt und die Voraussetzungen schaffen möchte, in denen alle Menschen ihr «grösstmögliches Gesundheitspotenzial» verwirklichen können (WHO, 1986). In ihren Handlungsfeldern nennt die Ottawa-Charta einige Voraussetzungen, die zur Befähigung der Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit beitragen: eine unterstützende soziale Umwelt (vgl. Kapitel 4 zum Handlungsfeld «gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen»), Zugang zu relevanten Informationen, praktische Fähigkeiten (vgl. Kapitel 5 zum Handlungsfeld «persönliche Kompetenzen entwickeln») und Entscheidungsmacht über die eigene Gesundheit und damit über das eigene Leben (WHO, 1986).

- *Mediate*: In der Ottawa-Charta beschreibt die Handlungsstrategie «vermitteln und vernetzen» (mediate) die Aufgabe, unterschiedlichste Interessen, Perspektiven und Akteure zusammenzubringen, um gemeinsame Lösungen für gesundheitsförderliche Lebensbedingungen zu entwickeln. Da Entscheidungen über Gesundheit immer in komplexen politischen und gesellschaftlichen Kontexten getroffen werden, ist das Vermitteln zwischen staatlichen Institutionen, Wirtschaft, Zivilgesellschaft, Gesundheitswesen und der Bevölkerung zentral. *Mediate* bedeutet daher, potenzielle Konflikte auszugleichen und Kompromisse und Verständigungsprozesse zu fördern, damit gesundheitsförderliche Entscheidungen möglich werden (WHO, 1986).

1.2 Ziele und Inhalt der Publikation

Die Resonanz auf die Verabschiedung der Ottawa-Charta war sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis gross, da sie einen Paradigmenwechsel in Bezug auf die gesellschaftlichen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit darstellte. In der vorliegenden Publikation wird die Frage diskutiert, welche Bedeutung die Ottawa-Charta im Schweizer Kontext hat und inwieweit die Handlungsfelder der Charta in der Schweiz in den letzten 40 Jahren umgesetzt worden sind. Dazu werden in jedem Kapitel die Grundlagen des Handlungsfeldes sowie der Umsetzungskontext in der Schweiz beleuchtet. Unter Bezugnahme auf konkrete Fallbeispiele wird zudem illustriert, wie sich die Implementierung der Charta in konkreten Projekten zeigt.

Kapitel 2 beschreibt das Handlungsfeld der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und zeigt die Relevanz eines sektorübergreifenden, interdisziplinären Denkens und Handelns für die Gesundheit auf. Kapitel 3 adressiert das Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen». Dieses Handlungsfeld ist gleichbedeutend mit dem Setting-Ansatz, der eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung darstellt und der die Lebens- und Arbeitsbedingungen als zentrale Einflussfaktoren für die Gesundheit anerkennt. In Kapitel 4 wird das Handlungsfeld der «Gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen» beschrieben. Im Fokus steht hier der Einbezug lokaler Gemeinschaften und die Relevanz von Partizipation und Empowerment in der Gesundheitsförderung. Kapitel 5 analysiert das Handlungsfeld «Persönliche Kompetenzen entwickeln». Im Sinne der Handlungsstrategie *enable* sollen Menschen durch die Entwicklung persönlicher Kompetenzen unterstützt werden, Fähigkeiten und Wissen zu erwerben, die ihnen ein gesundes Leben ermöglichen. Kapitel 6 adressiert das Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren». Das Handlungsfeld zeigt auf, dass das Gesundheitssystem nicht nur auf die Behandlung von Krankheiten fokussieren, sondern aktiv dazu beitragen sollte, Gesundheit zu fördern und Krankheiten zu verhindern.

Damit gibt die vorliegende Publikation einen Einblick in die Handlungspotenziale der Gesundheitsförderung im Schweizer Kontext und bietet einen Überblick über die vielseitige Akteurs- und Projektlandschaft, deren Heterogenität durch das föderalistische System der Schweiz besonders ausgeprägt ist. Gleichzeitig zeigt die Publikation auch, wo im Hinblick auf die Umsetzung der Charta noch Raum für Optimierungen besteht.

Ziel der Publikation ist es zudem, Missverständnissen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung im öffentlichen Diskurs entgegenzuwirken. Denn in der politischen Debatte wird häufig die Bedeutung der Eigenverantwortung und der individuellen Freiheit hervorgehoben, was zu einer Ablehnung staatlicher Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention führt (vgl. z. B. Lückenbach et al., 2023, S. 228). Eine Analyse der Projekte und Aktivitäten aus der Perspektive der Ottawa-Charta kann die Relevanz gesundheitsförderlicher Interventionen aufzeigen und diese in Verbindung mit dem gesellschaftlichen Diskurs stellen. Denn zu den Kernelementen der Ottawa-Charta gehört die Stärkung der Eigenverantwortung und Handlungsfähigkeit der Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit durch Empowerment und Partizipation.

2 Handlungsfeld «Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln»

Julia Richter

«Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politiker:innen müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für Gesundheitsförderung verdeutlicht werden.

Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Massnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer grösseren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen.

Eine Politik der Gesundheitsförderung muss Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muss Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessensgegensätze bereitstellen. Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.»
(WHO, 1986)

2.1 Einführung in das Handlungsfeld

Grundlegende Voraussetzungen für ein gesundes Leben sind nicht nur ein funktionierendes Gesundheitssystem und verantwortungsvolle, gesundheitsbewusste Individuen. Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen werden in vielen anderen Bereichen geschaffen: durch sichere Fahrradwege, einen gesetzlichen Schutz vor Passivrauchen, eine familienfreundliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen oder mit der Reduktion der Feinstaubbelastung in Innenstädten. Wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit sind zudem Bildung, Einkommen, Chancengleichheit, Frieden und ein stabiles Ökosystem (WHO, 1986).

Vor diesem Hintergrund steht das Handlungsfeld der «Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik» der Ottawa-Charta, das Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe versteht, die sich über alle Politikbereiche und auf verschiedene Ebenen erstreckt. Durch ihren intersektoralen Ansatz bildet die «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik» das Fundament für alle weiteren Handlungsfelder der Charta (vgl. dazu auch Ruckstuhl, 2021). Mit der Idee, dass alle Politiksektoren Verantwortung für gesundheitliche Belange tragen, wird

das Handlungsfeld seit den 2000er-Jahren zunehmend auch unter dem Ansatz «Health in all Policies» zusammengefasst (Geene, 2021; Geene et al., 2022; Köckler & Geene, 2022; Naidoo & Wills, 2019). Zudem ist die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eng mit den in der Einleitung (vgl. Kapitel 1) definierten Handlungsstrategien verknüpft: Die Vernetzung zahlreicher politischer und privater Akteur:innen auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene ist von grosser Bedeutung (Handlungsstrategie *mediate*), und im Zentrum des Handlungsfeldes steht das anwaltschaftliche Eintreten für gesundheitsförderliche Verhältnisse *(*Handlungsstrategie *advocate)*.

Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren

Die Grundannahme des Handlungsfeldes ist, dass Gesundheit massgeblich durch soziale, politische und ökonomische Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Damit steht es in enger Verbindung zum Gesundheitsbegriff der WHO, die Gesundheit als einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert und den sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit – strukturellen Faktoren wie Arbeits- und Lebensbedingungen – eine zentrale Bedeutung einräumt (Commission on Social Determinants of Health, 2008, S. 110; Dahlgren & Whitehead, 1991, 2021; WHO, 1948). Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik anerkennt diese Determinanten und integriert Gesundheitsanliegen in alle Politikbereiche mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren.

Gesundheitsfördernde Faktoren stärken

Neben der Sensibilisierung für gesundheitliche Aspekte in allen Politikbereichen ist es Aufgabe der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Faktoren zu identifizieren, die einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebensbedingungen der Bevölkerung entgegenstehen. Anschliessend werden Lösungsansätze definiert mit dem Ziel, die Verhältnisse so zu gestalten, dass die gesundheitsförderlichen Entscheidungen die leichtere Wahl sind (WHO, 1986, S. 3). Damit zielt das Handlungsfeld primär auf die Verhältnisebene und folgt der Prämisse, dass die Verhältnisse einen unmittelbaren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Menschen haben.

In der Ottawa-Charta werden in diesem Kontext verschiedene Elemente aufgezeigt, die durch gemeinsames, koordiniertes Handeln vorangetrieben werden sollen und die in den folgenden Abschnitten detaillierter beleuchtet werden: (a) Gesetzesinitiativen und steuerliche Massnahmen sowie (b) organisatorisch-strukturelle Veränderungen (WHO, 1986, S. 3).

(a) *Gesetzesinitiativen und steuerliche Massnahmen:* Eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik kann durch gesetzliche Verbote vorangetrieben werden, beispielsweise durch Rauchverbote in öffentlichen Räumen, ein Verbot gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen oder eine zeitliche Einschränkung des Alkoholverkaufs. Eine weitere Interventionsmöglichkeit auf gesetzlicher Ebene ist die Regulierung von Werbung. Deren Bedeutung zeigt sich deutlich bei der Werbung für Tabakprodukte, die sich an Jugendliche richtet und die nachweislich dazu beiträgt, dass diese mit dem Rauchen beginnen (Lovato et al., 2011). Ein Lösungsansatz ist die gesetzliche Einschränkung von Tabakwerbung, die gezielt Kinder und Jugendliche anspricht (vgl. dazu auch Kahnert et al., 2019). Eine solche Einschränkung wurde im Schweizer Kontext mit der Volksabstimmung zur Initiative «Kinder ohne Tabak» im Februar 2022 von der Stimmbevölkerung angenommen (Bundeskanzlei, 2025). Zu den Interventionen auf Gesetzesebene gehören zudem steuerliche Massnahmen, die

negative Anreize setzen können, etwa durch eine Besteuerung ungesunder Produkte wie Zigaretten, Zucker oder Alkohol. Möglich sind auch positive Anreize, etwa steuerliche Abzüge für Sportkurse für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien (vgl. dazu Weber, 2020, S. 71) oder Steuererleichterungen für Unternehmen, die in Gesundheitsförderung investieren (AOK, 2025).

(b) *Organisatorische und strukturelle Veränderungen:* Organisatorische und strukturelle Veränderungen bedeuten in diesem Kontext beispielsweise, dass Wahlmöglichkeiten auf organisationaler Ebene gesundheitsförderlich gestaltet werden, etwa beim Anbieten von gesunden Snacks in Automaten oder kostenlosem Wasser in der Kantine am Arbeitsplatz. Weitere Beispiele für Massnahmen auf struktureller Ebene sind eine gesundheitsförderliche Verkehrs- und Raumplanung sowie eine integrierte Stadt- und Quartiersentwicklung. Diese können Einfluss auf die Anreize haben, sich mit Fuss- und Langsamverkehr fortzubewegen oder statt dem Auto ein öffentliches Verkehrsmittel zu nehmen (Geene et al., 2022; McDaid et al., 2015, S. 14). Auch das Schaffen und Erhalten von Grünflächen in Städten, die Bewegung und Entspannung niederschwellig fördern, und die Vergünstigung regionaler, gesunder Lebensmittel sind Beispiele für strukturelle Massnahmen. Hier zeigt sich die enge Verbindung zwischen dem Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik» und dem Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten», wobei ersteres als Instrument zur Förderung gesundheitsförderlicher Lebenswelten verstanden werden kann (Geene et al., 2022).

Gesundheitliche Folgen politischen Handelns aufzeigen

Ein Bestandteil des Handlungsfeldes ist zudem, dass den Politiker:innen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre damit verbundene Verantwortung verdeutlicht werden müssen (WHO, 1986, S. 3). Ein zentrales Instrument ist dabei das Health Impact Assessment (HIA) (WHO, 2023a). Mit dem Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zur schützen, werden mit dem HIA politische Entscheidungen auf ihre potenziellen gesundheitlichen Folgen geprüft. Damit werden alle Politikbereiche in die Verantwortung genommen und es entsteht eine Rechenschaftspflicht für die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Massnahmen, wie sie bereits an der zweiten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung in Adelaide im Jahr 1988 gefordert wurde (WHO, 1988).

HIA finden oft in Bereichen ausserhalb des Gesundheitssektors statt – etwa bei der Untersuchung gesundheitlicher Folgen von Wohnungsbau-, Wirtschafts- oder Verkehrsentwicklungsprojekten (Mekel, 2020, S. 379). Einen Orientierungspunkt bilden dabei die sozialen und wirtschaftlichen Determinanten der Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene (Linden & Töppich, 2021; Naidoo & Wills, 2019). Relevant sind zudem ökologische Faktoren – beispielsweise bei der Analyse von Gesundheitsfolgen, die durch Umweltbelastungen wie Pestizide oder Kohlekraftwerke entstehen können. Auch die Luftqualität und die Lärmbelastung sind für die Gesundheit von grosser Bedeutung (Naidoo & Wills, 2019, S. 367f.).

Bedeutung des Handlungsfeldes

Die Relevanz des Handlungsfeldes «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik» ist besonders gross, weil reine Verhaltensprävention – etwa Gesundheitserziehung in Schulen – häufig nicht die gewünschten Ergebnisse erzielt, wenn die Lebensbedingungen strukturell ungesund bleiben (z. B. fehlende sichere Bewegungsräume, ungesunde Arbeitsbedingungen, Armut). Daher gilt

Verhältnisprävention – also strukturelle Veränderungen durch intersektoral vernetzte politische Massnahmen – als notwendige Ergänzung zur individuellen Ebene (vgl. dazu auch Kapitel 3 zur Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten). Massnahmen auf politischer Ebene, die auf gesetzlichem oder strategischem Weg gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen, haben zudem eine hohe Reichweite und Verbindlichkeit (Ackermann & Amstad, 2022, S. 49) und tragen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit bei (Casteyde & Velarde, 2025, S. 3). Das zeigt, dass die Kernidee der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Gesundheit in allen Politikbereichen mitzudenken und Synergien zu nutzen, nach wie vor ein grosses Potenzial hat.

2.2 Umsetzung des Handlungsfeldes in der Schweiz

Wie in Kapitel 2.1 aufgezeigt wurde, lassen sich durch Gesetzesinitiativen, steuerliche Massnahmen sowie durch strukturelle und organisatorische Veränderungen in verschiedenen Politiksektoren gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen, die dem Handlungsfeld der «Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik» entsprechen. In den folgenden Unterkapiteln wird die Umsetzung des Handlungsfeldes im Schweizer Kontext beleuchtet. Dabei zeigt sich, dass die Schweiz in Bezug auf die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik Fortschritte erzielt hat. Die ganzheitliche Umsetzung und Integration einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in allen politischen Bereichen bleibt jedoch eine Herausforderung.

Die Gesundheitspolitik in der Schweiz ist durch den Föderalismus geprägt. Der Bund, die Kantone und die Gemeinden teilen sich die Verantwortung, gemeinsam mit einer Vielzahl von privaten Akteur:innen, die Einfluss auf die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik nehmen. Deshalb wird in den folgenden Unterkapiteln die Umsetzung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene beleuchtet.

2.2.1 Die Umsetzung auf nationaler Ebene: Grundlagen

Gesundheitsfragen erstrecken sich in der Schweiz aufgrund verfassungsrechtlicher Zuständigkeiten auf verschiedene Politiksektoren. Gesundheitsrelevante Bundeskompetenzen umfassen beispielsweise das Erlassen gesetzlicher Vorschriften zum Umgang mit Lebensmitteln und Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, die die Gesundheit gefährden können. Dazu gehören auch die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren, das Verbot von Werbung für Tabakprodukte, die Kinder und Jugendliche erreicht, sowie der Strahlenschutz (Art. 118 BV). Relevant sind in diesem Zusammenhang auch die Verfassungsbestimmungen zum Schutz von Arbeitnehmenden (Art. 110 BV), zur Sportförderung (Art. 68 BV) oder zur Alkoholgesetzgebung (Art. 105 BV).

Diese verfassungsrechtlichen Grundlagen werden mit einer Vielzahl von Gesetzen in die Praxis überführt – beispielsweise im Lebensmittel-, Epidemien-, Strahlenschutz- oder im Betäubungsmittelgesetz. Die Zuständigkeiten liegen auf nationaler Ebene bei unterschiedlichen Bundesämtern wie dem Bundesamt für Gesundheit, dem Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, dem Bundesamt für Sport oder dem Staatssekretariat für Wirtschaft.

In der Aufteilung der Verantwortung für gesundheitspolitische Themen auf verschiedene Departemente zeigt sich, dass Gesundheit ein Querschnittsthema ist, das sich über sämtliche Lebensbereiche erstreckt. Unterschiedliche departementale Zuständigkeiten lassen jedoch nicht auf eine erfolgreiche Umsetzung des Handlungsfeldes der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in der Schweiz schliessen. Punktuell werden zwar Synergien zwischen verschiedenen Bundesämtern für die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten genutzt (vgl. Beispiel 1). Gleichzeitig zeigen sich eine hohe Fragmentierung, unterschiedliche Prioritätensetzungen und ein Silodenken, die einer übergeordneten Vision einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik entgegenlaufen (Casteyde & Velarde, 2025, S. 9f.; Monod et al., 2024, S. 25).

Gesundheitsförderung im Krankenversicherungsgesetz

Relevant für die Umsetzung des Handlungsfeldes der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ist auch die gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsförderung, die in der Schweiz auf nationaler Ebene im Krankenversicherungsgesetz verankert ist. Dieses sieht die Etablierung und Finanzierung einer nationalen Organisation vor, die Massnahmen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung anregt, koordiniert und evaluiert (vgl. Art. 19 KVG). Diese Funktion wird seit 1989 durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz übernommen, die einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in der Schweiz leistet.

Mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen für die Menschen in der Schweiz gesundheitsförderlich zu gestalten, unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz verschiedene Akteur:innen durch Initiierungs- und Koordinationsaktivitäten (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024). Auch in den von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Kantonalen Aktionsprogrammen werden kantonale Massnahmen im Bereich «Policy» unterstützt, welche darauf abzielen, Rahmenbedingungen nachhaltig so zu verändern, dass ein gesundheitsförderlicher und aktiver Lebensstil begünstigt wird (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-f). Im Bereich der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik kommt Gesundheitsförderung Schweiz damit auf nationaler Ebene eine Schnittstellen- und Koordinationsfunktion zu, in der gesundheitsförderliche Anliegen eingebracht und sektorenübergreifende Kooperation ermöglicht werden.

Gesundheitspolitische Strategien

Mit gesundheitspolitischen Strategien setzt der Bund in Zusammenarbeit mit den Kantonen Schwerpunkte und schafft Referenzrahmen und Orientierung für die Gesundheitspolitik auf nationaler und kantonaler Ebene. Im Kontext des Handlungsfeldes der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik sind verschiedene Strategien von Bedeutung, von denen an dieser Stelle zwei exemplarisch beleuchtet werden.

Gesundheit2030: In der gesundheitspolitischen Strategie «Gesundheit2030» des Bundesrats werden die Herausforderungen der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik herausgearbeitet. Obwohl Politikbereiche wie beispielsweise Umwelt, Verkehr, Wirtschaft oder Raumplanung einen grossen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben, fokussieren sie mehr auf ihre Kernbereiche als auf die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Aktivitäten. Gesundheitsbezogene Argumente könnten jedoch auch dazu beitragen, die jeweiligen Kernanliegen voranzutreiben. Die Strategie «Gesundheit2030» fordert deshalb, dass

Synergien zwischen den Politikbereichen auf Bundesebene besser genutzt werden sollen, um einen Beitrag zugunsten der Gesundheit der Bevölkerung leisten zu können (BAG, 2019).

Die Realisierung dieses Ziels widerspiegelt sich teilweise in den Massnahmen, die zur Umsetzung der Strategie «Gesundheit2030» ergriffen wurden (BAG, ohne Datum-b). Ein Beispiel ist die «Roadmap zu Umwelt und Gesundheit», die vom Bundesamt für Gesundheit unter Beteiligung von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit dem Bundesamt für Umwelt umgesetzt wird. Hier werden die Verknüpfungen zwischen der Umwelt und der Gesundheit sichtbar gemacht, beispielsweise beim Einfluss von Biodiversität und einer attraktiven Landschaft auf das Bewegungsverhalten und auf die physische und psychische Gesundheit (BAG, ohne Datum-a). Im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik agiert auch das Netzwerk hepa (health enhancing physical activity), das vom Bundesamt für Sport, dem Bundesamt für Gesundheit, von Gesundheitsförderung Schweiz sowie der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) getragen wird. Die Bewegungsempfehlungen von hepa sowie die vorgeschlagenen politischen Massnahmen zur Förderung der Bewegung bilden einen Teil der Umsetzung der Strategie «Gesundheit2030» (BASPO et al., 2022).

NCD-Strategie: Auch in der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, die von den Trägerorganisationen Gesundheitsförderung Schweiz, Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsdirektor:innenkonferenz koordiniert und gesteuert wird, wird die Verankerung gesundheitsförderlicher Massnahmen in verschiedenen Politikbereichen angestrebt. Dies geht insbesondere aus dem Massnahmenplan hervor, der mit seinen Querschnittsmassnahmen u. a. die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur:innen sowie das Übermitteln von Informationen und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen anstrebt. Relevant sind auch in diesem Kontext beispielsweise das Bundesamt für Gesundheit, das Bundesamt für Sport oder das Bundesamt für Umwelt (BAG et al., 2024, S. 31ff.).

Die thematischen Schwerpunkte für die Umsetzung der NCD-Strategie – psychische Gesundheit, Tabakkonsum und Übergewicht/Adipositas (BAG et al., 2024, S. 9f.) – unterstreichen zusätzlich die Notwendigkeit einer solchen interdisziplinären und sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Beispielsweise ist die Förderung der psychischen Gesundheit als Querschnittsthema in allen Lebens- und Politikbereichen relevant – sowohl in der Sozial-, Familien-, Gesundheits- und Wirtschaftspolitik als auch in der Arbeitswelt und in der Bildung.

2.2.2 Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in den Kantonen

Die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik im Sinne der Ottawa-Charta liegt in der Schweiz in erster Linie in der Verantwortung der Kantone. Ihnen kommt dabei ein grosser Handlungsspielraum zu, insbesondere im Hinblick auf die kantonale Gesetzgebung, auf fiskalische Massnahmen sowie auf die Ausgestaltung der durch Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Kantonalen Aktionsprogramme (Saam, 2021, S. 12).

Die Organisation der Gesundheitsförderung ist auf kantonaler Ebene sehr unterschiedlich geregelt. In einigen Kantonen sind die Fachstellen für Gesundheitsförderung und Suchtprävention in die Kantonsverwaltung integriert, wie beispielsweise in St. Gallen mit der Fachstelle ZEPRA, die Teil des kantonalen Amtes für Gesundheitsvorsorge ist (ZEPRA, ohne Datum). In anderen Kantonen werden entsprechende Aufgaben an private Träger wie beispielsweise die Stiftung «Berner Gesundheit» (Berner Gesundheit, 2024) oder

Gesundheitsförderung Wallis (Gesundheitsförderung Wallis, ohne Datum) delegiert. Die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik findet dabei zunehmend Beachtung: So betont etwa der Kanton Genf (vgl. Beispiel 2), dass die Förderung der Gesundheit einen ganzheitlichen Ansatz erfordert, der verschiedene Politikbereiche miteinander verbindet (Kanton Genf, 2016). Auch in den Gesundheitsstrategien der Kantone Waadt und Freiburg wird auf die Notwendigkeit einer koordinierten Zusammenarbeit verschiedener Politiksektoren zur Förderung der Gesundheit verwiesen (Kanton Freiburg, 2017, S. 5ff.; Kanton Waadt, 2024, S. 16f.).

In den von Gesundheitsförderung Schweiz koordinierten Kantonalen Aktionsprogrammen wird die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik vor allem im Handlungsfeld «Policy» aufgegriffen. Dort sollen regulatorische Bestimmungen, kantonale Gesetze, strategische Grundlagen sowie kantonale Strukturen und Prozesse so gestaltet werden, dass nachhaltige Veränderungen auf struktureller Ebene im Sinne der Gesundheitsförderung erzielt werden können (Gesundheitsförderung Schweiz, 2023, S. 9). Eine Implementierung des Policy-Gedankens findet sich beispielsweise im Kanton Freiburg, wo eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik als strategischer Ankerpunkt definiert wird: Im Programm «Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit» werden in verschiedenen Politikbereichen sektorübergreifende Massnahmen umgesetzt, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung des öffentlichen Raums ermöglichen sollen (Kanton Freiburg, 2025). Auch die Interventionsebene «Vernetzung» ist in diesem Kontext bedeutend: So haben kantonale Aktionsprogramme das Ziel, die Vernetzung und die Nutzung von Synergien verschiedener Akteur:innen zu fördern (Gesundheitsförderung Schweiz, 2023, S. 9). Damit werden die Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik geschaffen.

Health Impact Assessment auf kantonaler Ebene

Das in Kapitel 2.1 beschriebene Instrument des Health Impact Assessment (HIA) konnte sich in der Schweiz auf nationaler Ebene nicht durchsetzen. Mit dem Präventionsgesetz (vgl. Kapitel 2.2.1) hätten die nationalen Grundlagen geschaffen werden sollen, mit denen die gesundheitlichen Folgen gesetzlicher Massnahmen besser eingeschätzt werden können (Favre Kruit & Kessler, 2015). Nach dessen Ablehnung im Jahr 2012 liegt die Integration von HIA weiterhin in der Kompetenz der Kantone und ist auf nationaler Ebene gesetzlich nicht verpflichtend. Punktuell wird sie in den Kantonen umgesetzt, etwa im Kanton Freiburg, der vorsieht, dass die Regierung Gesetzesentwürfe und Beschlüsse daraufhin untersuchen kann, ob sie sich nachteilig auf die Gesundheit auswirken (Art. 3 Abs. 3 Gesundheitsgesetz Kanton Freiburg). Im Kanton Genf gibt es Bestrebungen, eine ähnliche Bestimmung im kantonalen Gesundheitsgesetz zu integrieren (Kanton Genf, 2024). Die Beispiele zeigen, dass die Anwendung des Health Impact Assessment in der Schweiz fragmentiert bleibt und sich bisher nicht flächendeckend etabliert hat (vgl. dazu auch Mattig et al., 2015)

2.2.3 Gemeinden als wichtige Akteurinnen

Neben den Kantonen spielen auch die Gemeinden eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Da sie der Bevölkerung am nächsten stehen, eignen sie sich besonders dafür, alltagsnahe und zielgruppengerechte Angebote zu entwickeln und umzusetzen. In Zusammenarbeit mit Bund und Kantonen führen sie vielfältige Programme durch (vgl. Kapitel 3) und verfügen teilweise über eigene Fachstellen für Prävention und Gesundheitsförderung, wie beispielsweise die Stadt Basel oder die Gemeinde Köniz. Auch im Kanton Graubünden wurden in einzelnen Gemeinden spezifische Beauftragte für Gesundheitsförderung und Prävention eingesetzt.

Die Bedeutung der Gemeinden ergibt sich zudem aus dem Umstand, dass kommunalpolitische Entscheidungen oft erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit haben, selbst wenn sie nicht primär mit diesem Ziel getroffen werden. Dazu zählen unter anderem die Gestaltung von verkehrsberuhigten Strassen, der Ausbau familienergänzender Kinderbetreuung oder das Angebot an Kultur- und Bildungsmöglichkeiten. Gemeinden tragen somit wesentlich dazu bei, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen im direkten Lebensumfeld der Bevölkerung zu schaffen und die Prinzipien der Ottawa-Charta auf lokaler Ebene umzusetzen.

2.3 Herausforderungen

Seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta hat die Umsetzung der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik in der Schweiz in verschiedenen Bereichen Fortschritte erzielt. Gleichzeitig stellen sich Herausforderungen, die zeigen, dass es in diesem Bereich einige Optimierungspotenziale gibt.

Eine Herausforderung liegt in der Fragmentierung der schweizerischen Gesundheitspolitik. Prävention und Gesundheitsförderung liegen weitgehend in der Kompetenz der Kantone, und auch in anderen für die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik relevanten Bereichen ist die Organisation dezentral. Hinzu kommen die Mehrsprachigkeit sowie Unterschiede in den Fachdiskursen zwischen den Sprachregionen, die eine einheitliche Vorgehensweise erschweren (Wettstein et al., 2022). Zudem hat sich gezeigt, dass sich Massnahmen, die im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme in den Kantonen auf Policy-Ebene umgesetzt wurden, nur begrenzt auf andere Kantone übertragen lassen, da die politischen und strukturellen Rahmenbedingungen grosse Unterschiede aufweisen (Ackermann & Amstad, 2022, S. 49).

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Programme im Bereich der Gesundheitsförderung erst langfristig ihre Wirkung zeigen. Um Nachhaltigkeit sicherzustellen, wären dementsprechend auch langfristige und gesicherte finanzielle Mittel erforderlich (Saam, 2021, S. 6). Vor diesem Hintergrund kann es herausfordernd sein, dass Wahlzyklen keine langfristig angelegte strategische Zusammenarbeit fördern und sich Politikbereiche in erster Linie für ihre eigenen Regierungsbereiche zuständig fühlen. Zwischen verschiedenen Politikbereichen gibt es teilweise unterschiedliche Arbeitsweisen, Kulturen und Visionen, und in bestimmten Sektoren ist kaum Bewusstsein für Gesundheitsförderung vorhanden (Casteyde & Velarde, 2025, S. 10). Die Komplexität der Einflussfaktoren und die langfristig angelegten Zeiträume machen es zudem häufig schwierig, die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aufzuzeigen (Altgeld & Kolip, 2018, S. 60; Naidoo & Wills, 2019, S. 372).

In Bezug auf die Finanzierung gesundheitsförderlicher Interventionen gibt es durch die gesetzliche Förderung im Krankenversicherungsgesetz und die Aktivitäten von Gesundheitsförderung Schweiz bereits vielversprechende Grundlagen. Gleichzeitig ist der Anteil der Ausgaben für präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen in der Schweiz mit unter zwei Prozent der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen sehr tief und liegt deutlich unter dem Durchschnitt der OECD-Staaten (OBSAN, 2025a; OECD & WHO, 2011) – dies, obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich überdurchschnittlich viel für das Gesundheitswesen ausgibt (Saam, 2021).

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass Gesetzgebungsprozesse langfristig und komplex und schwierig zu beeinflussen sind. Innerhalb der regulatorischen Vorgaben gibt es aber Handlungsspielräume, die von der kantonalen Verwaltung genutzt werden könnten – z. B.

eine finanzielle Unterstützung gesundheitsförderlicher Angebote (Ackermann & Amstad, 2022, S. 49ff.). Die intersektorale Mobilisierung unterschiedlicher Akteur:innen, sich trotz divergierender Prioritäten für gesundheitsfördernde Massnahmen einzusetzen, ist damit ein grosses Anliegen, in dem sich erneut die Relevanz der Handlungsstrategien *mediate* und *advocate* zeigt.

Im Kontext der hier skizzierten Herausforderungen kam eine Analyse zur Steuerung des Schweizer Gesundheitssystems zum Schluss, dass ein Bundesgesetz über die Gesundheit erforderlich ist, um den fragmentierten rechtlichen Rahmen klarer zu regeln und Gesundheitsförderung und Prävention auf nationaler Ebene verbindlicher zu verankern. Ein Gesundheitsgesetz würde die übergeordneten Ziele des Gesundheitssystems und eine sektorübergreifende Strategie definieren sowie klare Regulierungs- und Kompetenzstrukturen für Bund und Kantone schaffen (Monod et al., 2024). Die Idee eines Gesundheitsgesetzes ist nicht neu: Eine entsprechende Vorlage – das Präventionsgesetz – scheiterte jedoch 2012 im Ständerat, weil das zur Lösung der Ausgabenbremse nötige qualifizierte Mehr um zwei Stimmen verfehlt wurde (Mattig, 2013).

2.4 Fazit

Das Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik» bildet das Fundament der Ottawa-Charta und bleibt auch 40 Jahre nach ihrer Verabschiedung hochaktuell. Es macht deutlich, dass Gesundheit weit über das Gesundheitssystem hinausgeht und von politischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen geprägt ist. Gerade in Zeiten wachsender sozialer Ungleichheit und zunehmender Belastungen durch Klima, Arbeit und Digitalisierung gewinnt dieses Handlungsfeld weiter an Bedeutung.

In der Schweiz konnten in den letzten Jahrzehnten wichtige Fortschritte erzielt werden, etwa durch gesetzliche Regelungen, fiskalische Massnahmen und Kantonale Aktionsprogramme, die gesundheitsförderliche Strukturen verankern. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Umsetzung u. a. durch föderale Strukturen fragmentiert bleibt und dass eine konsequente Verankerung von «Health in All Policies» bislang nur punktuell und in Einzelbeispielen gelingt. Die nachhaltige Stärkung gesundheitsfördernder Rahmenbedingungen erfordert langfristige Investitionen, eine bessere sektorübergreifende Zusammenarbeit und das Bewusstsein, dass gesundheitliche Chancengleichheit nur durch strukturelle Veränderungen erreicht werden kann.

DAS HANDLUNGSFELD «GESUNDHEITSFÖRDERNDE GESAMTPOLITIK» IN DER PRAXIS

Beispiel 1: Gesundheit durch Raumplanung fördern – das Programm «Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung»

In der Verbindung von Raumplanung und Gesundheit zeigt sich das Potenzial einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik. Denn die Gestaltung des öffentlichen Raums hat nachweislich Effekte auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen, die dort leben. So zeigt sich beispielsweise, dass das Fördern und Erhalten von Sportanlagen und Grünflächen insbesondere im städtischen Raum grosse Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Saam, 2021, S. 17). Eine gesundheitsfördernde Raumentwicklung beugt chronischen Krankheiten wie Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder psychischen Belastungen vor, indem sie Bewegung, soziale Teilhabe und einen gesunden Lebensstil begünstigt (Beglinger et al., 2022).

Hier knüpft das Programm «Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung (MoVo)» an, mit dem auf kantonaler, regionaler und lokaler Ebene Ansätze und Methoden gefördert werden, die zur Lebensqualität der Menschen beitragen.Das Programm berücksichtigt gesundheitliche Aspekte bei der Gestaltung von Lebensräumen – etwa durch die Förderung von aktiver Mobilität (z. B. Fuss- und Velowegnetze), Lärmschutz, Zugang zu Erholungsräumen und gesunden Wohnverhältnissen und führt so u. a. gesundheitliche, raumplanerische, verkehrspolitische und wirtschaftliche Aspekte zusammen. Im Rahmen der Modellvorhaben werden Interventionen gefördert, u. a. mit Schwerpunkten zur sport- und bewegungsfreundlichen Gestaltung von Siedlungsräumen oder zum Schaffen nachhaltiger und regionaler Ernährungssysteme (vgl. ARE, ohne Datum). Am Projekt beteiligt sind neun verschiedene Bundesämter (Bundesamt für Raumentwicklung, Bundesamt für Strassen, Bundesamt für Umwelt, Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Kultur, Bundesamt für Sport, Bundesamt für Landwirtschaft, Bundesamt für Wohnungswesen, Staatssekretariat für Wirtschaft). Das Bundesamt für Raumentwicklung leitet das Programm.

Umsetzung 2020-2024
In der Förderungsperiode 2020–2024 wurden u. a. Projekte zum Schwerpunkt «Siedlungen, die kurze Wege, Bewegung und Begegnung fördern» finanziell unterstützt. In verschiedenen Gemeinden wurden sektorübergreifende Projekte realisiert, die Begegnungsräume und ein bewegungsfreundliches Umfeld schaffen und damit einen Beitrag zur physischen und psychischen Gesundheit der Menschen leisten sollen. Ein zentrales Element in der Umsetzung der Projekte war der Einbezug der Bevölkerung vor Ort und der Aufbau breit abgestützter Partnerschaften (Furger & Brusa, 2024).

Beispielsweise setzte sich Yverdon-les-Bains im Kanton Waadt im Rahmen eines Modellvorhabens zum Ziel, dass es für alle Bewohner:innen der Stadt innerhalb von fünf Minuten möglich sein soll, zu Fuss einen Grünraum zu erreichen. Ein Faktor, der besonders für ältere Menschen relevant ist, die durch die immer stärker auftretenden Hitzewellen ihre Gewohnheit verstärken, ihr Zuhause nicht zu verlassen – mit den potenziellen Folgen von Bewegungsmangel und Vereinsamung (Furger & Brusa, 2024; Gemeinde Yverdon-les-Bains, ohne Datum).

Ein weiteres Beispiel ist ein Projekt zur Berücksichtigung von Schleichwegen und Trampelpfaden in der Verkehrsplanung, das von der Stadt Frauenfeld gemeinsam mit Nachbargemeinden umgesetzt wurde. Im Rahmen des Modellvorhabens wurden die vorhandenen Fusswege erfasst. In einem partizipativen Prozess wurde zudem ermittelt, wie sich die Bevölkerung im Alltag bewegt. Basierend auf den so gewonnenen Erkenntnissen wurden verschiedene planerische Anpassungen vorgenommen, die z. B. zwei bisher voneinander getrennte Quartiere mit einem Fussweg verbanden und gefährliche Strassenübergänge verbesserten (Furger & Brusa, 2024).

Bezug zum Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik»
Die bisherigen Erfahrungen mit dem Programm «Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung» zeigen, dass die Verbindung von Raumplanung und Gesundheitsförderung konkrete Resultate hervorbringt. Die systematische Verknüpfung von Zielen aus Raumplanung, Verkehr, Umwelt und Wirtschaft und die Integration von Gesundheit als Querschnittsthema entspricht der Idee der Ottawa-Charta, dass gesundheitsfördernde Strukturen nur im Zusammenspiel verschiedener Politikbereiche entstehen können.

Das sektorübergreifende Vorgehen im Programm der Modellvorhaben entspricht der Grundidee des Handlungsfeldes «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik»: Akteur:innen aus Raumplanung, Gesundheit, Verkehr, Umwelt und Wirtschaft arbeiten zusammen, um gemeinsam Lösungen zu entwickeln, die der Gesundheitsförderung der Bevölkerung dienen und die gesunde Wahl zur einfacheren Wahl machen. Auch mit der Integration partizipativer Elemente wird den Grundsätzen der Ottawa-Charta Rechnung getragen: Durch die aktive Einbindung der Bevölkerung werden Empowerment und Selbstbestimmung der Menschen gestärkt. Insgesamt zeigt das Beispiel der Modellvorhaben für nachhaltige Raumentwicklung damit, dass auch in der Schweiz erfolgreiche Ansätze einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik vorhanden sind.

Weiterführende Informationen:
- Modellvorhaben nachhaltige Raumentwicklung – Webseite des Bundes
- Gemeinde Yverdon-les-Bains: «Projets urbains»
- Regio Frauenfeld: Modellvorhaben «Mein Weg – unser Netz»

Beispiel 2: Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in den Kantonen – das Beispiel des Kantons Genf

Der «Gesundheitsförderungs- und Präventionsplan» des Kantons Genf zeigt exemplarisch auf, wie verschiedene Politiksektoren für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zusammenarbeiten können, um bei der Bevölkerung Schutzfaktoren aufzubauen und Risikofaktoren zu minimieren.

Die Idee einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik bildet den konzeptuellen Rahmen des Präventionsplans und berücksichtigt damit die Tatsache, dass auch Entscheidungen, die in anderen Politikbereichen als der Gesundheitspolitik getroffen werden – beispielsweise in der Bildungs-, Sozial-, Landwirtschafts- oder Kulturpolitik –, einen substanziellen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben (Kanton Genf, 2023, S. 7ff.).

Basierend auf dieser konzeptionellen Grundlage beinhaltet der Plan einen ganzheitlichen Ansatz und bezieht sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik explizit mit ein. Dabei wird der transversale Charakter der Gesundheitsförderung betont und es werden Verknüpfungen zwischen kantonalen und nationalen Strategien und Gesetzen hergestellt. Erwähnt werden in diesem Kontext beispielsweise die kantonale Klima-, Gleichstellungs-, Lärm-, und Nachhaltigkeitsstrategie (Kanton Genf, 2023, S. 14f.).

64 Massnahmen für eine bessere Gesundheit
Der Präventionsplan umfasst 64 konkrete Massnahmen für den Zeitraum 2024–2028, die sowohl verhaltensbezogene als auch strukturelle Bedingungen abdecken (Kanton Genf, 2023, S. 18). Es wurden verschiedene Interventionsebenen definiert, in denen sich die gesundheitsfördernde Gesamtpolitik spiegelt: Das Schaffen einer gesunden Umwelt sowie die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, von Gesundheitskompetenzen, gesunder Arbeitsbedingungen und eines vorsorge- und gesundheitsförderungsorientierten Gesundheitssystems. Ebenso wird Gesundheit im Lebenslauf, bei Kindern und älteren Menschen und die Stärkung psychischer Gesundheit adressiert (Kanton Genf, 2023, S. 22ff.). Im Sinne eines «One Health»-Ansatzes wird auch die Raumplanung miteinbezogen, unter anderem mit dem Ziel, gesundheitsbezogene Aspekte in der Revision des kantonalen Richtplans zur Raumplanung explizit zu verankern (Kanton Genf, 2023, S. 41).

Diese Massnahmen werden mit verschiedenen Projekten in die Praxis überführt, beispielsweise mit dem Programm «Marchez et mangez malin!», das die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung zum Ziel hat (Kanton Genf, 2025) oder mit der Unterstützung des Vereins «MINDS», der zur Entstigmatisierung und Prävention psychischer Erkrankung beiträgt (MINDS, ohne Datum).

Die Stossrichtung und der Fokus auf Interdisziplinarität und interdepartementale Zusammenarbeit wird durch Erkenntnisse des vorhergehenden Kantonalen Präventions- und Gesundheitsförderungsplans bestärkt. In einem Zwischenbericht zeigte der Kanton Genf auf, wie wichtig eine koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Politikbereiche ist, um Interventionen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention wirkungsvoll umsetzen zu können (Kanton Genf, 2021, S. 45).

Bezug zum Handlungsfeld der Ottawa-Charta
Im Praxisbeispiel des «Gesundheitsförderungs- und Präventionsplans» im Kanton Genf wird das Handlungsfeld Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik der Ottawa-Charta auf konzeptionell-strategischer Ebene umgesetzt: Gesundheit wird hier als eine Querschnittsaufgabe verstanden, die von allen Politikbereichen mitgedacht und durch eine intersektorale Zusammenarbeit realisiert werden muss. Mit dem Fokus auf die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit und dem Betonen der Relevanz gesundheitlicher Chancengleichheit zielt der Plan zudem nicht nur auf das Verhalten, sondern explizit auch auf die Verhältnisebene.

Weiterführende Informationen:
- Kanton Genf: Plan cantonal de la santé 2024-2028

3 Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen»

Julia Richter und Shiva Stucki-Sabeti

«Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung muss den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu Ihrem Thema machen.»

(WHO, 1986)

3.1 Einführung in das Handlungsfeld: Lebenswelten gesund gestalten

Chronischer Stress am Arbeitsplatz, Schlafstörungen in einer verkehrsreichen und lauten Wohnumgebung, Bewegungsmangel aufgrund fehlender niederschwelliger Angebote: Diese Beispiele zeigen, dass die Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen der Menschen einen entscheidenden Einfluss auf ihre Chancen haben, ein gesundes Leben zu führen. Gesundheit entsteht im Alltag – wo die Menschen «spielen, lernen, arbeiten und lieben» (WHO, 1986). Die Ausgestaltung der Lebenswelten soll deshalb eine «Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit» sein (WHO, 1986). Gesundheit muss nicht nur individuell, sondern auch im sozialen und strukturellen Kontext betrachtet werden. Hier setzt das in diesem Kapitel beschriebene Handlungsfeld an, das Lebenswelten wie Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde oder auch digitale Räume in den Mittelpunkt rückt.

Das Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten» wird auch als Setting-Ansatz bezeichnet (wobei «Lebenswelt» und «Setting» im Kontext der Gesundheitsförderung als Synonyme verwendet werden). Der Setting-Ansatz umfasst wesentliche Elemente gesundheitsförderlichen Handelns und gehört zu den wichtigsten Strategien der Gesundheitsförderung.

Schutz- und Risikofaktoren im Setting

Ein Setting wird als dauerhafter «Sozialzusammenhang» bezeichnet, in dem sich die Menschen in ihrem Alltag aufhalten und der damit einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit ausübt (Hartung & Rosenbrock, 2022; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Im Fokus des Setting-Ansatzes steht nicht das Individuum, sondern das soziale System, die Lebenswelt, in der es sich bewegt (vgl. z. B. Altgeld & Kolip, 2018, S. 63). Diese bietet auf ökologischer, wirtschaftlicher, individueller oder sozialer Ebene Schutzfaktoren, kann aber auch Belastungen beinhalten (vgl. z. B. Hartung & Rosenbrock, 2022; WHO, 1986). Beispielsweise kann das Setting «Quartier» für ältere Menschen gesundheitsförderliche Ressourcen wie niederschwellig und barrierefrei zugängliche Bewegungsangebote und soziale Aktivitäten aufweisen. Gleichzeitig wird das Setting zu einem Risikofaktor, wenn es nicht gesundheitsförderlich gestaltet ist (z. B. durch einen Mangel an Sitzgelegenheiten, viele Treppen oder Einsamkeit durch eingeschränkte Mobilität).

Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz heisst, dass die Lebensbedingungen der Menschen so gestaltet werden, dass sie sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Die Grundfrage, die sich in diesem Kontext stellt, ist deshalb, was ein Quartier, ein Arbeitsplatz, ein Gefängnis, eine Gesundheitseinrichtung braucht, damit die Menschen dort gesund sind und bleiben.

Beispiel für eine gesundheitsfördernde Lebenswelt: Schule

Für Kinder könnte beispielsweise eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Schule bedeuten, dass dort bewegungsfreundliche Strukturen geschaffen und gesunde Ernährung angeboten werden. Dazu gehören die schulinternen Ernährungs-, Snack- oder Getränkeangebote sowie die Pausenplatzgestaltung, aber auch eine sichere Gestaltung der Schulwege, sodass die Kinder allein und zu Fuss zur Schule gehen können. Zudem ist es von grosser Bedeutung, dass sich Kinder psychologisch sicher fühlen und in der Schule ein Klima von Ermutigung, Wertschätzung und Vertrauen herrscht. Sie brauchen klare Rahmenbedingungen und altersgerechte Anforderungen, an denen sie sich orientieren und wachsen können. Dem Setting Schule kommt damit auch die Aufgabe zu, grundlegenden psychologischen Bedürfnissen gerecht zu werden: dem Bedürfnis nach Bindung, Autonomie und Selbstwerterleben (vgl. dazu auch Grawe, 2004).

Einbezug der Verhaltens- und der Verhältnisebene

Mit dem Setting-Ansatz kommt eine ganzheitliche Perspektive von Gesundheit zum Ausdruck, die soziale, körperliche, umweltbezogene und psychische Aspekte sowie eine salutogene, d. h. auf die Förderung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Perspektive umfasst. Hier zeigt sich erneut: Für die Frage, was Menschen gesund macht und wie gesundheitsfördernde Ressourcen gestärkt werden können, sind soziale Aspekte sowie die Lebens- und Umweltbedingungen massgebend. Der individuenzentrierten, kurativ ausgerichteten Medizin kommt hier eine Nebenrolle zu.

Im Hinblick auf die begrenzten Erfolge isoliert gesundheitserzieherischer Massnahmen auf der Verhaltensebene bietet der Setting-Ansatz grosse Potenziale. So zeigte sich in der Vergangenheit vielfach, dass Massnahmen, die mit Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung oder Gesundheitsberatung ein gesundheitsschädigendes Verhalten (beispielsweise den übermässigen Konsum von Alkohol, Bewegungsmangel oder ungesunde

Ernährung) ändern möchten, nicht die gewünschte Wirkung erzielen (Hurrelmann et al., 2018; Badura & Ritter, 1997). Um eine Anpassung des Verhaltens zu erzielen, braucht es deshalb ergänzende Massnahmen auf der Verhältnisebene, die das Setting miteinbeziehen. Dazu gehören beispielsweise günstige Lebensmittel, sichere Fahrradwege oder ein nächtliches Alkoholverkaufsverbot (vgl. z. B. Habermann-Horstmeier, 2017).

Betroffene als Expert:innen der eigenen Lebenswelt

Dabei wird die Verhaltensebene jedoch nicht ausser Acht gelassen. Vielmehr kombiniert der Setting-Ansatz die Verhältnis- und die Verhaltensebene. So wird die Verhaltensebene adressiert, indem die Handlungsmöglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe gestärkt werden (vgl. z. B. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Hierbei spielen partizipative Verfahren eine wichtige Rolle, da die betroffenen Personen Expert:innen ihrer Lebenswelten sind und eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Settings nur dann gelingen kann, wenn die betroffenen Personen sich einbringen können (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019). Durch diese Verknüpfung der Verhältnis- und Verhaltensebene, durch soziale Teilhabe und durch die Orientierung am Alltag der Menschen können gesundheitsförderliche Interventionen gezielt auf die Bedürfnisse eines sozialen Systems zugeschnitten werden.

Weiterentwicklungen seit der Ottawa-Charta

Die Handlungsstrategie der gesundheitsfördernden Lebenswelten wurde im Rahmen der internationalen Gesundheitsförderungskonferenzen, die der Ottawa-Charta folgten, weiter konkretisiert. An der Sundsvall-Konferenz in Schweden wurde 1991 ein Zusammenhang zwischen Armut, Chancengleichheit und gesundheitsfördernden Umwelten geschaffen (WHO, 1991), was die sozialpolitische Dimension des Setting-Ansatzes unterstreicht. Auch mit Blick auf gesundheitliche Ungleichheit kommt dem Setting-Ansatz eine besondere Bedeutung zu: Forschungsergebnisse zeigen, dass Massnahmen der Gesundheitsförderung oft vor allem jene Personen erreichen, die bereits auf Gesundheitsthemen sensibilisiert sind. Indem die Lebenswelt der Zielgruppe einbezogen und deren Perspektiven berücksichtigt werden, können auch Menschen erreicht werden, die bisher weniger von klassischen Angeboten profitiert haben. Auf diese Weise trägt das Handlungsfeld entscheidend zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit bei (vgl. Altgeld & Kolip, 2018, S. 60).

Gesundheitsförderliches Setting vs. Gesundheitsförderung im Setting

In der praktischen Umsetzung des Handlungsfeldes wird unterschieden zwischen der «Gesundheitsförderung im Setting» und dem Schaffen eines «gesundheitsfördernden Settings». Bei ersterem wird das Setting zur Vermittlung verhaltenspräventiver Ansätze und gesundheitsbezogener Informationen genutzt – oft in Form von Einzelprojekten wie etwa einem Workshop zur Bewegungsförderung in einem Altersheim. «Gesundheitsförderung im Setting» stellt eine Vorstufe des Setting-Ansatzes dar, da es nicht um eine dauerhafte Entwicklung der Strukturen der Lebenswelt geht (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 22).

Ein «gesundheitsförderndes Setting» bedeutet dagegen, dass die Strukturen unter Einbezug von Konzepten der Organisationsentwicklung und partizipativer Verfahren so gestaltet werden, dass sie ein gesundes Leben ermöglichen und unterstützen (vgl. dazu z. B. Hartung & Rosenbrock, 2022; Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass die Grünflächen um ein Altersheim herum mit Sitzgelegenheiten ausgestattet werden, um die Bewegung der Bewohner:innen an der frischen Luft zu fördern.

3.2 Umsetzung des Handlungsfeldes in der Schweiz

Wie sich im Folgenden zeigen wird, hat das Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten» in der Schweiz in den letzten 40 Jahren laufend an Bedeutung gewonnen. Besonders sichtbar wird dies im Aufbau von gesundheitsfördernden Schulen, die die Integration von Bewegungsförderung, gesunder Ernährung, psychischer Gesundheit und Partizipation in den Schulalltag anstreben (vgl. dazu z. B. Schulnetz21, ohne Datum). In Unternehmen haben sich Initiativen zur betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert, die den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Wohlbefinden und Produktivität aufgreifen (vgl. Beispiel 3). In Gemeinden wiederum werden lokale Ressourcen genutzt, um gesundheitsförderliche Angebote für verschiedene Bevölkerungsgruppen zugänglich zu machen (vgl. Beispiel 4).

Im Folgenden werden diese Entwicklungen näher beleuchtet. Dabei wird zuerst auf die politischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie die für das Handlungsfeld relevanten Akteur:innen eingegangen (3.2.1). Mit dem Beispiel Ernährung wird zudem die Vielseitigkeit und Komplexität der Umsetzung des Setting-Ansatzes im Schweizer Kontext beleuchtet (3.2.2).

3.2.1 Politische, gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen

In der Schweizer Gesetzgebung gibt es keinen expliziten Bezug zum Setting-Ansatz: Die für die Gesundheitsförderung und Prävention relevanten Bestimmungen im Krankenversicherungsgesetz (Art. 19f. KVG) und in der Bundesverfassung (Art. 118 BV) beziehen die Relevanz der Lebenswelten für die Gesundheit nur indirekt mit ein. Dies steht im Gegensatz zu Präventionsgesetzen wie jenem in Deutschland, das den Setting-Ansatz explizit definiert und die Krankenkassen dazu verpflichtet, «mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen» zu fördern (§ 20a V Abs. 1 Satz 1 SGB).

Der Setting-Ansatz in gesundheitspolitischen Strategien

Trotz der fehlenden gesetzlichen Grundlage wird der Setting-Ansatz in die nationalen gesundheitspolitischen Strategien in der Schweiz miteinbezogen. So wird beispielsweise in der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) betont, dass gesundheitliche Probleme durch eine «Interaktion zwischen sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und der persönlichen Lebensweise entstehen» (BAG & GDK, 2016, S. 29). Auch in der Nationalen Strategie Sucht bildet die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lebenswelten für die Verminderung oder Verhinderung von Sucht einen Schwerpunkt (BAG, 2015). In der gesundheitspolitischen Strategie «Gesundheit2030» des Bundesrates wird zudem betont, dass die Lebensbedingungen der Menschen, sozioökonomische Faktoren und Umweltbedingungen einen substanziellen Einfluss auf die Gesundheit haben und die Politik deshalb den Fokus auch auf Aspekte richten muss, die ausserhalb des Gesundheitswesens liegen (BAG, 2019, S. 25). Auch die Förderung der Gesundheit in der Arbeitswelt ist ein zentrales Ziel der Strategie, wobei vor allem die psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz reduziert werden sollen (BAG, 2019, S. 28).

Verankerung in den Kantonen und Gemeinden

In kantonalen Gesundheitsgesetzen ist der Setting-Ansatz teilweise implizit verankert, wie etwa im Kanton Basel-Stadt, wo Einrichtungen zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen und Schulen als für die Gesundheitsförderung relevante Settings anerkannt werden (§ 58 Gesundheitsgesetz Basel-Stadt, 300.100). Auch der Kanton Freiburg sieht vor, dass Schulen zur «Entfaltung und zur sozialen Eingliederung der Kinder und Jugendlichen sowie zur Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit beitragen» sollen (Art. 12 Reglement über Gesundheitsförderung und Prävention, 821.0.11).

In einigen kantonalen Strategien und Konzepten findet der Setting-Ansatz explizit Erwähnung. So betont etwa der Kanton Zürich die Berücksichtigung von Lebenswelten über alle Lebensphasen hinweg als zentrales strategisches Leitprinzip der Gesundheitsförderung (Kanton Zürich, 2023, S. 25f.). Der Kanton Neuenburg definiert das Schaffen gesundheitsfördernder Lebenswelten als Grundprinzip seiner gesundheitspolitischen Strategie und betont, dass ein Ansatz von Gesundheitsförderung, der vor allem auf eine Veränderung individuellen Verhaltens abzielt, nicht ausreichend ist (Kanton Neuenburg, 2016, S. 12).

Die Gestaltung lokaler Rahmenbedingungen auf Gemeindeebene hat einen massgeblichen Einfluss auf die Gesundheit, beispielsweise durch das Schaffen von Bewegungs- und Begegnungszonen, das Initiieren partizipativer Prozesse oder das Implementieren von Projekten für die körperliche und psychische Gesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-d). Die Bedeutung der Gemeinden bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten zeigt sich auch in der kommunalen Förderung lokaler Projekte (z. B. Jugend- oder Altersarbeit; vgl. auch Beispiel 4), oder bei der Ausgestaltung von Kindergärten, Schulen und anderen öffentlichen Einrichtungen.

In den Gemeinden erfolgt die Umsetzung des Setting-Ansatzes in unterschiedlicher Form, ganz im Sinne des föderalen Systems der Schweiz (vgl. dazu Morier et al., 2024). Beispielsweise müssen alle Gemeinden der Kantone Nidwalden und Graubünden eine für Gesundheitsförderung zuständige Person benennen. Diese Verbindlichkeit ist ein Erfolgsfaktor für die Umsetzung settingbezogener Gesundheitsförderung in den Gemeinden (Morier et al., 2024, S. 2). Gemeinden, die sich im Bereich der Gesundheitsförderung besonders engagieren,

haben die Möglichkeit, das Label «Gesunde Gemeinde» oder den Preis «Gesunde Gemeinde – Gesunde Stadt» zu erhalten (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-d).

Beteiligte Akteur:innen

Die Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsfördernde Lebenswelten» bezieht im Schweizer Kontext eine Vielzahl von Akteur:innen mit ein. Denn die gesundheitsförderliche Gestaltung von Settings ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der sowohl öffentliche wie auch private Akteur:innen auf unterschiedlichen Ebenen gefordert sind.

Wie oben aufgezeigt wurde, sind die Kantone und Gemeinden zentrale Akteur:innen bei der Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten. Auf nationaler Ebene in strategischer Hinsicht bedeutsam sind verschiedene Bundesämter (vgl. Kapitel 2 zum Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik») sowie die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Letzterer kommt auch in Bezug auf die Koordination und Finanzierung von Ansätzen, die die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten in den Blick nehmen, eine zentrale Rolle zu. Dies geschieht beispielsweise durch die Kantonalen Aktionsprogramme, in denen der Setting-Ansatz übergreifend als richtungsweisendes Handlungsprinzip definiert wird (Gesundheitsförderung Schweiz, 2023, S. 5). Zudem hebt das Engagement von Gesundheitsförderung Schweiz im betrieblichen Gesundheitsmanagement die Bedeutung des Settings Arbeitswelt für die Gesundheit hervor (vgl. Beispiel 3).

Relevant für die strategische Planung und Expertise sowie für die operative Umsetzung sind zudem Stiftungen und Nichtregierungsorganisationen. Dies zeigt sich im Beispiel 4, in dem die Stiftung RADIX eine zentrale Rolle in der Planung, Implementierung und Evaluation eines Programms zur Förderung gesunder Lebenswelten einnimmt. Auch andere Akteur:innen wie Pro Senectute, Gesundheitsligen (z. B. Krebs- oder Lungenliga) oder die Stiftung IdéeSport können bei der Ausgestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten eine massgebliche Rolle spielen. Schliesslich zeigt das Beispiel 3, dass auch die Privatwirtschaft in ihrer Rolle als Arbeitgeberin für die Umsetzung des Setting-Ansatzes in der Schweiz bedeutend ist.

3.2.2 Die Umsetzung des Setting-Ansatzes konkret: Das Beispiel Ernährung

Wie einleitend ausgeführt wurde, erstreckt sich der Setting-Ansatz als umfassendes Konzept auf viele Bereiche. Die Frage, inwieweit die Handlungsstrategie der gesundheitsfördernden Lebenswelten seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta in den letzten 40 Jahren in der Schweiz umgesetzt wurde, lässt sich deshalb vor allem exemplarisch beantworten. Im Folgenden wird die Umsetzung in der Schweiz mit Fokus auf den Schwerpunkt «Ernährung» beleuchtet, der in den Praxisbeispielen um das Setting Arbeitswelt und die kommunale Perspektive erweitert wird.

Ungesunde Ernährung gehört zu den Hauptrisikofaktoren für die Entstehung nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) (BAG & GDK, 2016). Oft werden diese Risikofaktoren aus einer verhaltensorientierten Perspektive betrachtet. Wie oben aufgezeigt wurde, haben gesundheitserzieherische Massnahmen, die auf eine Veränderung des Verhaltens zielen, jedoch nur eine begrenzte Wirkungskraft. Hier zeigt sich das praktische Potenzial des Setting-Ansatzes, das auch in der Analyse der Umsetzung in der Schweiz deutlich wird.

Gesundheitsförderliche Ernährungsumgebung

Für die Förderung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung spielt der Setting-Ansatz eine bedeutende Rolle. In diesem Bereich zeigt sich exemplarisch die Verknüpfung der Verhältnis- und Verhaltensebene. Dies wird auch in der Schweizer Ernährungsstrategie aufgenommen, die einerseits das Ziel verfolgt, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, gleichzeitig aber auch die Verantwortung der Lebensmittelwirtschaft und die Bedeutung einer gesundheitsfördernden Ernährungsumgebung aufzeigt (vgl. BLV, 2025a).

Eine Massnahme auf Verhältnisebene zur Förderung gesunder Ernährung liegt beispielsweise darin, gesunde Ernährung günstig anzubieten und die Preise ungesunder Nahrungsmittel zu erhöhen (vgl. z. B. Weber & Hösli, 2020, S. 11). Während politische Vorstösse, die in diese Richtung zielen und gesetzliche Regulierungen fordern, in der Schweiz bisher weitgehend erfolglos blieben[1], zeigen Projekte wie «ggg – gut, gesund und günstig essen» oder «E Guete z'Basel» auf, wie sich gesunde Ernährung auch mit einem kleinen Budget realisieren lässt. Mit freiwilligen Initiativen wie der Erklärung von Mailand bekunden Unternehmen ihre Absicht, den Zuckergehalt in Lebensmitteln und Erfrischungsgetränken zu reduzieren (BLV, 2025b).

Eine weitere Massnahme auf struktureller Ebene ist eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Einkaufsmöglichkeiten – relevante Settings sind dabei u. a. Supermärkte oder Poststellen. Die Féderation romande des consommateurs hat sich beispielsweise in Zusammenarbeit mit den Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz dafür eingesetzt, dass an Poststellen keine Süssigkeiten mehr verkauft werden dürfen (Saam, 2021, S. 16). Auch ein Verbot der Auslage von Süssigkeiten neben Supermarktkassen sind ein politisches Thema – wobei hier in der Schweiz vor allem auf Freiwilligkeit gesetzt wird (vgl. dazu z. B. die Interpellation im Nationalrat «In den Supermärkten gesunde Produkte in Kassennähe anbieten»).

Die Verknüpfung der Verhaltens- und Verhältnisebene zeigt sich auch beim Label «Fourchette Verte», das im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützt wird. Das Programm fördert gesunde Ernährung u. a. in Kitas, Alters- und Pflegeheimen oder Universitäten. Betreibende eines Gastronomiebetriebs können das Label erwerben, wenn sie beim Ernährungsangebot in ihrer Institution auf Ausgewogenheit, Nachhaltigkeit und Gesundheit achten (Ackermann & Amstad, 2022, S. 118).

Auch das Setting «Familie» spielt im Bereich Ernährung eine bedeutende Rolle. Kinder, deren Eltern auf gesunde Ernährung sensibilisiert sind, entwickeln eher eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise (Weber, 2020, S. 63). Elterliche Kompetenzen in diesem Bereich werden beispielsweise durch die Materialien der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (vgl. z. B. SGE, ohne Datum) und des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (vgl. z. B. BLV, ohne Datum) gestärkt. Diese Massnahmen sind auf die Verhaltensebene ausgerichtet und werden durch verschiedene Projekte z. B. im Bereich der frühen Kindheit ergänzt, die auch die strukturelle Ebene und die Relevanz der Vernetzung miteinbeziehen (vgl. dazu z. B. die Projekte «Miapas» und «Miges Balù»).

[1] Vgl. dazu z. B. die parlamentarischen Diskussionen über die Reduktion des Zuckergehalts in Lebensmitteln in der Schweiz (u. a. die Standesinitiative des Kantons Genf zur Begrenzung des Zuckergehalts und die Standesinitiative des Kantons Neuenburg für ein Bundesgesetz über zuckerhaltige Produkte).

3.3 Herausforderungen und Erfolgsfaktoren

Die Umsetzung des Setting-Ansatzes in der Schweiz war in den vergangenen Jahrzehnten von unterschiedlichen Herausforderungen geprägt. Trotz seiner hohen Relevanz weist der Ansatz nach wie vor Defizite in der Theoriefundierung sowie bei der systematischen Überprüfung seiner Wirksamkeit auf. Insbesondere die Evaluation und der Nachweis nachhaltiger Effekte stellen eine Herausforderung dar. Hinzu kommt die Komplexität des Ansatzes, dessen Umsetzung hohe zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie eine langfristige Ausrichtung erfordert (Dadaczynski et al., 2016; Quint-Essenz, 2014).

Vor diesem Hintergrund ist bedeutend, dass die Orientierung an Evidenz und systematischer Qualitätsentwicklung in der Schweiz an Relevanz gewinnt, was die Legitimation gesundheitsfördernder Aktivitäten auch in Bezug auf den Setting-Ansatz stärkt. Beispiele in diesem Zusammenhang sind das Qualitätssystem «Quint-Essenz» von Gesundheitsförderung Schweiz, Projektdatenbanken (vgl. good-practice.ch und PGF wirkt!) sowie das Erfolgsfaktoren-Tool, das u. a. vom Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz für Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung entwickelt wurde.

Zudem zeigen sich in der Schweiz Erfolgsfaktoren, die der Komplexität des Setting-Ansatzes und dem hohen Ressourcenbedarf Rechnung tragen. Dazu zählen langfristige Finanzierungsmechanismen, wie sie durch Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der Kantonalen Aktionsprogramme etabliert wurden, sowie eine zunehmend erfolgreiche intersektorale Zusammenarbeit (z. B. im Projekt «Miapas» zwischen verschiedenen Fachpersonen und Eltern im Bereich der frühen Kindheit).

Gesundheitliche Ungleichheit und Partizipation

Herausforderungen bestehen im Hinblick auf soziale Ungleichheiten: Der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten ist nicht für alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen gewährleistet (Weber, 2020, S. 29). Der Setting-Ansatz hat das Potenzial, diese Unterschiede abzuschwächen, da Interventionen auf struktureller Ebene, z. B. in den Settings Schule oder Gemeinden, alle involvierten Gruppen – unabhängig von ihrem soziökonomischen Status – erreichen (vgl. dazu Kapitel 3.1). Partizipative Ansätze, die die betroffenen Gruppen aktiv in die Gestaltung der präventiven Massnahmen einbeziehen, tragen zudem zur Wirksamkeit, Verbreitung und Akzeptanz gesundheitsförderlicher Interventionen bei – auch hier zeigt sich im Schweizer Kontext eine wachsende Sensibilisierung.

3.4 Fazit

Dieses Kapitel hat gezeigt, dass die Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen» der Ottawa-Charta in der Schweiz in den vergangenen vier Jahrzehnten vielfältige Spuren hinterlassen hat. So konnten Strukturen entwickelt werden, die es der Bevölkerung ermöglichen, ihre Gesundheit im Alltag zu stärken – sei es am Arbeitsplatz, in Schulen, in Gemeinden oder im privaten Umfeld. Zahlreiche nationale und kantonale Programme haben ihren Fokus darauf gelegt, Lebensbedingungen so zu gestalten, dass gesunde Entscheidungen nicht nur individuell getroffen werden müssen, sondern in der unmittelbaren Umwelt erleichtert oder sogar selbstverständlich werden.

Gleichzeitig zeigt sich, dass gesundheitsfördernde Lebenswelten nicht statisch sind, sondern im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen stehen. Themen wie digitale Lebenswelten oder die Folgen des Klimawandels stellen relevante Herausforderungen dar, die in den kommenden Jahren in der Schweiz auch im Kontext des Setting-Ansatzes verstärkt aufgegriffen werden müssen.

DAS HANDLUNGSFELD «GESUNDHEITSFÖRDERLICHE LEBENSWELTEN SCHAFFEN» IN DER PRAXIS

Beispiel 3: «Friendly Work Space» – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten zeigt sich besonders deutlich im Setting «Arbeitsplatz». Denn eine sinnvolle und gut gestaltete Arbeit bildet einen zentralen Pfeiler für ein gesundes Leben. Arbeit strukturiert den Alltag, vermittelt soziale Zugehörigkeit und ermöglicht Selbstwirksamkeit. Wird Arbeit als sinnstiftend und bewältigbar erlebt, wirkt sie sich nachweislich positiv auf die psychische und physische Gesundheit aus. Gleichzeitig können arbeitsbezogene Ängste, zu hohe Arbeitsanforderungen, mangelnde Selbstbestimmung und Konflikte mit Vorgesetzten und/oder Kolleg:innen zu chronischem Stress, Depressivität und körperlichen Beschwerden (z. B. Muskel-Skelett-Erkrankungen, Schlafprobleme) führen (Krause & Bürki, 2016).

Theoretische Ansätze wie das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R-Modell) zeigen, dass eine Reduktion arbeitsbezogener Belastungen (z. B. hoher Zeitdruck, hohe körperliche oder psychische Belastungen) bei einer gleichzeitigen Stärkung von Ressourcen (z. B. wertschätzendes Feedback, Entwicklungsmöglichkeiten) die Motivation und das Engagement der Mitarbeitenden fördern, was zu besseren Leistungen und höherer Arbeitszufriedenheit führt (vgl. Bakker & Demerouti, 2017).

Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Schweiz
Vor diesem Hintergrund hat sich auch im Schweizer Kontext das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) etabliert, mit dem Ziel, gesundheitsrelevante Faktoren am Arbeitsplatz zu stärken und Belastungen zu reduzieren (vgl. dazu z. B. Weissbrodt, 2018). Zu nennen gäbe es viele Akteur:innen, Projekte und Initiativen, die sich in der Planung, Umsetzung und Evaluation von BGM engagieren (für eine Übersicht der relevantesten BGM-Akteur:innen vgl. BAG et al., 2021). An dieser Stelle soll der Fokus aber aufgrund seines branchen- und akteursübergreifenden Charakters auf dem Label «Friendly Work Space» liegen.

Das Label «Friendly Work Space»
«Friendly Work Space» wurde 2009 von Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam mit Partner:innen aus Wissenschaft und Praxis entwickelt und unterstützt Betriebe in der Schweiz beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Jensen et al., 2020). Mit dem Label ausgezeichnet werden Betriebe, die erfolgreich und systematisch BGM umsetzen. Grundlage für die Auszeichnung sind Qualitätskriterien, die sich an den vom Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung erarbeiteten Kriterien orientieren und in Bezug auf Qualitätsmanagement für das BGM in der Schweiz eine zentrale Grundlage darstellen.
Die im Label definierten Qualitätskriterien stützen sich auf die Erkenntnis, dass BGM-Massnahmen, die losgelöst von der Unternehmensstrategie und der Organisationsentwicklung im Giesskannenprinzip umgesetzt werden, kaum Wirkung entfalten. Während ein Früchtekorb und Stretching in der Pause sinnvoll sein können, gilt es darüber hinaus, gezielte, massgeschneiderte Lösungen zu erproben, die quantitativ und/oder qualitativ gemessen und evaluiert werden können. Ein wirksames BGM beschränkt sich nicht auf individuelle Verhaltensänderungen, sondern bezieht die zentrale Rolle von Führung, Teamprozessen und organisationaler Struktur mit ein. Aus diesen Gründen umfassen die BGM-Qualitätskriterien u. a. Aspekte des Managements, der Führungs- und Unternehmenskultur, der Partizipation, der Arbeitsorganisation sowie der Früherkennung und Prävention. Im Sinne des Setting-Ansatzes werden damit die Verhältnis- und die Verhaltensebene kombiniert (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017).

Gesundheitsförderung Schweiz bietet Unternehmen in der Schweiz im Rahmen ihrer «BGM-Services» Informationen sowie Instrumente für den Aufbau und die Umsetzung eines umfassenden Gesundheitsmanagements (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-c). Bedeutsam sind in diesem Kontext auch die jährlich durchgeführte BGM-Tagung sowie die Job-Stress-Analysis, mit der Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz erhoben werden können (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-e).

Umsetzung und Wirkung
Die Entwicklung des BGM in der Schweiz weist erfreuliche Tendenzen auf: Insgesamt engagieren sich rund 70 Prozent der Betriebe in der Schweiz im Bereich BGM. Dabei gehört das Label «Friendly Work Space» zu den bekanntesten Angeboten (Füllemann et al., 2025, S. 6ff.). Seit seiner Einführung im Jahr 2009 stieg die Anzahl Betriebe laufend, die mit dem Label «Friendly Work Space» ausgezeichnet wurden. Bisher wurden 111 Betriebe in der Schweiz für ihr Engagement im Bereich BGM ausgezeichnet (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-b).

«Friendly Work Space» leistet einen Beitrag zur Sensibilisierung des Managements für die Gesundheit der Mitarbeitenden und verschafft zertifizierten Unternehmen Vorteile in ihrer Positionierung auf dem Arbeitsmarkt. Zudem führt die Auseinandersetzung mit den Qualitätskriterien des Labels langfristig zu einem systematischeren BGM in Unternehmen (Jensen et al., 2020, S. 4ff.).

Gleichzeitig zeigt sich weiterer Handlungsbedarf zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz, insbesondere in den Bereichen Stress und psychische Gesundheit, in der strategischen Verankerung sowie bei den konzeptionellen Grundlagen und den finanziellen und personellen Ressourcen für BGM (Füllemann et al., 2025).

Bezug zum Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen»
Im Sinne der Ottawa-Charta wird mit dem Label «Friendly Work Space» und den weiteren schweizweiten Aktivitäten im Bereich BGM das Schaffen und Aufrechterhalten eines Settings unterstützt, in dem gesundheitsförderliche Prozesse und Strukturen etabliert werden. Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich und die Bedeutung einer gesundheitsförderlichen Gestaltung dieses Settings zeigt sich auch in der hohen Belastung, die durch die Veränderungen und neuen Herausforderungen in der Arbeitswelt auf die Menschen zukommen.

Weitere Informationen:
- Webseite «Friendly Work Space»
- Betriebliches Gesundheitsmanagement in Betrieben in der Schweiz: Monitoring-Ergebnisse 2024
- Job-Stress-Analysis
- Übersicht zu den regionalen BGM-Foren in der Schweiz

Beispiel 4: Gemeinden gesundheitsförderlich gestalten – «Communities that Care»

Das von der Gesundheitsstiftung RADIX koordinierte Programm «Communities that Care» (CTC, «Gemeinden, die sich kümmern») zeigt Möglichkeiten auf, wie der Setting-Ansatz auf kommunaler Ebene implementiert werden kann. Das Programm stammt ursprünglich aus den USA und wurde für den schweizerischen Kontext adaptiert. Es unterstützt bei der gezielten Identifizierung und Adressierung von Risiko- und Schutzfaktoren in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen und erfolgt unter Einbindung relevanter Stakeholder als ein Gemeinde-Entwicklungsprozess. Ziel ist, die Rahmenbedingungen in den Gemeinden für Kinder und Jugendliche so zu gestalten, dass diese ein Leben ohne Sucht, psychische Erkrankungen oder Kriminalität führen können (RADIX, ohne Datum-a).

Hintergrund
Je weniger Risikofaktoren vorliegen und je mehr Schutzfaktoren zu deren Bewältigung vorhanden sind, desto geringer ist das Risiko, dass Jugendliche Problemverhalten in Bezug auf Delinquenz und Sucht entwickeln oder mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Schutzfaktoren sind in diesem Kontext beispielsweise der familiäre Zusammenhalt, soziale Kompetenzen und die Integration im Wohnumfeld. Dem gegenüber stehen Risikofaktoren wie ein Problemverhalten, Konflikte im familiären Umfeld oder die Sicherheit der Wohnumgebung, welche die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung negativer Folgen für die Kinder erhöhen (Averdijk et al., 2023).

Hier knüpft das Programm «Communities that care» an. Im Vordergrund steht ein evidenzbasierter, partizipativer Ansatz: Alle Jugendlichen einer Gemeinde werden mit einer schriftlichen Online-Befragung zu ihrem Wohlbefinden befragt. Erhoben wird u. a. das Problemverhalten in Bezug auf Gewalt und Delinquenz, das Suchtverhalten und die psychische Gesundheit (z. B. das Vorliegen depressiver Symptomatik, Suizidalität) (Averdijk et al., 2023).

Die Befragung zeigt, welche Risiko- und Schutzfaktoren in den Bereichen Sucht, psychische Gesundheit und Delinquenz innerhalb einer Gemeinde vorliegen. So kann eruiert werden, wo sich die Jugendlichen wohl fühlen und welche Probleme sie in ihren Lebenswelten sehen.

Basierend auf den Resultaten der Befragung wird das bereits bestehende Präventionsangebot in den Gemeinden analysiert, um allfällige Angebotslücken in den obengenannten Bereichen zu identifizieren. So können passgenaue Interventionen zur Stärkung von Schutzfaktoren und zur Reduktion von Risikofaktoren entwickelt und priorisiert werden. Das Setting «Gemeinde» wird dabei in für Jugendliche relevante Sub-Settings unterteilt: Adressiert werden beispielsweise die Lebenswelten Schule, Familie, die Peer Group und die Wohnumgebung (RADIX, ohne Datum-a).

Zielgruppen des Programms sind Kinder und Jugendliche. Bei der Entwicklung und Etablierung präventiver Angebote ist es jedoch ebenso zentral, politische Entscheidungsträger:innen sowie Schlüsselpersonen aus der Gemeindeverwaltung, den Schulen, den Fachstellen Gesundheitsförderung und Prävention, der Jugendarbeit, der Polizei oder von Vereinen mit einzubeziehen.

Umsetzung und Erfolgsfaktoren
Das Programm wurde bereits in knapp 50 Schweizer Gemeinden erfolgreich umgesetzt. Köniz begann 2016 als eine von drei Modellgemeinden mit der Implementierung (Gemeinde Köniz, 2016). Dort zeigte sich, dass durch CTC Akteur:innen im Bereich der Präventionsangebote für Jugendliche aktiviert werden konnten. Zudem hat die Implementierung des Programms zur Stärkung und Legitimation bestehender sowie auch zur Einführung neuer Angebote beigetragen (Meili, 2024). Mit den Erfahrungen in den Modellversuchen wurde von RADIX ein «Multiplikationszyklus» gestartet, um das Programm in weiteren Gemeinden zu etablieren (Brägger, 2025).

Während es im Schweizer Kontext keine umfassende wissenschaftliche Evaluation des Programms gibt, zeigt sich beispielsweise in den USA, dass der Ansatz, mit CTC die Lebenswelt der Jugendlichen gesundheitsförderlich zu gestalten, zu einem signifikanten Rückgang der Jugendkriminalität beigetragen hat (Kingston et al., 2025). Auch weitere Studien belegen die Wirksamkeit des Ansatzes und zeigen u. a. den Zusammenhang zwischen dem Ausbau kommunaler Präventionsaktivitäten und der Reduktion von Substanzenkonsum bei Jugendlichen (Birgel et al., 2024; Kuklinski et al., 2021).

Bezug zum Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen»
Die Erkenntnis, dass die physische und psychische Gesundheit von Jugendlichen massgeblich durch die Lebenswelten beeinflusst wird, in denen sie sich bewegen, verweist auf einen direkten Zusammenhang zum Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten» der Ottawa-Charta. CTC zielt nicht direkt auf ein Problemverhalten von Jugendlichen, sondern strebt langfristige Veränderungen auf struktureller Ebene an. Es geht nicht um isolierte Einzelprojekte (vgl. «Gesundheitsförderung im Setting» im Einführungskapitel), sondern um die Verbesserung ganzer Lebenswelten wie beispielsweise Schule, Freizeit, Familie und Nachbarschaft. Der partizipative Charakter der Intervention und das Ziel, Schlüsselpersonen und Entscheidungsträger:innen zu vernetzen, zeigen zudem, dass auch die Handlungsstrategien *enable*, *mediate* und *advocate* der Charta mitberücksichtigt werden.

Weiterführende Informationen
- Projektwebseite «Communities that Care» der Gesundheitsstiftung RADIX
- CTC im Video kurz erklärt
- Projektliste PGF wirkt!

4 Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen»

Julia Richter und Nikola Koschmieder

«Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung; ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange ist zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der grösseren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der grösseren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.»
(WHO, 1986)

4.1 Einführung in das Handlungsfeld: Betroffene zu Expert:innen machen

Das Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen» (engl.: strengthen community action) hebt die Bedeutung partizipativer Prozesse auf Gemeinde- und Nachbarschaftsebene hervor und rückt Gemeinschafts- und Selbsthilfeaktivitäten in den Fokus gesundheitsförderlicher Interventionen. Dabei stehen Empowerment und die Stärkung der Eigenverantwortung im Mittelpunkt. Die kollektiven Fähigkeiten sowie die aktive Beteiligung und Mitbestimmung der Menschen an der Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Strategien werden auf diese Weise gefördert. Dadurch soll das Individuum eine erhöhte Selbstbestimmung und eine stärkere Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange erreichen (WHO, 1986). Das Handlungsfeld grenzt sich von individuenzentrierten und medizinisch ausgerichteten Massnahmen ab und zielt auf soziale Netzwerke und kooperative Prozesse, die zur Entstehung und zum Erhalt von Gesundheit beitragen.

Das Handlungsfeld weist viele Parallelen zum Setting-Ansatz auf (vgl. Kapitel 3). Während beim Setting-Ansatz die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen im Vordergrund steht und strukturelle, politische Faktoren in den Blick genommen werden, liegt

der Fokus des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen» auf der aktiven Beteiligung von Gemeinschaften und deren Befähigung, selbstbestimmt ein gesundes Leben führen zu können. Dabei wirken die beiden Handlungsfelder komplementär: Das Handeln der Gemeinschaften und die Partizipation Betroffener ist für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten von grosser Bedeutung. Umgekehrt schaffen unterstützende Settings die notwendigen Rahmenbedingungen für das gemeinschaftliche Engagement.

Begriff der Gemeinschaft und der Zielgruppe

Unter Gemeinschaft werden in diesem Kontext geografische Gemeinschaften (z. B. Quartiere, Gemeinden, Regionen), Interessensgemeinschaften (z. B. Mieter:innen, Sozialhilfebeziehende) sowie Identitäts- und Affinitätsgemeinschaften (z. B. junge Frauen, kulturelle Minderheiten) verstanden (Hyppolite & Parent, 2017, S. 182–183, zit. in Ischer & Saas, 2021, S. 12). Interventionen im Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen» können dabei auf unterschiedlich grosse sowie unterschiedlich klar definierte Gemeinschaften abzielen. Das Projekt «Plauderkasse» richtet sich beispielsweise an die gesamte Kundschaft bestimmter Detailhandelsbetriebe und schafft durch eigens gekennzeichnete Kassen einen Raum für freiwillige Gespräche, um soziale Isolation zu reduzieren. Getragen wird das Angebot durch engagierte Freiwillige, die als Ansprechpersonen vor Ort aktiv zum sozialen Miteinander beitragen. Klarer eingegrenzt ist die Zielgruppe dagegen beim Projekt «Brückenbauer:innen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten». Dieses richtet sich gezielt an traumatisierte Geflüchtete mit psychischen Belastungen und organisiert eine Kooperation zwischen psychiatrischer Versorgung und speziell weitergebildeten, freiwillig engagierten «Brückenbauer:innen» für eine Unterstützung und Begleitung in der Muttersprache.

Voraussetzungen für die Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen sind sowohl der Einbezug unterschiedlicher Akteur:innen als auch eine geeignete Infrastruktur sowie die Etablierung tragfähiger Strukturen in organisatorischer und finanzieller Hinsicht (Seibold et al., 2008, S. 6). Als mögliche Kooperationspartner:innen können beispielsweise Personen aus nachfolgenden Gruppen einbezogen werden: freie Träger und Einrichtungen (z. B. Sozialdienste oder Alters- und Pflegeheime), lokale Medien, örtliche Institutionen (z. B. Schulen oder Wohlfahrtsverbände), Beschäftige des Gesundheitswesens, lokale Wirtschaftsbetriebe, die Kommunalpolitik und Verwaltung (z. B. das Gesundheitsamt) sowie lokale Initiativen (z. B. Selbsthilfegruppen oder Bürgerinitiativen) (Seibold et al., 2008, S. 22). Darüber hinaus werden in der Ottawa-Charta der kontinuierliche «Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung» (WHO, 1986, S. 4) als notwendige Voraussetzungen benannt.

Rolle von Partizipation und Empowerment

Das Handlungsfeld der Gemeinschaftsaktionen veranschaulicht in besonderer Weise den mit der Ottawa-Charta verbundenen Paradigmenwechsel, insbesondere durch die Betonung des partizipativen Charakters gesundheitsförderlicher Interventionen (vgl. Wright et al., 2010). Im ursprünglichen Verständnis der Gesundheitserziehung galten Ärztinnen und Ärzte als alleinige Fachpersonen für gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen. Durch

die Gemeinschaftsaktionen steht dagegen die aktive Beteiligung Betroffener und ein selbstbestimmter Umgang mit der eigenen Gesundheit im Vordergrund. Nicht medizinische Fachpersonen, sondern die Betroffenen selbst sind Expert:innen ihrer Gesundheit und ihres Alltags (vgl. dazu auch Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021, S. 29).

Der Gesundheitssektor allein wird damit nicht länger als hinreichend erachtet, um «die Voraussetzungen und guten Perspektiven für Gesundheit zu garantieren» (WHO, 1986, S. 2). Ausgehend von der Prämisse, dass Gesundheit und Wohlbefinden subjektiv erlebt und definiert werden, kommt Fachpersonen die Aufgabe zu, zu informieren und ihr Wissen bereitzustellen. Menschen werden dadurch befähigt, selbstbestimmt über ihr Gesundheitsverhalten zu entscheiden und sich gegen gesundheitsbeeinträchtigende soziale Bedingungen zu positionieren. So bildeten beispielsweise in der Gemeinde Rüschlikon im Rahmen des Projekts «Lokal vernetzt älter werden» ältere Menschen selbstorganisierte Arbeitsgruppen, die lokale, bedarfsgerechte Massnahmen eigenständig planten und ausarbeiteten (Sidler, 2023). Die ältere Bevölkerung wird auf diese Weise nicht nur adressiert, sondern aktiv in die Mitgestaltung ihrer sozialen Umwelt einbezogen und beeinflusst damit selbst, auf welche Weise das Älterwerden in ihrer Gemeinde gestaltet ist (Schild, zit. in Sidler, 2023, S. 23).

Partizipation in der Gesundheitsförderung

Partizipation ist das Fundament des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen». Hilfreiche Informationen dazu sowie Best-Practice-Beispiele finden sich in der Publikation «Partizipation in der Gesundheitsförderung» von Gesundheitsförderung Schweiz (Ischer & Saas, 2021) und auf der Themenseite «Partizipation» des Fachportals prevention.ch. Zudem hat der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit des Bundesinstitutes für öffentliche Gesundheit (BIÖG) Kriterien für eine gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt, in denen die aktive Beteiligung der angesprochenen Gruppen in der Planung, Umsetzung und Evaluation als Good-Practice-Kriterium gesundheitsförderlicher Massnahmen definiert wird (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021). Basierend auf dieser Publikation wurde eine Arbeitshilfe entwickelt, wie das Kriterium der Partizipation konkret in die Praxis überführt werden kann (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2019a). Gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit hat Gesundheitsförderung Schweiz zudem eine Liste von Leitfäden und Instrumenten für Gesundheitsförderung in Gemeinden und Städte erstellt, in der sich Praxistipps für partizipative Prozesse finden.

Die hohe Relevanz der Partizipation in der Gesundheitsförderung wird von Thomas Mattig, Direktor von Gesundheitsförderung Schweiz, auf den Punkt gebracht: «Durch Partizipation werden Menschen befähigt, selbstbestimmter Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit beeinflussen. Sie stärkt den sozialen Zusammenhang und gewährleistet eine gute Abstimmung zwischen den Projekten zur Gesundheitsförderung und den Bedürfnissen der Zielgruppen» (Mattig, zit. in Ischer & Saas, 2021, S. 3). Durch den Fokus auf die Gemeinde- und Nachbarschaftsebene übernehmen Gemeinschaften im Sinne des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen» Verantwortung für jene Themen, die sie unmittelbar betreffen (Laverack, 2007, S. 22). Die im Handlungsfeld betonte Orientierung der gesundheitsförderlichen Interventionen an den konkreten Lebensrealitäten und Bedürfnissen der Zielgruppen führt zudem dazu, dass die Massnahmen aufgrund der stärkeren Bindung an die Zielgruppe eine besonders wirksame und nachhaltige Wirkung entfalten (vgl. dazu Ischer & Saas, 2021, S. 9; Wright et al., 2010, S. 36f.).

4.2 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen in der Schweiz

Das im Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen» formulierte Verständnis von Gesundheit als soziales, strukturelles und partizipatives Konzept hat in der Schweiz seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 nur zögerlich Einzug erhalten. Auch 40 Jahre später liegt der Schwerpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen nach wie vor stark auf medizinischen, technischen und finanziellen Fragen, insbesondere auf der Reduktion der hohen Kosten des Gesundheitssystems (vgl. hierzu z. B. BAG, ohne Datum-c). Gleichzeitig zeigt ein Blick auf die Entwicklung verschiedener Organisationen, Strategien und Projekte auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene, dass die Idee, Gesundheit auch ausserhalb des medizinischen Kontextes zu schaffen und aufrechtzuerhalten, in der Schweiz zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Bedeutung des politischen Kontextes

Das Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen» unterstreicht die Bedeutung partizipativer Prozesse. Im politischen System der Schweiz sind Mitverantwortung und Beteiligung durch direktdemokratische Mechanismen wie Volksabstimmungen und Referenden für den stimmberechtigten Teil der Bevölkerung institutionell verankert. Die in der Ottawa-Charta formulierte Vision, durch Mitgestaltungsmöglichkeiten und Selbstorganisation Empowerment-Prozesse anzustossen, stösst damit in der Schweiz zumindest theoretisch auf ein fruchtbares Umfeld. So hat sich beispielsweise mehrfach gezeigt, dass zivilgesellschaftliche Netzwerke durch direktdemokratische Prozesse gestärkt werden.[2]

Ein weiteres Charakteristikum der Schweiz ist der ausgeprägte Föderalismus. In Bezug auf gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen ist relevant, dass die föderale Struktur lokale Initiativen begünstigt. So können beispielsweise massgeschneiderte Interventionen für die eigene Gemeinde entwickelt werden, die eine unmittelbare Anwendung ermöglichen und auch eine rasche Wirkung erzielen können (vgl. dazu auch Furger & Brusa, 2024, S. 7).

Durch die föderalistische Organisation des schweizerischen Gesundheitssystems liegen Gesundheitsförderung und Prävention im Aufgabenbereich vieler verschiedener Akteur:innen. Für die Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen» kommt den Kantonen und Gemeinden eine bedeutende Rolle zu. Es gibt aber auch viele weitere Akteur:innen, die in diesem Bereich eine zentrale Rolle spielen – beispielsweise Nichtregierungsorganisationen, lokale Vereine, soziale Dienste, Schulen oder Altersheime.

Im Folgenden wird ein vertiefter Blick auf die Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen» auf nationaler Ebene (4.2.1) sowie auf kantonaler und kommunaler Ebene (4.2.2) geworfen.

[2] Ein Beispiel dafür ist die Initiative «Kinder ohne Tabak», die von Fachverbänden und zivilgesellschaftlichen Akteur:innen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich lanciert wurde. Die Initiative, die sich für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Tabakwerbung einsetzte, wurde 2022 von der Schweizer Stimmbevölkerung mit 56.7 Prozent angenommen (BK, 2025). Bereits im Vorfeld der Abstimmung beeinflusste die Initiative die gesellschaftliche und die parlamentarische Debatte zur Regulierung von Tabakwerbung. Dies zeigt, dass zivilgesellschaftliche Akteur:innen durch direktdemokratische Instrumente Möglichkeiten zur Einflussnahme und zur Sichtbarmachung ihrer Anliegen erhalten.

4.2.1 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen: Nationale Ebene

Obwohl der Handlungsspielraum im Bereich Gesundheitsförderung in der Schweiz auf nationaler Ebene begrenzt ist, spielt diese im Hinblick auf strategische und koordinative Leistungen und auf die finanzielle Unterstützung eine wichtige Rolle: Verschiedene Akteur:innen tragen dazu bei, dass auf lokaler Ebene die Rahmenbedingungen, Ressourcen und Kompetenzen bestehen, um gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen umsetzen zu können. Zudem werden in Bezug auf gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen auf nationaler Ebene wichtige Impulse gesetzt, die im Folgenden mit einigen Beispielen näher beleuchtet werden sollen.

Empowerment durch Selbsthilfe

Der Gedanke, dass Eigenverantwortung, Empowerment und Partizipation für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit eine zentrale Rolle spielen, findet exemplarisch Ausdruck in der Entwicklung von Selbsthilfeorganisationen. Die Dachorganisation «Selbsthilfe Schweiz» etablierte sich in den 1990er-Jahren. Sie hat zum Ziel, dass «durch Selbstverantwortung und gegenseitige Unterstützung in den gemeinschaftlichen, in der Regel nicht fachgeleiteten Selbsthilfegruppen die Selbstkompetenz und Selbstbestimmung gestärkt und damit die Lebensqualität und gesellschaftliche Integration der Menschen und Angehörigen in einer schwierigen Lebenslage verbessert wird» (Selbsthilfe Schweiz, 2025). Hier wird der Grundgedanke gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen auf den Punkt gebracht: Menschen sind Expert:innen ihrer eigenen Gesundheit und können in Gemeinschaften zu deren Entstehung und Erhalt beitragen.

Institutionalisierung durch Gesundheitsförderung Schweiz

Mit der Gründung der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» im Jahr 1989 wurde die Bedeutung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsorganisationen weiter gestärkt und institutionalisiert. Die Schaffung einer nationalen Organisation, die ab 1996 durch den Bundesrat mit einem gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung ausgestattet wurde, unterstützte den Aufbau tragfähiger Strukturen auf Kantons- und Gemeindeebene – und damit auch die Realisierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (vgl. dazu auch Gesundheitsförderung Schweiz, 2024). So unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz Projekte auf kommunaler Ebene fachlich und finanziell und begleitet die Kantone bei ihrer Zusammenarbeit mit den Gemeinden (vgl. dazu z. B. Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-d).

Der in der Ottawa-Charta verankerte Grundsatz, dass Menschen eine grösstmögliche Selbstbestimmung in eigenen Gesundheitsbelangen ermöglicht werden soll, hat durch die Erkenntnis, dass top-down geplante Interventionen ohne Einbindung der Zielgruppen wenig wirksam sind, zusätzlichen Aufwind erhalten. So werden die Grundsätze des Empowerments und der Partizipation in vielen Förderkriterien für Projekte in der Gesundheitsförderung verbindlich verankert und gelten als wesentliche Erfolgsfaktoren (vgl. z. B. Gesundheitsförderung Schweiz, 2025a, S. 4; ohne Datum-a; Fabian et al., 2018). Zudem sind viele nationale Organisationen wie die oben erwähnte Selbsthilfe Schweiz oder auch die Gesundheitsstiftung RADIX (vgl. Kapitel 3) regional verankert und unterstützen vor Ort bei der Implementierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen.

Gesundheitspolitische Strategien

Dass Gesundheit zu einem grossen Teil ausserhalb des Gesundheitswesens entsteht und aufrechterhalten wird, wird auch in der nationalen Strategie «Gesundheit2030» betont, in der der Bundesrat die gesundheitspolitischen Prioritäten der Schweiz definiert. Die Notwendigkeit, sich am Bedarf der Menschen und an ihren eigenen Vorstellungen eines gesunden Lebens zu orientieren, stellt – ganz im Sinne der Grundidee gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen – einen zentralen Grundsatz der Strategie dar (BAG, 2019, S. 10). Die Befähigung, ein gesundes Leben in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu führen, ist zudem Teil der Vision der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) (BAG & GDK, 2016, S. 4).

4.2.2 Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen: Kantonale und kommunale Ebene

Kantone und Gemeinden sind bei der Umsetzung dieses Handlungsfeldes die zentralen Akteur:innen: Lokale Projekte wie Nachbarschaftsarbeit, interkulturelle Gesundheitsförderung oder Angebote in den Quartieren sind Ankerpunkte gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen. Wichtige Stakeholder für die Koordination und die institutionelle Verankerung sind kantonale Sozial- und Gesundheitsämter, insbesondere die kantonalen Fachstellen für Gesundheitsförderung. Gleichzeitig sind es die Akteur:innen vor Ort in den Gemeinden – die Quartierzentren, Vereine, Schulen und Altersheime –, denen das grösste Potenzial zur Realisierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen zukommt.

Für die kantonale Ebene relevant sind insbesondere die von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten Kantonalen Aktionsprogramme. Diese verfolgen einen partizipativen Ansatz (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2023). Gemeinschaftsaktionen wie Quartierprojekte, Elternbildungsangebote oder Bewegungsförderung im öffentlichen Raum erhalten hier unter Berücksichtigung der konzeptionellen Grundlagen der Ottawa-Charta besondere Bedeutung (vgl. z. B. Fuchs et al., 2023; Ackermann & Amstad, 2022).

Partizipation auf kommunaler Ebene

Bei der operativen Umsetzung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen kommt den Gemeinden in der Schweiz eine zentrale Rolle zu. Die kleinräumige Struktur erlaubt die konkrete Umsetzung partizipativ orientierter Gemeinschaftsaktionen, in denen die Menschen als Expert:innen ihres Alltags eingebunden werden und Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können.

In diesem Sinne ist 40 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta auf kommunaler Ebene auch eine verstärkte Orientierung an partizipativen Ansätzen zu beobachten. Die Möglichkeit zur Teilhabe gilt als zentrales Erfolgskriterium für die kommunale Gesundheitsförderung (Fabian et al., 2018). Dies zeigt sich in verschiedenen Stadt- und Quartierentwicklungsprojekten, in denen gemeinsam mit der Bevölkerung Projekte u. a. zu Bewegungsförderung, sozialer Teilhabe und psychischer Gesundheit entwickelt werden bzw. wurden mit dem Ziel, das lokale Engagement und die Selbstverantwortung der Anwohnenden zu stärken. Auch im Label «Gesundheitsfördernde Gemeinden» wird durch das Schaffen kommunaler Gesundheitsförderungsangebote unter anderem auf die Stärkung sozialer Beziehungen fokussiert (vgl. Gesunde Gemeinde, ohne Datum). Initiiert und koordiniert durch die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX werden zudem in verschiedenen Gemeinden

beispielsweise kommunale Bewegungsförderungsprogramme wie «Active City» oder «Playgrounds» angeboten, die einen niederschwelligen Zugang zu Bewegung und Gemeinschaft bieten (RADIX, ohne Datum-b).

Exemplarisch steht in diesem Kontext auch das Projekt «Quartiers Solidaires», das von Pro Senectute gemeinsam mit Partner:innen in verschiedenen Gemeinden in der Westschweiz umgesetzt wird. Dabei werden unter Einbezug von Senior:innen gesundheitsförderliche Aktivitäten etabliert und die soziale Unterstützung in der Nachbarschaft gestärkt. Mit dem Ansatz, dass Projekte aus dem Interesse der Zielgruppen entstehen und diese bei der Entwicklung, Durchführung und Verstetigung eine tragende Rolle spielen (Ackermann & Amstad, 2022, S. 158; Pro Senectute, ohne Datum), werden die Grundideen gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen realisiert. Die Unterstützung von Nachbarschaften sowie die vermehrte Selbstbestimmung und Autonomie in Gesundheitsbelangen spielen gerade für Senior:innen eine wichtige Rolle, da sie sich in einer Lebensphase befinden, in der sie hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit besonders vulnerabel und auf die Unterstützung einer Gemeinschaft angewiesen sind. Ähnliche Projekte, die die Grundgedanken gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen implementieren, sind «Gemeinsam handeln im Unterengadin» im Kanton Graubünden, «Zämä handlä» im Kanton Nidwalden oder «ReliÂges» im Kanton Neuenburg.

Wie auf der nationalen spielt auch auf der kommunalen Ebene die Verzahnung der einzelnen Handlungsfelder der Ottawa-Charta eine wichtige Rolle. So wirken sich politische Entscheidungen in Gemeinden im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik direkt auf die sozialen Ressourcen und die Möglichkeiten zur Teilhabe aus. Relevant sind in diesem Zusammenhang auch Infrastrukturen wie beispielsweise offene Kinder- und Jugendzentren und Vernetzungsangebote wie Femmes-Tische/Männer-Tische (vgl. Beispiel 6).

4.3 Fazit

Das Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen» bildet ein wichtiges Fundament gesundheitsfördernden Handelns. Die Partizipation der Zielgruppe, die Stärkung zivilgesellschaftlicher Netzwerke und die Befähigung der Menschen, auf eigene Gesundheitsbelange Einfluss nehmen zu können, widerspiegeln nicht nur den weitgefassten Gesundheitsbegriff, der der Ottawa-Charta zugrunde liegt, sondern bilden zentrale Erfolgskriterien für gesundheitsförderliche Interventionen.

Die Betrachtung der Umsetzung des Handlungsfeldes in der Schweiz zeigt, dass auf nationaler und kantonaler Ebene punktuell ein Bewusstsein für die Bedeutung partizipativer und gemeinschaftlich organisierter Gesundheitsförderung vorhanden ist. Von einer systematischen Verankerung in Politik und Gesellschaft kann jedoch nicht gesprochen werden. Auf nationaler Ebene stehen im Gesundheitsbereich medizinische und ökonomische Fragen im Vordergrund, was die Priorisierung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen erschwert. Dies zeigt sich beispielsweise in der Tatsache, dass die Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz mit weniger als zwei Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich tief sind (OBSAN, 2025b; OECD & WHO, 2011). In Hinblick auf die langfristige Finanzierung gesundheitsförderlicher Interventionen stellt dies eine Herausforderung dar.

Auf der Ebene der Gemeinden gibt es einige vielversprechende Ansätze, die die Grundgedanken des Handlungsfeldes «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen»

implementieren. Gleichzeitig zeigt sich, dass die Handlungsfelder der Ottawa-Charta einen hohen Komplexitätsgrad und eine grosse Vielfalt aufweisen, was ihre Umsetzung erschwert. Die aktive Beteiligung der Betroffenen erfolgt zudem nicht automatisch, sondern benötigt finanzielle und zeitliche Ressourcen und Ergebnisoffenheit. Eine weitere Sensibilisierung der politischen Akteure sowie der strategisch und operativ tätigen Fachpersonen der Gesundheitsförderung für die Relevanz der Gemeinschaft, die Befähigung und die Partizipation im Sinne der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen ist deshalb nötig, um den im Handlungsfeld verankerten Paradigmenwechsel im Schweizer Kontext nachhaltig zu implementieren.

DAS HANDLUNGSFELD «GESUNDHEITSBEZOGENE GEMEINSCHAFTSAKTIONEN UNTERSTÜTZEN» IN DER PRAXIS

Beispiel 5: Partizipative Angebotsentwicklung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen im Kanton Zug

Psychische Gesundheit umfasst einen Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, Belastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann (vgl. WHO, ohne Datum). Für den Aufbau und Erhalt der psychischen Gesundheit ist die Jugendphase von besonderer Relevanz, da in dieser Zeit Entwicklungsaufgaben bewältigt und gesundheitsbezogene Verhaltensweisen verfestigt werden (Pfister et al., 2021, S. 321). Vor diesem Hintergrund lancierte das Amt für Gesundheit des Kantons Zug 2018 das Vorhaben, die für Erwachsene konzipierte Kampagne «10 Schritte für psychische Gesundheit», die Denkanstösse zum Erhalt und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit aufzeigt, jugendgerecht anzupassen. Die Umsetzung erfolgte als partizipatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt: Zehn Jugendliche aus dem Kanton Zug, die sogenannten Jugendforschenden, arbeiteten in einem viermonatigen Prozess daran, herauszufinden, was Jugendliche tun, um ihre psychische Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Basierend auf ihren Erkenntnissen entwickelten sie vier Tipps, die Jugendliche bei der Bewältigung von Herausforderungen unterstützen sollen. Darauf aufbauend beteiligten sich die Jugendforschenden an der Entwicklung eines Workshops für Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufen I und II sowie an der Konzeption einer Sensibilisierungskampagne. Das Projekt stellte die konsequente Partizipation der Jugendlichen in den Vordergrund und zielte darauf ab, wirksame Massnahmen zur psychischen Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Vorgehen, Umsetzung und Resultat
Das Projekt zeichnete sich durch einen partizipativen Ansatz aus, bei dem Jugendforschende (sechs Mädchen und vier Jungen) im Alter von 14 bis 18 Jahren aus verschiedenen Zuger Gemeinden «auf Augenhöhe» (Favre & Omlin, 2020, S. 6) mit den Projektverantwortlichen arbeiteten. Die Gruppe war heterogen in Bezug auf Bildungshintergrund und Interessen (Pfister et al., 2021). Das Projekt war in vier Phasen unterteilt (s. Favre & Omlin, 2020, S. 9–30):

- Phase 1: Mittels Photovoice, Brainstormings und dem Einbezug von Peers erarbeiteten die Jugendforschenden zentrale Themen zur psychischen Gesundheit. Ergebnis war die Identifikation von sechs relevanten Lebensbereichen: Schulstress, Social Media, Beziehungen, Freizeit, körperliches und psychisches Wohlbefinden sowie die Rolle in der Gesellschaft.

- Phase 2: Die Erwachsenenkampagne «10 Schritte für psychische Gesundheit» wurde durch die Jugendforschenden kritisch diskutiert und mit wissenschaftlicher Unterstützung auf vier jugendgerechte Tipps reduziert: «Probleme ansprechen und darüber reden», «Sich selbst akzeptieren und an sich glauben», «Ausgleich zum Alltag finden» und «Zeit sinnvoll nutzen» (Favre & Omlin, 2020, S. 18).

- Phase 3: Gemeinsam mit einem Grafiker und Texter erarbeiteten die Jugendlichen prägnante Bild- und Textbotschaften zu den vier Tipps.

- Phase 4a: Ein zentrales Element des Projekts bildete die Konzeption eines vier Lektionen umfassenden Schulworkshops für die Sekundarstufen I und II, der bis heute in Co-Leitung mit Jugendlichen durchgeführt wird.

- Phase 4b: In Zusammenarbeit mit Lernenden einer Kommunikationsagentur wurde die Kampagne «Kennsch es?» gestaltet, die mit diversen Materialien öffentlichkeitswirksam im Kanton Zug umgesetzt wurde. Zudem wurde eine Kampagnenwebseite erstellt.

Erfolgsfaktoren und Stolpersteine
Ein zentraler Erfolgsfaktor des Projekts war die konsequente Partizipation der Jugendlichen auf Augenhöhe, die zu glaubwürdigen und relevanten Ergebnissen sowie zu einer hohen Akzeptanz der Massnahmen führte (Favre & Omlin, 2020, S. 36). Die Begleitung durch die Hochschule Luzern stellte die wissenschaftliche Grundlage sicher. Ergänzend trugen externe, spezialisierte Fachpersonen zur professionellen, zielgruppengerechten Umsetzung bei. Daneben ermöglichten ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen die qualifizierte Durchführung (Pfister et al., 2021).

Die Rekrutierung und der Einbezug unterschiedlicher Akteur:innen, u. a. der Jugendforschenden, erwiesen sich als zeitintensiv, weshalb ausreichend Zeitreserven eingeplant werden mussten. Zudem erforderte die mit partizipativen Prozessen verbundene Logik eine hohe Offenheit der Leitungspersonen und Amtsmitarbeitenden (Pfister et al., 2021).

Bezug zum Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen»
Das Projekt ist ein gelungenes Beispiel für gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Es setzte konsequent auf echte Partizipation, indem Jugendliche von Beginn an in die Bedarfsbestimmung, die Entwicklung von Massnahmen und die Entscheidungsfindung einbezogen wurden. Dies stärkte die Kontrolle der Zielgruppe über ihre eigene Gesundheit und förderte ihr Empowerment sowie ihre Kompetenzentwicklung (Pfister et al., 2021). Durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Akteur:innen wurde Wissen über die Lebenswelt der Zuger Jugendlichen gesammelt und in konkrete, bedürfnisorientierte und lokale Massnahmen überführt. Der gesamte Prozess – von der Forschung über die Analyse bis zur Gestaltung und Implementierung – wurde gemeinschaftlich getragen und es konnte aufgezeigt werden, wie partizipative Angebotsentwicklung in einem Amt für Gesundheit gelingen kann.

Weiterführende Informationen:
- Projektwebseite mit Berichten: https://zg.ch/de/gesundheitsdirektion/amt-fuer-gesundheit/kinder-und-jugendgesundheit/projekte-kjg#jugendforschungsprojekt

- Kampagnenwebseite: www.kennsch-es.ch

- Forschungsbericht: https://www.kennsch-es.ch/pdf/forschungsbericht_1599479050.pdf

- Wissenschaftlicher Artikel: https://www.kennsch-es.ch/pdf/wissenschaftlicher-artikel_1612192838.pdf

Beispiel 6: Femmes-Tische & Männer-Tische – das Potenzial gemeinschaftsorientierter Gesundheitsförderung

Der im Jahre 1996 gegründete Verein Femmes-Tische/Männer-Tische hat das Ziel, durch niederschwelligen Dialog Themen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention für Personen mit Migrationserfahrung zugänglich zu machen. Im Rahmen von moderierten Gesprächsrunden werden Gesundheits-, Familien- und Integrationsthemen diskutiert – beispielsweise wie die psychische Gesundheit gestärkt oder wie gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung erreicht werden können. Auch weitere Themen wie Sucht, Älterwerden, Erziehung oder Partnerschaft werden thematisiert (für eine Übersicht der Themen vgl. Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz, ohne Datum). Im Fokus stehen der Erfahrungsaustausch und die Wissensvermittlung innerhalb einer Peergroup und das gemeinsame Finden von alltagstauglichen Lösungen. Geleitet werden die Gesprächsrunden jeweils von Peers, die von Femmes-Tische/Männer-Tische für diese Rolle ausgebildet werden und die den soziokulturellen oder sozioökonomischen Hintergrund der Teilnehmenden teilen. Die Gespräche finden in der Herkunftssprache der Teilnehmenden statt (Ackermann & Amstad, 2022, S. 116; Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz, ohne Datum; Femmes-Tische/Männer-Tische, 2024).

Im Fokus des Programmes stehen sozioökonomisch benachteiligte Frauen und Männer mit Migrationserfahrung, die sich von anderen Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten nicht angesprochen fühlen, isoliert oder einsam sind und über geringe Kenntnisse der lokalen Sprache und wenig gesundheitliche Ressourcen verfügen (Ackermann & Amstad, 2022, S. 116).

Mehrfach preisgekrönt und anpassungsfähig
Das Projekt Femmes-Tische wird seit über 25 Jahren sowohl in der Deutschschweiz als auch in der französischsprachigen Schweiz erfolgreich umgesetzt und ist ein mehrfach preisgekröntes Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm (Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz, ohne Datum). Die Gesprächsrunden werden entweder bei jemandem zuhause, in Parks oder in Institutionen wie Quartierzentren durchgeführt. Personelle, finanzielle und fachliche Ressourcen werden durch lokale Trägerorganisationen bereitgestellt (Schuwey et al., 2021, S. 2).

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass das Programm gut geeignet ist, um mit aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen umzugehen: Beispielsweise konnte das durch den Krieg in der Ukraine ausgelöste Ankommen neuer Geflüchteter und auch die Covid-19-Krise durch das Format gut aufgegriffen und die Angebote entsprechend angepasst werden (Ackermann & Amstad, 2022, S. 116; Schuwey et al., 2021). Eine umfassende Evaluation des Programmes hat aufgezeigt, dass die Gesprächsrunden bei den Teilnehmenden zu einem Wissenszuwachs, zu einer Stärkung des Verantwortungsbewusstseins und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie zu positiven Veränderungen im Alltag führten. Die soziale Teilhabe und die psychische Entlastung der Teilnehmenden wurde durch die Gesprächsrunden gefördert (Schuwey et al., 2021).

Bezug zum Handlungsfeld «Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen»
Femmes-Tische/Männer-Tische enthalten viele Elemente, die die Grundideen des Handlungsfeldes der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen exemplarisch umsetzen. Die Programme orientieren sich am Gedanken des Empowerments und der Partizipation (Femmes-Tische/Männer-Tische, 2024, S. 3f.). Die Aspekte der gemeinschaftsorientierten Stärkung der Gesundheit und der aktiven Mitgestaltung an gesundheitsfördernden Prozessen werden durch den Dialog und das Finden gemeinsamer Lösungen für alltagspraktische Probleme aufgegriffen. Durch die Möglichkeit, sich aktiv einzubringen, werden die Teilnehmenden der Gesprächsrunden als Expert:innen ihres eigenen Alltags und ihrer Gesundheit wahrgenommen. Die thematisch strukturierten Gesprächsrunden schaffen Zugang zu Informationen und zu gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten und tragen damit zur Gesundheitskompetenz und zum Empowerment der Zielgruppe bei.

Die durch die Gespräche entstehenden sozialen Netzwerke und die gegenseitige Unterstützung tragen der Idee der gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen Rechnung. Sie stärken die Kompetenzen für die Lebensbewältigung im Alltag. Die Einbindung vulnerabler Zielgruppen, die durch den Peer-Ansatz und die Niederschwelligkeit des Angebots gefördert wird, zeigt exemplarisch auf, welche Bedeutung gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen für die physische und die psychische Gesundheit haben können.

Weiterführende Informationen:
- Projektwebseite von Femmes-Tische/Männer-Tische: https://www.femmestische.ch/

- Evaluation des Programmes Femmes-Tische/Männer-Tische: Faktenblatt_062_GFCH_2021_09_-_Evaluation_Femmes_Tische (1).pdf

5 Handlungsfeld «Persönliche Kompetenzen entwickeln»

Suzanne Lischer

«Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst».
(WHO, 1986)

5.1 Einführung in das Handlungsfeld

Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen bildet ein eigenständiges Handlungsfeld der Ottawa-Charta. Dieses umfasst sowohl die Förderung individueller und sozialer Fähigkeiten als auch strukturelle Massnahmen, die zur Stärkung solcher Kompetenzen beitragen. Insbesondere im Umgang mit unterschiedlichen Lebensphasen, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sind persönliche Kompetenzen eng mit dem Konzept des lebenslangen Lernens verknüpft. Dieser kontinuierliche Lernprozess erfordert gezielte Bildungsangebote in Schule, Familie, Beruf und Gemeinwesen und setzt eine enge Zusammenarbeit von Akteur:innen aus Bildung, Gesundheitswesen, Politik und Zivilgesellschaft voraus (WHO, 1986).

Der ursprünglich in der Ottawa-Charta (WHO, 1986) definierte Handlungsbereich der «Entwicklung persönlicher Kompetenzen» zielte auf die Stärkung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung gesundheitsbezogener Anforderungen ab. Die Entwicklung persönlicher Kompetenzen steht somit in engem Zusammenhang mit den Konzepten der Gesundheitsbildung und Gesundheitskompetenz (Fry & Zask, 2017). Zwar wird der Begriff «Gesundheitskompetenz» in der Ottawa-Charta nicht ausdrücklich erwähnt, doch das darin formulierte Handlungsfeld zur Förderung persönlicher Kompetenzen greift zentrale Inhalte dieses Konzepts auf (Nutbeam, 2019). Diese inhaltliche Nähe wird insbesondere in der Definition von Gesundheitskompetenz deutlich, die Don Nutbeam und Ilona Kickbusch im Glossar zur Gesundheitsförderung (1998) wie folgt formulierten:

> "*Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people's access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people's health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy.*" (Nutbeam & Kickbusch, 1998, S. 357)

Diese Definition zeigt, dass Gesundheitskompetenz weit über das reine Verstehen von Gesundheitsinformationen hinausgeht: Sie umfasst Fähigkeiten und Selbstwirksamkeit, die notwendig sind, um sowohl individuelle Lebensbedingungen als auch gesellschaftliche Strukturen gesundheitsförderlich zu gestalten.

Gesundheitskompetenz als zentrale Dimension der Gesundheitsförderung

Die zunehmende empirische Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitskompetenz,sowie das wachsende politische und wissenschaftliche Interesse in Europa haben massgeblich zur konzeptuellen Weiterentwicklung beigetragen. Gesundheitskompetenz wird seither nicht mehr ausschliesslich im Kontext von Gesundheitsversorgung und Krankheitsprävention verortet, sondern als zentrale Dimension der Gesundheitsförderung verstanden. Im Mittelpunkt steht dabei die Befähigung von Menschen, informierte und gesundheitsförderliche Entscheidungen für ihr Leben zu treffen (De Gani et al., 2023). Aus dieser Perspektive beschreibt Gesundheitskompetenz die Fähigkeit von Individuen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und in gesundheitsförderliches Verhalten zu überführen (Sørensen et al., 2012). Sie bildet damit eine zentrale individuelle Ressource zur Bewältigung gesundheitsbezogener Anforderungen im Alltag.

Über diesen funktionalen Aspekt hinaus hat Gesundheitskompetenz im Kontext der Gesundheitsförderung auch eine normative Dimension. Im Sinne der Ottawa-Charta lässt sich der Kompetenzbegriff eng mit den Prinzipien Partizipation und Empowerment verknüpfen und als strategischer Hebel zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit verstehen (Abel & Sommerhalder, 2015). Diese Verbindung basiert auf der Annahme, dass Menschen ihr gesundheitliches Potenzial nur dann entfalten können, wenn sie befähigt werden, aktiv Einfluss auf die sozialen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen zu nehmen, die ihre Gesundheit bestimmen. Hierfür sind strukturelle Voraussetzungen erforderlich, die Teilhabe ermöglichen und die Aneignung gesundheitsbezogener Handlungskompetenzen unterstützen (Saadati & Nadrian, 2024). Somit gewinnt Gesundheitskompetenz im Kontext von Public Health eine erweiterte Bedeutung: Sie wird nicht nur als individuelles Handlungspotenzial verstanden, sondern als zentrale Gesundheitsdeterminante, die massgeblich zur Teilhabe, zum Empowerment von Bevölkerungsgruppen und zur Wirksamkeit gesundheitsfördernder Massnahmen beiträgt (Nutbeam & Lloyd, 2021).

5.1.1 Relationale und organisationale Gesundheitskompetenz

Frühere Forschungsansätze zur Gesundheitskompetenz orientierten sich vor allem an individualistischen Konzepten westlicher Gesellschaften und legten den Schwerpunkt auf die Veränderung gesundheitsbezogenen Verhaltens auf der Ebene des Einzelnen. Aktuelle Ansätze

betonen die relationale Dimension von Gesundheitskompetenz: Gesundheitsbezogene Entscheidungen werden in sozialen Kontexten und in der Interaktion mit Fachpersonen getroffen (De Gani et al., 2023). Gleichzeitig rückt der Zusammenhang zwischen den individuellen Fähigkeiten der Menschen und der Fähigkeit des Gesundheitssystems, diese angemessen zu unterstützen und zu berücksichtigen, stärker in den Fokus (Seidel et al., 2020). Die Relevanz dieser sozialen und strukturellen Einflussfaktoren wurde eindrücklich durch den European Health Literacy Survey (HLS-EU) bestätigt, die in acht europäischen Ländern einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und verschiedenen sozialen sowie demografischen Determinanten aufzeigte (Sørensen et al., 2015).

Aus diesen Befunden ergibt sich ein klarer sozialer Gradient der Gesundheitskompetenz: Niedrige Kompetenzniveaus sind überdurchschnittlich häufig mit ungesunden Lebensweisen und negativen Gesundheitsoutcomes verbunden (Pelikan et al., 2018). Vor diesem Hintergrund wird Gesundheitskompetenz zunehmend als Mediator in der Beziehung zwischen sozioökonomischem Status und Gesundheit beschrieben, etwa im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten oder den Zugang zur Gesundheitsversorgung (Mantwill, 2023). Aufgrund dieser vermittelnden Funktion gilt Gesundheitskompetenz als ein zentraler Ansatzpunkt, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu stärken, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und die Qualität der Versorgung zu verbessern (Pelikan et al., 2018). Damit rückt die Notwendigkeit von Strategien in den Vordergrund, die nicht nur individuelle Fähigkeiten adressieren, sondern auch die gesundheitsbezogenen Organisations- und Systemstrukturen, in denen Gesundheitsversorgung erfolgt und Entscheidungen getroffen werden (De Gani et al., 2023).

Ausgehend vom Verständnis einer relationalen Gesundheitskompetenz, das die Wechselwirkung zwischen individuellen Fähigkeiten und systemischer Unterstützung betont, entwickelte sich das Konzept der organisationalen Gesundheitskompetenz. Es richtet den Blick weg von einer rein individuellen Perspektive hin zu den institutionellen und strukturellen Bedingungen, die Gesundheitsentscheidungen prägen, und folgt damit dem Setting-Ansatz (vgl. Kapitel 3). Organisationale Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit von Institutionen, Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld dabei zu unterstützen, gesundheitsbezogene Informationen und Angebote aufzufinden, zu verstehen, kritisch zu beurteilen und anzuwenden, um fundierte Entscheidungen für die eigene Gesundheit sowie die anderer zu treffen (Okan et al., 2024). Organisationen, die diesen Ansatz umsetzen, werden als gesundheitskompetente Organisationen bezeichnet. Sie gestalten Informations- und Unterstützungsangebote konsequent nutzerorientiert und tragen aktiv zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz aller beteiligten Gruppen bei – etwa von Patient:innen, Mitarbeitenden oder Angehörigen. Dies umfasst insbesondere den Abbau struktureller Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsinformationen, Dienstleistungen und Angeboten (Ackermann, 2025; Okan et al., 2024). Ursprünglich im Kontext des Gesundheitswesens entwickelt (Pelikan et al., 2023), wird das Konzept heute in weiteren gesellschaftlichen Settings angewendet, darunter in Bildungseinrichtungen, in sozialen Diensten, an Arbeitsplätzen und in Gemeinden. Eine Organisation mit einer ausgeprägten organisationalen Gesundheitskompetenz schafft Rahmenbedingungen, die eine aktive und informierte Nutzung gesundheitsrelevanter Informationen ermöglichen und Personen dabei unterstützen, sich sowohl innerhalb der Organisation als auch im Gesundheitssystem insgesamt zurechtzufinden. Dazu gehört auch die Förderung von Wissen über Rechte und Navigationsmöglichkeiten im Gesundheitssystem (De Gani & Fabian, 2024).

Ein Anwendungsbeispiel organisationaler Gesundheitskompetenz ist der ambulante Patientenbrief des Amts für Gesundheit des Kantons Zürich (vgl. Beispiel 8), der die Kommunikation zwischen Fachpersonen und Patient:innen unterstützt (De Gani & Nicca, 2023). Da viele solcher Angebote von sozialberatenden Organisationen zur Verfügung gestellt werden, spielt das Sozialwesen eine Schlüsselrolle, wenn es darum geht, Menschen in herausfordernden Lebenssituationen zu erreichen und bei der Navigation im komplexen Gesundheitssystem zu unterstützen. Soziale Institutionen bieten nicht nur Informationen an, sondern schaffen auch zugängliche Strukturen, die die Gesundheitskompetenz fördern (De Gani et al., 2023).

5.2 Die Förderung von Gesundheitskompetenzen: Umsetzung in der Schweiz

Die Umsetzung des Handlungsfeldes «Persönliche Kompetenzen entwickeln» erfolgt in der Schweiz auf mehreren Ebenen und ist in zahlreichen Strategien und gesundheitsbezogenen Initiativen verankert. Die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) hebt die Förderung individueller Gesundheitskompetenz explizit als zentrale Voraussetzung für gesundheitsförderliches Verhalten hervor (BAG & GDK, 2016, S. 45). Auch die gesundheitspolitische Strategie «Gesundheit2030» (2020–2030) des Bundesrates verfolgt die Stärkung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung als eines von acht zentralen Zielen. Dieses Ziel soll durch die beiden Stossrichtungen «Optimierte Information der Bürgerinnen und Bürger» sowie «Verbesserter Umgang mit Informationen zu Gesundheit und Krankheiten» erreicht werden (BAG, 2019).

Der Handlungsbedarf zur Förderung der Gesundheitskompetenz ist unübersehbar: Nahezu jede zweite Person in der Schweiz hat häufig Mühe, Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten oder anzuwenden, insbesondere im Bereich der Krankheitsprävention. Besonders gravierend sind die Defizite in der digitalen Gesundheitskompetenz (72 Prozent) sowie in der Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden (74 Prozent). Der fortlaufende demografische Wandel, die Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie die voranschreitende digitale Transformation und auch die Infodemie, d. h. die massenhafte und schwer überprüfbare Verfügbarkeit von Informationen im Internet und in den Sozialen Medien, sind mögliche Erklärungen dafür. Der «Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021», durchgeführt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, zeigt zudem, dass Gesundheitskompetenz eng mit sozialen und sozioökonomischen Faktoren verknüpft ist: Menschen mit geringer sozialer Unterstützung und finanzieller Deprivation weisen besonders niedrige Werte auf (De Gani et al., 2021). Diese Befunde veranlassten die Allianz Gesundheitskompetenz (vgl. dazu Kapitel 5.2.2), eine Studie zu den Bedürfnissen von Menschen in herausfordernden Lebenslagen in Auftrag zu geben. Ziel war es, ihre Gesundheitskompetenz differenzierter zu erfassen und darauf aufbauend wirksame Förderansätze zu entwickeln. Die Bedarfsanalyse zeigt, dass soziale Benachteiligungen wie finanzielle Not, prekäre Arbeits- und Wohnverhältnisse oder fehlende soziale Netzwerke die Gesundheit stärker beeinflussen als ein Mangel an Gesundheitskompetenz. Selbst bei vorhandenem Präventionswissen erschweren diese Lebensbedingungen die Inanspruchnahme entsprechender Angebote. Geringe Gesundheitskompetenz, ein weniger gesundheitsförderliches Verhalten und ein schlechterer Gesundheitszustand sind folglich häufig Ausdruck solcher struktureller Determinanten. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Studie neben unterstützenden Instrumenten wie Checklisten oder Good-Practice-Sammlungen

für Fachpersonen insbesondere strukturelle Massnahmen, etwa die nachhaltige Vernetzung regionaler Angebote oder den Aufbau von Coaching-Formaten (Wieber et al., 2022).

Die Förderung von Gesundheitskompetenz muss auf mehreren Ebenen ansetzen. Sie sollte systematisch in lokale und nationale Politiken, Gesetze und Regulierungen integriert werden, um gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen und die Exposition vulnerabler Bevölkerungsgruppen gegenüber Risikofaktoren nichtübertragbarer Krankheiten zu reduzieren. Defizitorientierte Ansätze und isolierte Interventionen erweisen sich dabei als wenig wirksam. Notwendig sind integrierte, multisektorale Strategien, die individuelle, organisationale und systemische Ebenen adressieren und relevante Akteur:innen wirksam koordinieren (Osborne et al., 2022). Im Folgenden werden exemplarisch die Aktivitäten von Schulen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (5.2.1) sowie die «Allianz Gesundheitskompetenz» (5.2.2) beleuchtet. Anhand von zwei Beispielen wird so die Umsetzung dieses Handlungsfeldes in der Schweiz konkret veranschaulicht. Mit den beiden Praxisbeispielen zum Achtsamkeitsprogramm «MoMento» und dem Ambulanten Patientenbrief wird diese Analyse zusätzlich illustriert.

5.2.1 Gesundheitsfördernde Schulen

Der Ansatz der gesundheitsfördernden Schule geht auf die Ottawa-Charta (WHO, 1986) zurück, die Gesundheitsförderung als Prozess versteht, der Menschen befähigt, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit und ihre Lebensbedingungen zu erlangen. In diesem Sinne wurde der schulische Setting-Ansatz als strukturierter, partizipativer und intersektoraler Zugang entwickelt, der darauf abzielt, gesundheitsrelevante Ressourcen systematisch zu stärken und Gesundheitskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zu fördern (vgl. Kapitel 3). Gesundheitsfördernde Schulen verstehen Gesundheitsförderung dabei als integrativen Bildungs- und Organisationsprozess, der die gesamte Schulgemeinschaft einbezieht, gesundheitsförderliche Lern- und Arbeitsbedingungen etabliert und einen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten leistet (Buijs, 2009).

Auf europäischer Ebene wird dieser Ansatz durch das «Schools for Health in Europe Network (SHE)» umgesetzt (Schools for Health in Europe Network (SHE), 2024). Das von der WHO initiierte und bis 2020 durch das Gesundheitsprogramm der EU unterstützte Netzwerk umfasst derzeit 31 Mitgliedstaaten und stellt eine transnationale Public-Health-Plattform zur Verfügung. SHE entwickelt evidenzbasierte Instrumente und Materialien zur praktischen Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung in mehreren Sprachen. Die Schweiz ist mit der Stiftung «éducation21» Teil des Netzwerks. Über das nationale «Schulnetz21» begleitet die Stiftung seit über 25 Jahren Schulen bei der systematischen Verankerung von Gesundheitsförderung sowie Bildung für Nachhaltige Entwicklung (BNE). Aktuell sind rund 2’000 Schulen aus allen vier Sprachregionen beteiligt – etwa 350’000 Schülerinnen und Schüler profitieren von einem Unterricht, der gesundheitliche Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung fördert (Schulnetz21, ohne Datum). Ein exemplarisches schulbasiertes Achtsamkeitsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit und der Lebenskompetenzen von Schülerinnen und Schülern ist «MoMento» (vgl. Beispiel 7). Die Förderung persönlicher Kompetenzen findet sich auch im Lehrplan 21 wieder, der soziale, personale und gesundheitliche Kompetenzen als verbindliche überfachliche Bildungsziele definiert (vgl. dazu z. B. Högger, 2015).

Dass gesundheitsfördernde Schulen die physische und psychosoziale Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie des schulischen Personals nachhaltig verbessern können,

wird durch Studien belegt (Buijs, 2009; Dadaczynski et al., 2015). Durch die Verbindung von Bildung, Partizipation und institutioneller Verankerung tragen diese Schulen wesentlich zur Stärkung der Gesundheitskompetenz bei und unterstützen die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten im Sinne der Leitlinien der Ottawa-Charta (1986).

5.2.2 Netzwerke und Allianzen

Auf struktureller Ebene trägt eine hohe Gesundheitskompetenz dazu bei, die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit gesundheitsbezogener Politiken, Programme und Investitionen zu erhöhen, insbesondere in den Bereichen Bildung, Verwaltung und Gesundheitsversorgung. Organisationen, die sich für Gesundheitskompetenz engagieren, arbeiten dabei vernetzt, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine gesundheitskompetente Bevölkerung fördern (Ackermann, 2025).

Ein Beispiel aus der Schweiz ist die Allianz Gesundheitskompetenz, die 2010 von Public Health Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz, der Careum Stiftung, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH sowie der MSD Merck Sharp & Dohme AG gegründet wurde. Im Jahr 2025 erfolgte eine Überarbeitung von Vision, Mission, Werten und strategischer Ausrichtung. Seither wird die Allianz als Netzwerkstruktur weitergeführt und kontinuierlich ausgebaut. Die Vision der Allianz besteht darin, Gesundheitskompetenz in der Schweiz auf gesellschafts- und gesundheitspolitischer Ebene zu verankern und damit grundlegende Rahmenbedingungen für deren Förderung zu schaffen. Die Mission zielt darauf ab, relevante Akteure und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitskompetenz in einem nationalen Netzwerk zu bündeln und durch koordinierte Aktivitäten Impulse für deren Stärkung zu setzen (Allianz Gesundheitskompetenz, o. J.)

5.3 Fazit

Die Ottawa-Charta bildet den normativen und konzeptionellen Rahmen für die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten, in denen Gesundheitskompetenz als zentrale Ressource verstanden wird. Als Schlüsselkompetenz ermöglicht sie Menschen, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, zu bewerten und im Alltag anzuwenden, und trägt so massgeblich zur Stärkung individueller und kollektiver Gesundheitsressourcen bei. Im Sinne eines relationalen Verständnisses stellt Gesundheitskompetenz nicht nur eine individuelle Fähigkeit dar, sondern erfordert zugleich strukturelle und organisationale Bedingungen, die gesundheitsförderliches Handeln ermöglichen. Eine systematische Förderung von Gesundheitskompetenz in unterschiedlichen Lebenswelten leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit und zur Umsetzung der Leitprinzipien der Ottawa-Charta.

Gerade an der Wechselwirkung zwischen individuellen Kompetenzen und strukturellen Voraussetzungen wird jedoch sichtbar, wo die zentralen Herausforderungen der Schweizer Umsetzungspraxis liegen. Trotz vielfältiger Initiativen bleibt die Förderung der Gesundheitskompetenz in der Schweiz mit bedeutenden Herausforderungen verbunden. Der soziale Gradient, der sich in der Gesundheitskompetenz zeigt, führt dazu, dass gerade jene Bevölkerungsgruppen, die am meisten Unterstützung benötigen, bestehende Angebote am wenigsten nutzen können. Zusätzlich erschwert die fragmentierte Landschaft gesundheitsbezogener Programme infolge der föderalen Strukturen eine kohärente, koordinierte und flächendeckende Umsetzung. Um Gesundheitskompetenz nachhaltig zu

stärken, braucht es daher eine bessere Abstimmung zwischen den Akteuren, eine verbindlichere Steuerung sowie gezielte Massnahmen zur Reduktion sozialer Ungleichheiten. Erst durch ein solches Zusammenspiel struktureller und individueller Ansätze kann Gesundheitskompetenz langfristig zu mehr gesundheitlicher Chancengleichheit beitragen.

DAS HANDLUNGSFELD «PERSÖNLICHE KOMPETENZEN ENTWICKELN» IN DER PRAXIS

Beispiel 7: Projekt «MoMento – Lebenskompetenz macht Schule»

In den letzten Jahren liess sich ein deutlicher Anstieg psychosozialer Belastungen bei Kindern und Jugendlichen beobachten. Sie empfinden den Alltag in unserer schnelllebigen und anspruchsvollen Gesellschaft zunehmend als belastend. Stress, Leistungsdruck und das Gefühl der Überforderung sind für viele junge Menschen mittlerweile fester Bestandteil ihres täglichen Lebens. Laut der Stress-Studie von Pro Juventute (2021) berichten rund 45 Prozent der 14- bis 15-Jährigen von einem hohen Stressniveau. Ergänzend zeigt die HBSC-Studie (2025), dass im Jahr 2022 etwa 41 Prozent der befragten 11- bis 15-Jährigen angaben, in den vorangegangenen sechs Monaten mehrmals wöchentlich oder täglich mindestens zwei von elf möglichen chronischen Beschwerden erlebt zu haben – darunter Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Nervosität, Einschlafprobleme oder anhaltende Sorgen (MoMento, 2025).

Gleichzeitig beklagen Lehrpersonen einen zunehmenden Mangel an grundlegender Selbstregulations- und Konzentrationsfähigkeit bei Schülerinnen und Schülern, was nicht nur den Lernprozess beeinträchtigt, sondern auch zur psychischen Belastung im Lehrberuf beiträgt. Zwischen 10 und 30 Prozent der Lehrpersonen gelten als burnoutgefährdet (MoMento, ohne Datum).

Psychische Gesundheit durch Achtsamkeit
Das schulbasierte Achtsamkeitsprogramm «MoMento – Lebenskompetenz macht Schule» adressiert diese Herausforderungen im Sinne eines gesundheitsfördernden, präventiven Public-Health-Ansatzes. MoMento stellt das erste umfassende Achtsamkeitsprogramm in der Schweiz dar, das auf sozio-emotionales Lernen und die Gestaltung gelingender Beziehungen über die gesamte obligatorische Schulzeit hinweg ausgerichtet ist. Das Programm basiert auf internationalen Erfahrungen, verfolgt einen gesamtinstitutionellen Ansatz und orientiert sich an den Grundsätzen des Lehrplans 21. Im Zentrum stehen die Förderung zentraler Lebenskompetenzen bei Lehrpersonen sowie Schülerinnen und Schülern, darunter Selbstwahrnehmung, Emotions- und Selbstregulation, Beziehungsfähigkeit sowie verantwortungsvolles Entscheidungsfinden. Diese psychosozialen Schlüsselkompetenzen gelten als wesentliche Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit, tragen zur Entwicklung tragfähiger sozialer Beziehungen bei, erhöhen die schulische Motivation und Lernbereitschaft und leisten somit einen substanziellen Beitrag zur Förderung eines positiven Klassen- und Schulklimas (MoMento, ohne Datum).

Achtsamkeit – verstanden als trainierbare Fähigkeit, die eigene Aufmerksamkeit bewusst und nicht-wertend auf den gegenwärtigen Moment zu richten – hat sich als wirksamer Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit, des allgemeinen Wohlbefindens und der sozialen Kompetenzen erwiesen. Es stärkt zentrale Lebenskompetenzen wie Selbstregulation, Selbstreflexion und Konfliktfähigkeit und trägt damit zur Förderung der psychischen Gesundheit, zur Gewalt- und Suchtprävention sowie zu einem positiven Schulklima bei. MoMento ist curricular im Lehrplan 21 verankert und fördert sowohl individuelle Ressourcen als auch strukturelle Bedingungen für gesundes Aufwachsen und Arbeiten in der Schule (MoMento, ohne Datum).

Zielgruppen
Das Projekt richtet sich primär an Lehrpersonen sowie an schulische Fachpersonen. In einem ersten Schritt sollen deren Achtsamkeit und Lebenskompetenzen gestärkt werden, bevor diese Kompetenzen in einem zweiten Schritt auch bei den Schülerinnen und Schülern gefördert werden. Durch das konsequente Vorleben achtsamer Praxis durch die Lehrperson kann bei Jugendlichen eine stärkere Offenheit gegenüber dem Thema Achtsamkeit ermöglicht werden. Eine achtsame Klassenführung sowie eine reflektierte Beziehungsgestaltung zu den Schülerinnen und Schülern werden als zentrale Einflussfaktoren betrachtet. Durch das Eingehen auf die natürlichen Bedürfnisse der Jugendlichen wird die Voraussetzung geschaffen, eine authentische Achtsamkeitspraxis zuzulassen und zu fördern (MoMento, 2025).

Vorgehen und Umsetzung
Achtsamkeitstraining ist eine Schulung des Bewusstseins. Es fördert wichtige Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, soziales Bewusstsein, Beziehungsfähigkeit und verantwortungsbewusstes Entscheiden. Auf diese Weise stärkt es langfristig Resilienz und psychisches Wohlbefinden. Das Programm startet mit einem achtwöchigen Lehrpersonentraining, in dem die Lehr- und schulischen Fachpersonen die Achtsamkeitspraxis für sich selbst entdecken und ihre Kompetenzen für achtsames Unterrichten stärken. Im zweiten Teil des Trainings erhalten sie Einblick in die pädagogischen Materialien für ein MoMento-Klassentraining mit den Schülerinnen und Schülern und üben sich im Anleiten von Übungen, Spielen und weiteren Bestandteilen und Strategien des Programmes. Auch die achtsame Beziehungsgestaltung und Klassenführung werden vertieft behandelt. Nach Abschluss des Lehrpersonentrainings können die verschiedenen und flexibel anwendbaren Elemente der drei Lehrmittel MoMento Teddy, MoMento Kids und MoMento Youth mit den Schülerinnen und Schülern in Form eines Klassentrainings umgesetzt werden.

Die Teilnahme am Programm ist für Schulen wie auch die einzelnen schulischen Fachpersonen freiwillig. Der Einstieg erfolgt häufig über einen Kennenlern-Workshop, auf dessen Grundlage die Teilnehmenden entscheiden können, ob sie an einem MoMento-Lehrpersonentraining teilnehmen möchten (MoMento, ohne Datum).

Ergebnisse und Best Practices
Seit 2017 hat MoMento gut 800 Lehr- und Fachpersonen aus allen Deutschschweizer Kantonen durch unterschiedliche Trainingsformate weitergebildet. Alle Trainingsformate werden fortlaufend evaluiert. Teilnehmende, involvierte Schulleitungen sowie Trainingsleitende geben Rückmeldungen zur Wirksamkeit und Umsetzbarkeit im Alltag. Zudem werden externe Evaluationen in Kooperation mit Forschungsinstituten durchgeführt – bisher mit der Universität Bern und der Pädagogischen Hochschule Luzern –, die die Effekte auf Lehrpersonen und Schülerinnen und Schüler erfassen (MoMento, ohne Datum).

Bezug zum Handlungsfeld der Ottawa-Charta
Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO, 1986) verschob sich der Fokus von einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell hin zu Gesundheitsressourcen und -potenzialen. Primäre Lebenswelten wie Schulen gewinnen dabei besondere Bedeutung, da Gesundheit als Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels individueller, sozialer, sozioökonomischer und kultureller Faktoren verstanden wird (Dahlgren & Whitehead, 1991).

MoMento setzt genau hier an: Das Programm stärkt Schulen als Lebenswelt, in der Schülerinnen, Schüler und Lehrpersonen ihre psychische Gesundheit aktiv mitgestalten können. Anstatt nur Wissen über Krankheiten oder Risikoverhalten zu vermitteln, werden Kinder und Jugendliche direkt in die Erfahrung und Reflexion von Achtsamkeit eingebunden. Damit fördert MoMento die Entwicklung von Lebenskompetenzen, die laut Ottawa-Charta entscheidend für die Gesundheitsförderung sind: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Beziehungsfähigkeit und verantwortungsbewusstes Entscheiden. Zugleich berücksichtigt MoMento das Wohlbefinden aller in Schulen Tätigen, einschliesslich Lehrpersonen, Schulleitungen und weiteren Beteiligten. Damit folgt es dem Paradigma der Gesundheitsfördernden Schule (IUHPE, ohne Datum) und trägt zu einer Schulkultur bei, die auf gemeinsames Lernen, Partizipation und ein gesundheitsförderndes Umfeld setzt (Buijs, 2009).

Weiterführende Informationen:
- https://momento.swiss/

Beispiel 8: Projekt «Ambulanter Patientenbrief zur Stärkung der Gesundheitskompetenz»

Knapp die Hälfte der Schweizer Bevölkerung hat Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen. Dazu kommt, dass viele Patient:innen die in der Sprechstunde besprochenen Informationen schlecht verstehen oder sich nicht alles merken können.

Im Rahmen eines vierjährigen, von Gesundheitsförderung Schweiz unterstützten, Projekts wird deshalb eine neuartige digitale Lösung entwickelt, die es Fachpersonen der ambulanten medizinischen Versorgung ermöglichen soll, Patient:innen mit chronischen Rückenschmerzen nach der Sprechstunde einen leicht verständlichen, digitalisierten und individualisierten Patientenbrief mitzugeben. Dieser soll es den Patient:innen erleichtern, das Besprochene zu verstehen sowie Entscheidungen zu treffen und umzusetzen. Das Ziel dieser Lösung ist, trotz der begrenzten Zeit der Sprechstunde dazu beizutragen, die Erinnerung und das Verständnis der im Gespräch vermittelten Informationen zu verbessern, die Umsetzung ärztlicher Empfehlungen im Alltag zu unterstützen sowie die Patient:innen zu einem höheren Mass an Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz zu befähigen. Dadurch sollen sie mehr Eigenverantwortung im Umgang mit ihrer Gesundheit oder Krankheit übernehmen können (Careum, ohne Datum).

Vorgehen und Umsetzung
Zu Beginn des Projekts erfolgte eine Kontextanalyse, um das konkrete Einsatzsetting und die thematische Ausrichtung des Patientenbriefs (chronische Rückenschmerzen) sowie die beteiligten Projektpartner zu identifizieren. Auf diesen Ergebnissen aufbauend wurden in enger Zusammenarbeit mit den Projektpartnern sowie mit Patient:innen nicht nur der Aufbau und Inhalt des Patientenbriefs, sondern auch Massnahmen entwickelt, die die Implementierung der digitalen Lösung im Alltag der Fachpersonen sowie der Patient:innen unterstützen (Amt für Gesundheit, Kantonsärztlicher Dienst, 2025).

Ergebnisse und Best Practices
Das Projekt läuft im Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2026. Ergebnisse liegen zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vor. Die Wirksamkeit der Umsetzung wird mithilfe qualitativer und quantitativer Methoden evaluiert.

Der Ansatz des Patientenbriefs wurde jedoch bereits in Deutschland erprobt. Von 2017 bis 2020 entwickelte und testete die gemeinnützige GmbH «Was hab‘ ich?» einen ähnlichen Patientenbrief im stationären Setting am Herzzentrum Dresden. Diese Intervention wurde vom Bereich Allgemeinmedizin der TU Dresden evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass Patientenbriefe ein wirksames und praxistaugliches Instrument zur Förderung der Gesundheitskompetenz sind (Riemenschneider et al., 2022).

Bezug zum Handlungsfeld der Ottawa-Charta
Gesundheitsbezogene Entscheidungen werden nicht isoliert getroffen, sondern in sozialen Kontexten wie Familie, Gemeinschaft, am Arbeitsplatz oder im Austausch mit Gesundheitsfachpersonen. In solchen Situationen zeigt sich Gesundheitskompetenz besonders dann, wenn Menschen über ausreichende Fähigkeiten verfügen, um sich im oft komplexen Gesundheitssystem zurechtzufinden, Gesundheitsangebote gezielt zu nutzen und medizinische Empfehlungen umzusetzen (Abel, 2018).

Hier bietet die Lösung des Patientenbriefs Unterstützung, indem die Kommunikation zwischen medizinischen Fachpersonen und Patient:innen gestärkt wird. In einem relationalen Verständnis ist Gesundheitskompetenz jedoch nicht nur als individuelle Fähigkeit zu verstehen, sondern auch als Ergebnis und Ausdruck unterstützender struktureller und organisationaler Bedingungen. Damit gesundheitsförderliches Verhalten möglich wird, braucht es förderliche Rahmenbedingungen in verschiedenen Lebenswelten (De Gani et al., 2023). Eine systematische Stärkung der Gesundheitskompetenz in diesen Kontexten leistet einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit und zur Umsetzung dieses Handlungsfeldes der Ottawa-Charta.

Weiterführende Informationen:
- https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-ambulanter-patientenbrief

6 Handlungsfeld «Neuorientierung der Gesundheitsdienste»

Manuela Eder

«Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.»
(WHO, 1986)

6.1 Einführung in das Handlungsfeld

Das fünfte Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren» fordert eine grundlegende Transformation des Gesundheitssystems weg von einer rein kurativen, krankheitszentrierten Versorgung hin zu einem ganzheitlichen, präventiven und partizipativen Ansatz. Ziel ist eine Ausrichtung, die nicht nur Krankheiten behandelt, sondern aktiv Gesundheit fördert, Prävention stärkt und Empowerment ermöglicht. Diese Neuausrichtung betrifft alle Akteur:innen im Gesundheitswesen – von Fachpersonen über Einrichtungen bis zur Politik – und verteilt die Verantwortung für Gesundheitsförderung auf alle Ebenen. Gesundheitsdienste sollen Strukturen und Prozesse so gestalten, dass gesundheitsförderliche Interventionen zur Regel werden. Damit markiert die Ottawa-Charta einen Paradigmenwechsel von reaktiver Behandlung hin zu proaktiver Gesundheitsförderung (WHO, 1986).

Eine solche Neuausrichtung des Gesundheitssystems erfordert tiefgreifende strukturelle und kulturelle Veränderungen. Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler, Praxen oder Pflegeinstitutionen müssen ihre Strukturen, Prozesse und Qualifikationsprofile so gestalten, dass sie nicht nur medizinische Leistungen erbringen, sondern auch biologische, psychosoziale und ökologische Gesundheitsdeterminanten systematisch berücksichtigen (Catford, 2014). Damit übernehmen sie eine aktive Rolle in der Gesundheitsförderung und gestalten im Sinne des biopsychosozialen Modells der WHO gesundheitsförderliche Lebens- und

Arbeitsbedingungen mit. Für eine nachhaltige Umsetzung braucht es entsprechende Strukturen: Leitungsfunktionen für Public Health, präventionsorientierte Datenanalysen sowie kontinuierliche Qualitäts- und Wirkungsevaluationen (Larson, 2025; Röthlin et al., 2015). Zudem müssen Aus- und Weiterbildungen interdisziplinäres, partizipatives Denken sowie präventive Versorgungsmodelle fördern, um neue Evidenz rasch in die Praxis zu überführen und den institutionellen Wandel langfristig zu verankern (Wilberg et al., 2021; Ziglio et al., 2011).

Veränderung der Rollen im Gesundheitssystem

Mit der Neuausrichtung verbunden ist auch ein verändertes berufliches Selbstverständnis der Gesundheitsberufe: Gesundheitsfachpersonen verstehen sich zunehmend als Initiator:innen und Begleiter:innen präventiver und empowernder Prozesse (De Gani et al., 2025). Sie fördern Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit von Patient:innen, Angehörigen und Bevölkerung, indem sie aufklären und partizipative Handlungsspielräume eröffnen (Fries, 2020; Griese & Schaeffer, 2025).

Gesundheitsförderung in der Versorgung gelingt jedoch nur, wenn Menschen ihre Bedürfnisse artikulieren und Massnahmen mitgestalten können (Ischer & Saas, 2021). Patient:innen sowie Selbsthilfe- und Patient:innenorganisationen sind dabei als aktive Partner:innen in die Planung, Umsetzung und Evaluation einzubeziehen. Partizipative Formate – von Trialogen bis zu digitalen Feedback-Tools – aktivieren lokale Ressourcen und ermöglichen passgenaue Interventionen (Hartung et al., 2025). Dies fördert Akzeptanz und Nachhaltigkeit (Stutz Steiger, 2015; Wise & Nutbeam, 2007). Partizipation allein genügt jedoch nicht: Sie muss mit einer professionellen Haltung einhergehen, die soziale, kulturelle und ökonomische Unterschiede anerkennt und in konkrete Versorgungsangebote übersetzt (Hartung & Rosenbrock, 2022). Niederschwellige Gesundheitsförderung zeigt sich etwa in mehrsprachigen Materialien, mobilen Angeboten in benachteiligten Quartieren oder flexiblen Terminstrukturen – mit dem Ziel, strukturelle Zugangsbarrieren abzubauen (Wise & Nutbeam, 2007; Ziglio et al., 2011).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit als zentrales Element

Ein zentrales Element der Neuausrichtung ist die interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit (Khoury Auert et al., 2024). Gesundheitsdienste sollen nicht isoliert agieren, sondern eng mit Bereichen wie Bildung, Soziales, Umwelt und Wirtschaft kooperieren (WHO, 1986). Beispiele sind institutionalisierte Kooperationen zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung, die sich seit den 2000er-Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmend etabliert haben (Kofahl et al., 2016; Kofahl, 2022). Ein weiterer Ansatz ist das Konzept des Social Prescribing, das im angelsächsischen Raum bereits erfolgreich umgesetzt wird und das Ziel verfolgt, Patient:innen mit psychosozialen Belastungen an soziale, nicht-medizinische Angebote in der Gemeinde zu vermitteln (Mulligan et al., 2024). Solche Ansätze stärken sowohl die individuelle Gesundheitskompetenz als auch gemeinschaftliche Ressourcen. Diese intersektorale Vernetzung setzt das erweiterte Mandat der Ottawa-Charta praktisch um: Gesundheitsdienste übernehmen eine vermittelnde Rolle über den klinischen Bereich hinaus, um gesundheitsförderliche Bedingungen in Bildung, Raumplanung oder Sozialpolitik zu schaffen (Khoury Auert et al., 2024; WHO, 1986). Damit verschiebt sich der Fokus von reiner Krankheitsbehandlung hin zu einer ganzheitlichen Steuerung von Gesundheitsdeterminanten, wie es die Ottawa-Charta verlangt, und es entsteht eine systemische Verankerung von Gesundheit als Querschnittsaufgabe in allen Sektoren (Ziglio et al., 2011).

6.1.1 Relevanz des Handlungsfeldes

Das Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren» gewinnt angesichts aktueller demografischer, epidemiologischer, ökologischer und ökonomischer Herausforderungen an Relevanz. Gefordert ist ein systemischer Wandel hin zu einer ganzheitlichen, präventiven und partizipativen Gesundheitsversorgung – als Voraussetzung für eine zukunftsfähige, gerechte und nachhaltige Versorgung.

Demografische, epidemiologische und soziale Herausforderungen

Nichtübertragbare Krankheiten (NCD) verursachen weltweit rund 75 Prozent aller Todesfälle und belasten Gesundheitssysteme stark (WHO, 2025a). Der demografische Wandel bringt eine alternde Bevölkerung mit komplexen, chronischen Bedarfen mit sich (Blüher & Kuhlmey, 2023). Soziale Ungleichheiten, Urbanisierung und Migration verschärfen den Druck auf die gesundheitliche Chancengleichheit (Staiger, 2024). Bestehende, kurativ ausgerichtete Versorgungsstrukturen stossen hierbei zunehmend an ihre Grenzen (Struckmann et al., 2021).

Effizienz und Nachhaltigkeit

Die Gesundheitsausgaben steigen weltweit kontinuierlich. In der Schweiz beliefen sie sich 2024 auf etwa 11.8 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Damit gehört die Schweiz zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich (OECD, 2023). Ein erheblicher Teil der Mittel fliesst in kurative Leistungen, während Prävention und Gesundheitsförderung unterfinanziert bleiben. So machen Ausgaben in die Prävention nur einen Anteil von 1.8 Prozent der Gesamtausgaben im Schweizer Gesundheitssystem aus (OBSAN, 2025b). Eine Neuausrichtung hin zu präventiven, gesundheitsfördernden und interdisziplinären Ansätzen kann dazu beitragen, Ressourcen gezielter einzusetzen, Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und die Versorgung insgesamt effizienter zu gestalten (Effertz, 2023).

Koordination und Kooperation

Die zunehmende Komplexität von Gesundheitsproblemen und der Mangel an Fachkräften erfordern sektorübergreifende Kooperationen (Struckmann et al., 2021). Eine Neuorientierung der Gesundheitsdienste stärkt die Koordination zwischen ambulanter, stationärer und gemeindenaher Versorgung, vermeidet dadurch Doppelstrukturen und schliesst Versorgungslücken (Neugebauer et al., 2022). Gleichzeitig bestehen erhebliche regionale und gruppenspezifische Unterschiede in der Versorgung (OECD, 2023). Eine adaptive Steuerung mit klaren Versorgungszielen und kontinuierlicher Qualitätsentwicklung ermöglicht es, gezielter auf lokale Bedarfe einzugehen und die Versorgung effizienter zu gestalten (Neugebauer et al., 2022).

Public Health, Partizipation und Gesundheitskompetenz

Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste schafft einen Rahmen, um Public-Health-Prinzipien systematisch in die Versorgung zu integrieren. Die WHO (2020) betont, dass die Verbindung von Primärversorgung und Public Health entscheidend ist, um soziale Determinanten wie Bildung, Einkommen oder Umwelt wirksam zu adressieren. Dies stärkt nicht nur Prävention und Resilienz, sondern entlastet langfristig das Versorgungssystem.

Partizipative Formate – etwa Patient:innenbeiräte[3] oder Co-Design[4] – erhöhen nachweislich die Akzeptanz, Wirksamkeit und Effizienz gesundheitsbezogener Massnahmen (Ischer & Saas, 2021; Sharma et al., 2018; Silvola et al., 2023). Damit einher gehen Strukturen, die demokratische Legitimation und institutionelles Lernen fördern.

Flexibilisierung und Anpassungsfähigkeit

Die Erfahrungen aus der Covid-19-Pandemie haben gezeigt, wie wichtig es ist, dass Gesundheitsdienste schnell auf neue Bedrohungen reagieren und ihre Strukturen anpassen können (Neugebauer et al., 2022). Eine gezielte Neuausrichtung verbessert die Fähigkeit, auf Krisen, demografische Veränderungen und neue Krankheitsbilder zu reagieren, indem sie die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Sektoren und Akteuren fördert (Kricheldorff, 2020). Auch die Förderung der Gesundheitskompetenz durch die Gesundheitsdienste stärkt die Resilienz der Gesellschaft gegenüber Krisen und entlastet langfristig das Versorgungssystem. Zukünftige Herausforderungen wie Pandemien, Zivilisationskrankheiten und psychische Belastungen erfordern ein Gesundheitssystem, das nicht nur reagiert, sondern proaktiv agiert (Khoury Auert et al., 2024).

6.1.2 Theoretische Grundlagen

Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste erfordert mehr als operative Anpassungen – sie bedingt eine normative Neuausrichtung entlang partizipativer, ressourcenorientierter und strukturverändernder Public-Health-Ansätze. Ansätze wie die Salutogenese, Health Promoting Hospitals (HPH) und das sozioökologische Modell bieten hierfür zentrale Bezugsrahmen (Fries, 2020; Ziglio et al., 2011).

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky rückt nicht Krankheit, sondern die Entstehung und Erhaltung von Gesundheit in den Fokus (Antonovsky, 1997). Für Gesundheitsdienste bedeutet dies, Defizitorientierung zu überwinden und kontextuelle sowie personale Ressourcen gezielt zu stärken, z. B. durch kultursensible Information, Empowerment oder gesundheitskompetenzfördernde Strukturen (Eriksson, 2017).

Das Konzept der HPH wurde 1988 von der WHO als Strategie zur Integration von Gesundheitsförderung in Spitäler eingeführt. Mit der Weiterentwicklung des Konzepts wurden fünf zentrale Standards etabliert: Managementpolitik, Patient:innenzentrierung, gesundheitsfördernde Arbeitsumgebung, Kooperation sowie Kontinuität der Versorgung (WHO, 2007). Die revidierten «HPH-Standards 2020» operationalisieren diesen Anspruch und definieren fünf Handlungsfelder: organisatorisches Commitment, Zugangsgerechtigkeit, partizipative Versorgung, gesunde Arbeitswelten sowie gesellschaftliche Verantwortung (International HPH Network, 2020). Diese Standards verbinden Public Health mit Qualitäts- und Sicherheitszielen und dienen zugleich als Instrument zur Reflexion und Steuerung. Trotz internationaler Verbreitung ist ihre Umsetzung oft fragmentarisch. Hindernisse sind begrenzte Evidenz, strukturelle Barrieren und mangelnde Systemintegration (Röthlin et al., 2015). Kritisiert werden unter anderem eine mangelnde Evidenz der Wirksamkeit, praktische Hürden sowie die unzureichende Integration in bestehende Spitalstrukturen. Daher wird empfohlen,

[3] Patient:innenbeiräte sind formal eingesetzte Gremien von Patient:innen, die sich regelmässig mit Mitarbeitenden einer Gesundheitsorganisation austauschen, um Versorgungsqualität, Prozesse und Patient:innenerfahrungen systematisch zu verbessern und eine kontinuierliche, strukturell verankerte Patientenbeteiligung sicherzustellen (Sharma et al., 2018).
[4] Co-Design bezeichnet partizipative Gestaltungsansätze, bei denen Patient:innen gemeinsam mit Fachpersonen Gesundheitsdienstleistungen entwickeln oder verbessern (Silvola et al., 2023).

die Implementierung mithilfe eines umfassenden Modells wie dem sozioökologischen Modell zu analysieren (Fries, 2020). Dieses Modell begreift Gesundheit als Resultat ineinandergreifender Systemebenen – vom Individuum bis zu gesellschaftlichen Strukturen (Bronfenbrenner, 2009). Für die Umsetzung von HPH bietet es ein differenziertes Analyseraster (Mahmoodi & Shaghaghi, 2019):

- *Intrapersonal*: Gesundheitskompetenz, berufliches Selbstverständnis
- *Interpersonal*: Führung, Mitarbeitendenpartizipation
- *Institutionell*: Organisationskultur, Ressourcen
- *Gemeinschaftlich*: Sichtbarkeit, Partnerschaften
- *Politisch*: rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die drei hier beschriebenen Konzepte ergänzen sich: Salutogenese liefert die ressourcenorientierte Grundlage, HPH operationalisiert sie in Organisationen und das sozioökologische Modell erweitert den Blick auf strukturelle Determinanten. Gemeinsam ermöglichen sie einen theoriegeleiteten, mehrdimensionalen Ansatz, der dem Handlungsfeld «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» der Ottawa-Charta entspricht. Ihre Umsetzung erfordert politischen Willen, institutionelle Kapazitäten und die Bereitschaft zur kritischen Reflexion bestehender Machtverhältnisse.

6.2 Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Umsetzung in der Schweiz

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist föderal organisiert: Die Hauptverantwortung für Planung, Finanzierung und Aufsicht liegt bei den Kantonen, während der Bund die Rahmengesetzgebung, Sozialversicherung und nationalen Strategien verantwortet. Laut Art. 118 BV ist der Bund zudem für den übergeordneten Schutz der öffentlichen Gesundheit zuständig – etwa in Bereichen wie Pandemiemanagement, Strahlenschutz oder Suchtpolitik. Diese Mehrebenenstruktur schafft sowohl Spielräume als auch Koordinationsprobleme, die eine kohärente Neuorientierung der Gesundheitsdienste erschweren. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor:innen (GDK) übernimmt hier eine zentrale Koordinationsfunktion und hat die integrierte Versorgung strategisch priorisiert (GDK, ohne Datum).

6.2.1 Politische, gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen

Gesetzlich ist Gesundheitsförderung im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert: Seit der Revision 1996 sind Krankenversicherer zur Förderung der Krankheitsverhütung verpflichtet (Art. 19 KVG). Mit einem jährlichen Präventionsbeitrag durch die Prämienzahlenden wird die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz finanziert (Art. 20 KVG), die Prävention in der Gesundheitsversorgung als einen strategischen Schwerpunkt definiert und damit zur Neuorientierung der Gesundheitsdienste beiträgt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024, S. 11). Im Rahmen der Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)» unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz Projekte, die strukturelle oder prozessorientierte Veränderungen in Gesundheitsinstitutionen anstossen

(Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-g). Ziel der PGV ist es, präventive Interventionen und gesundheitsförderliche Strukturen entlang des Versorgungspfads zu verankern – insbesondere an den Schnittstellen zwischen professioneller Versorgung, Gemeinwesen und Lebenswelt der Betroffenen. Ein besonderer Fokus liegt auf vulnerablen Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko oder bestehender Morbidität (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-g).

Seit 2021 werden im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes zudem befristete Pilotprojekte mit alternativen Kooperations- und Vergütungsmodellen bewilligt, die Prävention, Qualität und Kosteneffizienz adressieren und zur Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen sollen (Art. 59b KVG). Die ersten Projekte sind bewilligt, eine systematische Evaluation ist jedoch erst ab 2026 vorgesehen.

Auf strategischer Ebene rahmen nationale Strategien die gesundheitsfördernde Ausrichtung des Systems: Die gesundheitspolitische Strategie «Gesundheit2030» definiert Prävention, Digitalisierung und Gesundheitskompetenz als prioritäre Handlungsfelder (BAG, 2019). Im Kontext der Neuorientierung der Gesundheitsdienste ist auch die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) relevant, die eine Reduktion zentraler Risikofaktoren von NCD verfolgt und die Stärkung von gefährdeten oder erkrankten Menschen im Rahmen der PGV als zentrales Handlungsfeld definiert (BAG et al., 2024).

6.2.2 Beteiligte Akteur:innen und Programme

Die Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien in der Schweiz erfolgt durch ein vielschichtiges Akteur:innennetzwerk, das auch für die Umsetzung des Handlungsfeldes «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» relevant ist. Verantwortlich sind die Kantone und Gemeinden, die jeweils eigene Fachstellen betreiben und über die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor:innen (GDK) koordiniert agieren. Der Bund setzt dabei regulatorische Impulse und initiiert Pilotprojekte. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz fungiert als nationale Koordinationsstelle nach den Prinzipien der Ottawa-Charta. Ergänzend engagieren sich Krankenversicherer mit Programmen und digitalen Tools sowie Non-Profit-Organisationen mit Informationsarbeit, Beratung und Kampagnen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.

Förderung der Prävention in der medizinischen Versorgung

Evidenzbasierte Empfehlungen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten in der Schweiz werden vom Verein EviPrev herausgegeben (Interpharma, 2024). Das EviPrev-Programm wurde 2008 von engagierten Fachpersonen gegründet, um evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung in der medizinischen Grundversorgung zu stärken (Eviprev, 2019) Das Programm stellt u. a. personalisierte Präventionskarten und Entscheidungshilfen zur Verfügung, die Patient:innen und Fachpersonen bei partizipativen Entscheidungen unterstützen. Ziel ist es, unnötige Eingriffe zu vermeiden, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und den Zugang zur Prävention gerechter zu gestalten. Die Inhalte von EviPrev werden auch im Medizinstudium vermittelt und sind dem Fachpublikum umfassend vorgestellt worden. Allerdings liegen bisher keine konkreten Daten darüber vor, wie gut die Empfehlungen angenommen werden oder wo es möglicherweise noch Umsetzungsprobleme gibt (Interpharma, 2024).

6.2.3 Digitale Transformation als Chance

In Bezug auf die Umsetzung des Handlungsfeldes «Neuorientierung der Gesundheitsdienste» in der Schweiz spielt die digitale Transformation eine zentrale Rolle. Sie eröffnet neue Möglichkeiten für eine personenzentrierte, koordinierte und zugängliche Versorgung (D'Onofrio, 2022). Anwendungen wie Telemedizin (z. B. Online-Sprechstunden, Video-Diagnostik, E-Rezepte), elektronische Gesundheitsakten und datenbasierte Versorgungssteuerung können Qualität und Effizienz deutlich verbessern – vorausgesetzt, sie sind in ein gesundheitsförderndes Gesamtkonzept eingebettet. Die WHO betont, dass digitale Lösungen gezielt zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen können, wenn sie barrierefrei und partizipativ gestaltet sind (WHO, 2024b).

In der Schweiz vernetzen beispielsweise nationale Gesundheitsplattformen wie «Cuore» oder «Well» Leistungserbringende, Versicherungen und Patient:innen über interoperable Infrastrukturen und binden das elektronische Patientendossier automatisch ein. Damit sollen Datenbrüche vermieden und Behandlungsprozesse effizienter gestaltet werden. Gleichzeitig verlagert sich die Prävention von punktuellen Checks zu kontinuierlichem Self-Monitoring: Wearables und Sensoren erfassen Vitaldaten in Echtzeit und KI-basierte Interventionen geben individualisierte Empfehlungen oder terminieren Fachkonsultationen. Diese Entwicklung entlastet die Kurativversorgung und stärkt die Verhaltens- und Umfeldprävention. Fortschritte in KI, Robotik, Virtual Reality und Blockchain-Technologien treiben diese Transformation weiter voran. In der Schweiz besteht damit ein wachsender Konsens, dass interoperable Plattformen und patientenzentrierte Portale zentrale Voraussetzungen für eine zukunftsfähige, präventionsorientierte Versorgung sind (Angerer & Berger, 2023).

Trotz dieser Dynamik bleibt die Schweiz in Bezug auf die digitale Entwicklung im internationalen Vergleich zurück – insbesondere aufgrund kantonaler IT-Fragmentierung und Datenschutzbedenken. Diese Stagnation ist auch beim elektronischen Patientendossier (EPD) zu beobachten: Bis Mitte 2025 waren lediglich 117'017 Dossiers aktiv und die regionale Durchdringung bleibt uneinheitlich (eHealth Suisse, ohne Datum). Hürden bestehen in uneinheitlichen technischen Standards, fehlenden Anreizen sowie mangelnder Nutzerfreundlichkeit. Eine Totalrevision des EPD-Gesetzes und eine Übergangsfinanzierung ab Oktober 2024 sollen Abhilfe schaffen (eHealth Suisse, ohne Datum).

6.3 Herausforderungen und Erfolgsfaktoren

Eine europaweite Umfrage der EUPHA im Jahr 2016 zeigt: Zwar sehen 80 Prozent der Gesundheitsfachpersonen Fortschritte seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta, doch nur 44 Prozent betrachten Gesundheitsförderung als etabliert (Wilberg et al., 2021). Besonders das Handlungsfeld «Reorientierung der Gesundheitsdienste» wird schwach umgesetzt – nur 31 Prozent berichten von entsprechenden Aktivitäten in ihrer Einrichtung. Der Fokus liegt weiterhin stark auf individuellen Verhaltensansätzen (63 Prozent), was auf eine Schwächung strukturbezogener Public-Health-Strategien hindeutet. Auch in der Schweiz wird die Umsetzung durch strukturelle, finanzielle, personelle und technologische Hürden gebremst, wenngleich zentrale Erfolgsbedingungen erkennbar sind (Wilberg et al., 2021).

Auf individueller Ebene hemmen mangelndes Wissen, geringe Motivation und kurativ geprägte Haltungen die Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze (Mahmoodi & Shaghaghi, 2019; Seah et al., 2022). Die mangelnde Vertrautheit mit Konzepten der Gesundheitsförderung oder

den Standards der HPH erschwert ihre Umsetzung zusätzlich. Erfolgsfaktoren auf dieser Ebene sind gezielte Schulungen, Empowerment-Strategien und die Integration gesundheitsfördernder Aufgaben in Stellenprofile.

Institutionell erschweren Ressourcenknappheit, fehlende Priorisierung und biomedizinische Leitlogiken die Integration von Gesundheitsförderung. Dem gegenüber stehen förderliche Bedingungen wie strategische Verankerung, eine gesundheitsfördernde Unternehmenskultur, systematische Planung und Evaluation (Mahmoodi & Shaghaghi, 2019).

Partizipation und Intersektoralität als Erfolgsfaktoren

Relevante Erfolgsfaktoren für die Neuorientierung der Gesundheitsdienste sind die Förderung intersektoraler Netzwerke sowie Partizipation. Modelle wie HPH oder Social Prescribing verbinden medizinische Versorgung mit sozialen Ressourcen, verringern Versorgungslücken und stärken Gesundheitsoutcomes (Mulligan et al., 2024; Röthlin et al., 2015). Die systematische Einbindung der Bevölkerung, insbesondere durch Methoden des Co-Designs und partizipative Gremien, sowie die Förderung von Gesundheitskompetenz sind entscheidend für den nachhaltigen Erfolg gesundheitsfördernder Massnahmen (Hartung et al., 2025). Einrichtungen mit gezielter Kommunikation und empowerment-orientierten Ansätzen senken Hospitalisierungsraten, verbessern die Gesundheitsversorgung und steigern die Akzeptanz der Bevölkerung (Röthlin et al., 2015).

Kurativ ausgerichtete Finanzierungslogik

Auf Systemebene prägt die föderale Struktur das Schweizer Gesundheitswesen. Kantonale Zuständigkeiten ermöglichen regionale Innovationen, erschweren jedoch die koordinierte Umsetzung nationaler Programme und den flächendeckenden Datenaustausch. Eine zusätzliche Herausforderung ergibt sich aus der finanziellen Strukturierung des Systems, das nach wie vor stark auf kurative Interventionen ausgerichtet ist. Obwohl Art. 19/20 KVG eine gesicherte Finanzierung via Präventionsfranken verankert, machen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nur einen geringen Anteil der gesamten Gesundheitskosten aus (Boes et al., 2025), was den Zielkonflikt zwischen kurzfristig sichtbarer kurativer Leistung und langfristig wirksamer Prävention verstetigt. Zudem bleibt ein geschätztes Effizienzpotenzial von 16 bis 19 Prozent der KVG-pflichtigen Leistungen ungenutzt, da die Schweiz in zentralen Bereichen der Digitalisierung – etwa bei interoperablen elektronischen Gesundheitsakten, Telemedizin oder E-Rezepten – hinter vergleichbaren Ländern zurückliegt (Boes et al., 2025).

Ungleiche Umsetzung

Der Bund hat zwar für verschiedene einzelne Bereiche Strategien und Programme ausgearbeitet, es fehlt jedoch eine gesamtheitliche Sicht mit klar definierten Zielen. Viele Strategien und Programme sind nicht gesetzlich verpflichtend, sondern beruhen auf freiwilliger Umsetzung. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Massnahmen wird bislang ebenfalls nicht systematisch geprüft (Interface, 2024). Der Zugang zu präventiven Leistungen ist stark kantonal geprägt und dadurch ungleich. Zu zentralen Themen wie kardiovaskulärer Prävention, Krebsfrüherkennung oder Impfungen bei Erwachsenen mangelt es an verlässlichen Daten (Interpharma, 2024).

6.4 Fazit

Die künftige Reorientierung der Gesundheitsdienste wird davon abhängen, ob Governance-Instrumente zwischen Bund, Kantonen und sektoralen Netzwerken weiterentwickelt, wirkungsorientierte Evaluationen institutionell verankert, präventionsorientierte Vergütungsmechanismen geschaffen und Public-Health-Leadership- sowie Datenkompetenzen systematisch ausgebaut werden. Damit besitzen die Schweiz und ihre föderale Struktur das Potenzial, die normativen Vorgaben der Ottawa-Charta in ein lernfähiges, ressourcenorientiertes Gesundheitssystem zu überführen, das zugleich finanzielle Tragfähigkeit und partizipative Qualität sichert.

DAS HANDLUNGSFELD «GESUNDHEITSDIENSTE NEU ORIENTIEREN» IN DER PRAXIS

Beispiel 9: PEPra – Prävention im Praxisalltag

In der Schweiz nehmen nichtübertragbare Krankheiten (NCD) wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, psychische Erkrankungen und Suchtstörungen kontinuierlich zu, was steigende Präventionsbedürfnisse in der Primärversorgung nach sich zieht (Mattig, 2022). Hausärzt:innen sowie medizinische Praxisfachpersonen nehmen dabei eine zentrale Rolle ein, stehen jedoch häufig unter hohem Zeitdruck und verfügen über begrenzte strukturelle Ressourcen. Zudem mangelt es vielerorts an geeigneten Tools, Fortbildungsangeboten und regionalen Unterstützungsstrukturen (PEPra, ohne Datum).

Hier setzt das Projekt PEPra an: Es bietet ein integriertes Gesamtpaket zur strukturellen Verankerung von Prävention in der ambulanten Grundversorgung. Im Fokus stehen dabei gesamte Praxisteams – insbesondere Hausärzt:innen, Pädiater:innen, Gynäkolog:innen sowie medizinische Praxisassistent:innen und -koordinator:innen (MPA/MPK). Letztere verfügen oft über ein vertieftes Verständnis für die psychosoziale Situation der Patient:innen und sind daher besonders geeignet, um präventive Interventionen frühzeitig anzustossen (PEPra, ohne Datum).

PEPra wird zunächst in den vier Pilotkantonen Basel-Stadt, Freiburg, Luzern und St. Gallen eingeführt und erprobt. Ziel ist es, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und präventive Ansätze nachhaltig in den Praxisalltag zu integrieren. Indirekt richtet sich das Projekt auch an Patient:innen mit erhöhtem Risiko für NCD, psychische Belastungen oder Suchterkrankungen. Diese sollen durch systematisch verankerte, frühzeitige Interventionen erreicht und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden (PEPra, ohne Datum).

Vorgehen und Umsetzung
Das Projekt PEPra verfolgt einen modularen, praxisnahen Ansatz, der es ermöglicht, präventive Interventionen flexibel und alltagskompatibel in hausärztliche Strukturen zu integrieren. Die Angebote sind über die Plattform pepra.ch frei zugänglich und können individuell oder im Team genutzt werden (PEPra, ohne Datum).

Die Umsetzung des Projekts erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Pilotkantonen Basel-Stadt, Freiburg, Luzern und St. Gallen und wird im Rahmen der nationalen Initiative «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)» von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz kofinanziert und fachlich begleitet. Die Federführung liegt beim Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum) in enger Kooperation mit kantonalen Ärztegesellschaften und Gesundheitsämtern (FMH, ohne Datum; PEPra, ohne Datum).

PEPra richtet sich explizit an interprofessionelle Praxisteams, insbesondere an Hausärzt:innen, Pädiater:innen, Gynäkolog:innen sowie medizinische Praxisassistent:innen und -koordinator:innen (MPA/MPK). Die Fortbildungsangebote sind akkreditiert und kombinieren themenspezifische Inhalte mit praxisorientierten Methoden. Thematisch decken sie zentrale Bereiche der Prävention ab, darunter Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität, psychische Belastungen wie Stress und Depression, Suchtverhalten, Schmerzmedizin sowie Sturzprävention. Ergänzt wird das Angebot durch evidenzbasierte Kommunikationsmethoden wie Motivational Interviewing und Shared Decision Making, die eine partizipative Gesprächsführung mit Patient:innen fördern und die Handlungssicherheit der Fachpersonen stärken.

Ein zentrales Element des Programms sind digitale Handlungs-Tools, die vor, während und nach der Konsultation eingesetzt werden können. Diese Instrumente unterstützen die strukturierte Integration präventiver Inhalte in den Praxisablauf. Die Fortbildungen sind interaktiv aufgebaut, fördern den kollegialen Austausch und ermöglichen eine direkte Anbindung an regionale Versorgungsangebote. Durch die enge Verzahnung mit bestehenden Strukturen wird eine nachhaltige Implementierung im Praxisalltag erleichtert.

Ergebnisse und Best Practices

Evaluationsergebnisse aus dem Jahr 2025 zeigen eine hohe Akzeptanz und praktische Relevanz des PEPra-Angebots. Ein Grossteil der teilnehmenden Fachpersonen (85.9 Prozent) hebt die starke Anwendungsorientierung der Fortbildungsinhalte hervor. Besonders positiv werden die praxisnahen Übungssequenzen bewertet, die unmittelbar nach der Schulung von 80 Prozent der Teilnehmenden als hilfreich eingeschätzt wurden. Auch drei Monate nach Abschluss der Fortbildung lag die Zufriedenheit mit den vermittelten Inhalten noch bei rund 64 Prozent. Der Net Promoter Score von 61 Punkten als Anhaltspunkt für die Teilnehmendenzufriedenheit unterstreicht die ausgeprägt positive Resonanz und die hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung innerhalb der Zielgruppe (Gesundheitsförderung Schweiz, 2025b).

Die zentralen Erfolgsfaktoren des Projekts liegen in der interprofessionellen Ausrichtung, die den Teamansatz in der Grundversorgung stärkt, sowie im modularen Aufbau, der eine passgenaue Integration in unterschiedliche Praxiskontexte erlaubt. Die regionale Verankerung des Programms trägt wesentlich dazu bei, dass präventive Massnahmen nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel mit bestehenden Versorgungsstrukturen umgesetzt werden können. Diese Anschlussfähigkeit erhöht die Wirksamkeit und Akzeptanz im Praxisalltag erheblich (FMH, ohne Datum; Gesundheitsförderung Schweiz, 2025b).

Herausforderungen wie Zeitmangel, begrenzte Ressourcen oder Unsicherheiten im Umgang mit sensiblen Themen wurden im Projektverlauf gezielt adressiert. Die praxisnahen Fortbildungen bieten Raum für Reflexion, stärken die Handlungskompetenz der Fachpersonen und fördern das Vertrauen, präventive Themen aktiv und strukturiert anzusprechen. Die Rückmeldungen aus den Pilotkantonen zeigen, dass PEPra nicht nur Wissen vermittelt, sondern im Praxisalltag auch konkrete Veränderungsimpulse setzt. Mit dem geplanten Ausbau im Rahmen von «PEPra 2025+» wird das Angebot weiterentwickelt und auf zusätzliche Regionen und Fachgruppen ausgeweitet (FMH, ohne Datum).

Bezug zum Handlungsfeld der Ottawa-Charta
Das Projekt PEPra ist ein Beispiel für eine erfolgreiche Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsdienste neu orientieren», indem es die Rolle der ambulanten Grundversorgung als aktive Mitgestalterin gesundheitsförderlicher Versorgungskonzepte stärkt. Anstelle eines ausschliesslich kurativen Verständnisses medizinischer Dienstleistungen rückt PEPra eine präventiv und personenzentriert ausgerichtete Praxis in den Mittelpunkt.

Im Zentrum steht die systematische Integration evidenzbasierter Präventions- und Früherkennungsinstrumente in den hausärztlichen Alltag. Die Anwendung strukturierter Handlungstools ermöglichen es Fachpersonen, präventive Inhalte niederschwellig und ressourcensensibel in die Konsultation einzubinden. Damit wird ein Paradigmenwechsel angestossen: Die medizinische Grundversorgung wird nicht länger ausschliesslich als Ort der Diagnose und Behandlung verstanden, sondern als Plattform für die Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit.

Darüber hinaus trägt PEPra zur strukturellen Weiterentwicklung der Grundversorgung bei, indem es bestehende Versorgungsstrukturen erweitert und neu ausrichtet. Die enge Anbindung an regionale Präventionsangebote und die konsequente Einbindung digitaler Instrumente schaffen eine praxisnahe und anschlussfähige Infrastruktur für präventives Handeln. Damit wird ein gesundheitsförderliches Versorgungssystem gestärkt, das sektorübergreifend agiert und die Prinzipien der Ottawa-Charta – insbesondere Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit – in die alltägliche Versorgungspraxis überführt.

Langfristig stärkt PEPra die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, verbessert die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Risiken und trägt zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Es zeigt exemplarisch, wie das Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren» konkret und wirksam in der ambulanten Versorgung umgesetzt werden kann und liefert damit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung einer präventionsorientierten Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

Weiterführende Informationen:
- https://www.pepra.ch/de

Beispiel 10: Projekt «Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern»

Im Zuge der steigenden Prävalenz nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) sowie der wachsenden Komplexität individueller Versorgungspfade rücken Konzepte wie Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz und personenzentrierte Versorgung verstärkt in den Fokus der Gesundheitspolitik (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-g; Mattig, 2022). Vor diesem Hintergrund gewinnt die gemeinschaftliche Selbsthilfe als ergänzendes und alltagsnahes Unterstützungsangebot zunehmend an Bedeutung. Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die mit ähnlichen Herausforderungen oder Erkrankungen konfrontiert sind. Sie basieren auf gegenseitiger Erfahrung, Unterstützung und dem Austausch von Informationen und finden in der Regel in nicht-bürokratischen, von Betroffenen selbst organisierten Strukturen statt (Pistrang et al., 2008). Professionelle Fachpersonen sind meist nicht beteiligt, können jedoch bei der Gründung unterstützend wirken. Zahlreiche Studien belegen die positiven Effekte von Selbsthilfegruppen auf die psychosoziale Stabilisierung, die Krankheitsbewältigung sowie auf die Förderung von Gesundheitswissen und Selbstwirksamkeit (Kofahl et al., 2016; Kofahl, 2022).

Vor diesem Hintergrund adressierte das Projekt «Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern» von Selbsthilfe Schweiz die bestehende Lücke und richtet sich an zentrale Zielgruppen entlang des Versorgungspfads: Patient:innen und Angehörige, Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Therapie und Sozialarbeit sowie aktive Mitglieder von Selbsthilfegruppen. Es basiert auf dem Konzept der «Selbsthilfefreundlichkeit», das ursprünglich in Deutschland entwickelt wurde (Trojan et al., 2016), und verfolgt das Ziel, Selbsthilfe strukturell und nachhaltig in die Versorgungsstrukturen von Spitälern zu integrieren. Die Umsetzung des Projekts erfolgte im Rahmen der Projektförderung «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)» von Gesundheitsförderung Schweiz (Gesundheitsförderung Schweiz, ohne Datum-g).

Vorgehen und Umsetzung
Zentrales Strukturelement des Projekts ist das sogenannte Kooperationsdreieck, bestehend aus einer Ansprechperson des Spitals, einer Fachperson eines regionalen Selbsthilfezentrums sowie mindestens einer Selbsthilfegruppe. Diese drei Akteur:innen schliessen eine formalisierte Kooperationsvereinbarung ab, die die Zusammenarbeit strategisch und rechtlich absichert und das gemeinsame Bekenntnis zur Förderung der gemeinschaftlichen Selbsthilfe dokumentiert. Auf Basis dieser Vereinbarung erarbeiten die Kooperationspartner:innen einen spitalspezifischen Massnahmenkatalog, der sich an sechs von Selbsthilfe Schweiz definierten Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit orientiert. Diese Kriterien bilden den Referenzrahmen für die Entwicklung institutionsspezifischer Massnahmen, die an die jeweiligen organisatorischen Gegebenheiten angepasst werden und partizipativ zwischen Spital, Selbsthilfezentrum und Selbsthilfegruppen abgestimmt sind.

Die Umsetzung des Projekts wird durch mehrere strukturgebende Elemente systematisch unterstützt. Die zentrale Koordination und die Qualitätssicherung erfolgten über Selbsthilfe Schweiz, die auch für die Entwicklung und Bereitstellung standardisierter Arbeitsinstrumente – etwa strukturierter Protokollvorlagen und digitaler Templates – verantwortlich ist. Ergänzt wird diese zentrale Steuerung durch eine kontinuierliche fachliche Begleitung auf regionaler Ebene, insbesondere durch regelmässig stattfindende Erfahrungsaustauschtreffen, die dem Wissenstransfer sowie der kollegialen Beratung dienen.

Ein weiteres zentrales Element der Projektarchitektur ist der national koordinierte Auszeichnungsprozess. Spitäler, die die Qualitätskriterien erfüllen und die vereinbarten Massnahmen erfolgreich umsetzen, können nach einem strukturierten Prüfverfahren von Selbsthilfe Schweiz als «selbsthilfefreundlich» ausgezeichnet werden. Die Auszeichnung fungiert als qualitätsgesichertes Gütesiegel und fördert die Sichtbarkeit sowie Anerkennung der Selbsthilfe als integralen Bestandteil einer partizipativen und ressourcenorientierten Gesundheitsversorgung.

Ergebnisse und Best Practices
Bis Ende Oktober 2024 konnten im Rahmen des Projekts «Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern» insgesamt 56 regionale Kooperationen zwischen Spitälern, Selbsthilfezentren und Selbsthilfegruppen etabliert werden (Lischer et al., 2025). 26 dieser Kooperationen wurden mit einer Erstauszeichnung gewürdigt und neun erhielten bereits eine Wiederauszeichnung. Die Ergebnisse der begleitenden Evaluation, die durch die Hochschule Luzern von 2021 bis 2024 durchgeführt wurde, belegen eine substanzielle Umsetzung der sechs Qualitätskriterien (QK) zur Selbsthilfefreundlichkeit: Die Sichtbarkeit der Selbsthilfegruppen in den Spitälern (QK 1), die systematische Information von Patient:innen und Angehörigen über Selbsthilfeangebote (QK 2), die institutionalisierte Kommunikation über die Kooperation (QK 3) sowie die Benennung einer festen Ansprechperson im Spital (QK 4) sind in weiten Teilen realisiert. Darüber hinaus wurden in den meisten Kooperationen auch der interprofessionelle Informations- und Erfahrungsaustausch (QK 5) implementiert sowie die aktive Partizipation der Selbsthilfegruppen in institutionellen Prozessen (QK 6) sichergestellt.

Die erfolgreiche Umsetzung beruht auf zentralen Gelingensbedingungen. Dazu zählen die flexible Adaptierbarkeit des Modells an unterschiedliche institutionelle und regionale Rahmenbedingungen sowie die standardisierten Qualitätskriterien und das national koordinierte Auszeichnungsverfahren, die eine verlässliche Qualitätssicherung gewährleisten. Ebenso zentral waren das Engagement und die fachliche Expertise der beteiligten Akteur:innen im Kooperationsdreieck. Die Anerkennung der Selbsthilfefreundlichkeit als offizielle Qualitätsverbesserungsmassnahme durch den Spitalverband H+ im Jahr 2025 verstärkte zusätzlich die institutionelle Legitimität und Sichtbarkeit des Ansatzes (Lischer et al., 2025).

Die Evaluation machte zugleich zentrale Herausforderungen des Projekts sichtbar: Regionale Unterschiede in Bezug auf die personellen und finanziellen Ressourcen erschwerten teilweise den Aufbau und die Verstetigung von Kooperationen. Auch seitens der Selbsthilfegruppen waren begrenzte Kapazitäten ein limitierender Faktor, da die Mitarbeit im Projekt auf freiwilliger Basis erfolgte. Zudem beeinträchtigten institutionelle Faktoren wie Führungswechsel, Umstrukturierungen oder eine hohe personelle Fluktuation im Spitalbereich die Kontinuität der Projektarbeit.

Trotz dieser Herausforderungen zeigte sich bereits ein langfristiger Nutzen des Projekts. Es wurden verlässliche Schnittstellen zwischen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe und der professionellen Gesundheitsversorgung etabliert und damit der Zugang zu unterstützenden Angeboten erleichtert. Gleichzeitig wurde die Perspektive von Patient:innen und Angehörigen institutionell verankert und in klinische Entscheidungsprozesse integriert. Die entstandenen Kooperationsstrukturen und partizipativen Formate leisten so einen bedeutsamen Beitrag zur Etablierung einer ressourcenorientierten, sozialraumbezogenen und personenzentrierten Versorgungskultur. Nach einer Projektphase von 2021 bis 2025 wurde das Modell mit leichten Anpassungen institutionalisiert und in die Schweizer Versorgungslandschaft integriert (Lischer et al., 2025).

Bezug zum Handlungsfeld der Ottawa-Charta
Das Projekt «Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern» leistet einen bedeutsamen Beitrag zur Umsetzung des Handlungsfeldes «Gesundheitsdienste neu orientieren». Es trägt dazu bei, die Rolle der Gesundheitsdienste über die kurative Versorgung hinaus zu erweitern und sie als aktive Mitgestaltende gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu positionieren.

Durch die systematische Integration von Selbsthilfegruppen in die Strukturen und Prozesse von Spitälern entstehen neue Formen der Zusammenarbeit, die Partizipation, Peer-Erfahrungen und soziale Unterstützung stärken. Die gemeinsame Erarbeitung spitalspezifischer Massnahmenkataloge durch das Spital, das Selbsthilfezentrum und die Selbsthilfegruppe fördert eine institutionelle Öffnung gegenüber nichtprofessionellen Akteur:innen und stärkt die Orientierung der Gesundheitsdienste an den Lebensrealitäten der Patient:innen.

Die Einbindung der Perspektiven und des Erfahrungswissens von Betroffenen in Qualitätszirkel, Fortbildungen und Informationsstrukturen führt zu einer Versorgungspraxis, in der Patient:innen als aktive Mitgestaltende verstanden werden. Die Etablierung fester Ansprechpersonen für Selbsthilfe, die Sichtbarmachung von Selbsthilfeangeboten im Spital sowie die strukturelle Verankerung der Kooperationen sind Ausdruck eines institutionellen Wandels hin zu einer ganzheitlicheren, partizipativen und ressourcenorientierten Versorgungslogik – im Sinne einer gesundheitsförderlichen Reorganisation der Gesundheitsdienste.

Weiterführende Informationen:
- www.selbsthilfeschweiz.ch

7 40 Jahre Ottawa-Charta in der Schweiz: Fazit

Julia Richter und Suzanne Lischer

In der Schweiz wurde die Ottawa-Charta nach ihrer Verabschiedung zurückhaltend aufgenommen. Während sie in anderen Ländern auf grössere Resonanz stiess – in Deutschland wurde beispielsweise von einem «enthusiastischen Aufbruch» gesprochen, der mit der Charta einherging (Badura, 1997) – ist ein vergleichbarer Enthusiasmus im Schweizer Kontext nicht dokumentiert. Vielmehr zeigen die Kapitel der vorliegenden Publikation, dass die durch die Ottawa-Charta angestossenen Paradigmenwechsel in zahlreichen Bereichen nur zögerlich aufgegriffen wurden. Zwar lassen sich in allen Handlungsfeldern punktuell rechtliche oder konzeptionelle Grundlagen sowie einzelne Interventionsprojekte identifizieren. Von einer systematischen Berücksichtigung der Ottawa-Charta in der Schweiz kann jedoch nicht gesprochen werden.

Ein spezifischer Faktor im Schweizer Kontext ist der Föderalismus: Die kantonale Vielfalt führt zu einer heterogenen Umsetzung und zu einer Fragmentierung der Akteurslandschaft, die eine Harmonisierung der Massnahmen und die Bündelung von Ressourcen erschwert. Gleichzeitig begünstigt die föderale Struktur der Schweiz territoriale Asynchronien in der Politikgestaltung, durch die Chancen für innovative Ansätze entstehen. Kantonen und teilweise Gemeinden wird beim Auf- und Abbau politischer Massnahmen ein eigenständiger Handlungsspielraum eingeräumt. Daraus ergeben sich Vorteile, insbesondere in Form von politikfeldinternen Experimentiermöglichkeiten sowie systematischen Vergleichen zwischen Kantonen und Städten. Der Föderalismus erleichtert zudem die Diffusion innovativer und zukunftsweisender Politiken und ermöglicht das Nebeneinander divergierender normativer Positionen. Dies hat beispielsweise in der Suchtpolitik zur Entstehung wegweisender politischer Innovationen beigetragen (Cattacin, 2012). Auch für Instrumente wie die Kantonalen Aktionsprogramme bietet der innovationsfördernde Charakter des Föderalismus Potenzial. Der Gefahr einer Fragmentierung wird dabei durch die Koordinations- und Orientierungsfunktion von Gesundheitsförderung Schweiz entgegengewirkt.

Wie in der vorliegenden Publikation deutlich wird, bestehen in Bezug auf die Umsetzung der Ottawa-Charta zudem allgemeine Herausforderungen, mit denen sich das Feld der Gesundheitsförderung konfrontiert sieht: Die in der Charta formulierten Grundsätze sind vielschichtig und komplex und weisen einen hohen Abstraktionsgrad auf. Damit bleibt die Gesundheitsförderung in der Operationalisierung vage und hat hohe Überschneidungen mit anderen Berufsfeldern, wie etwa der Sozialen Arbeit. Die Ausrichtung auf eine breite Gruppe von Akteur:innen und der Verzicht auf eine zielgruppenspezifische Ansprache birgt zudem das Risiko, dass die Ziele diffus bleiben und sich niemand angesprochen fühlt. Diese Herausforderungen zeigen, dass die Ottawa-Charta als Grundsatzdokument einen programmatischen und visionären Charakter hat, in der konkreten Implementierung aber schwierig zu fassen ist.

Gleichzeitig haben die vorhergehenden Kapitel verdeutlicht, dass der von der Ottawa-Charta eingeleitete Perspektivenwechsel weg von einer defizitorientierten, pathogenen hin zu einer ressourcenorientierten, salutogenen Sichtweise auf Gesundheit noch immer eine wichtige

Grundlage darstellt. Auch die systematische Orientierung an den sozialen und wirtschaftlichen Einflussfaktoren und an den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Einbezug einer ganzheitlich ausgerichteten, strukturellen und politischen Perspektive auf die Gesundheit sind Faktoren, die das medizinisch und kurativ ausgerichtete Gesundheitssystem in ein anderes Licht rücken.

Für eine Stärkung dieser Grundgedanken in der Praxis könnten Lebenswelten noch systematischer gesundheitsförderlich gestaltet werden. Die vorliegende Publikation zeigt, dass viele Massnahmen in der Schweiz stark auf die Verhaltensprävention ausgerichtet sind, während verhältnispräventive Ansätze weiterhin einen schweren Stand haben. Dies betrifft Bereiche wie die Stadt- und Raumplanung, das Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswesen oder die Arbeitswelt. In diesem Kontext gewinnt das Prinzip «Health in All Policies» als strategische Leitlinie an Bedeutung, da es eine systematische Berücksichtigung gesundheitlicher Auswirkungen in allen relevanten Politikfeldern ermöglicht. Darüber hinaus ist die Förderung partizipativer Ansätze entscheidend, um Massnahmen nah an den Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten und dem in der Ottawa-Charta verankerten Grundsatz des Empowerments gerecht zu werden. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass eine weitere Sensibilisierung zivilgesellschaftlicher und politischer Akteur:innen und Fachpersonen für die Relevanz gesundheitsförderlichen Handelns in der Schweiz auch in den nächsten Jahrzehnten von Bedeutung sein wird.

Literaturverzeichnis

Abel, T. (2025). Gesundheitskompetenz. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), Public Health Kompakt (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 193–194). De Gruyter.

Abel, T. & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt, 58 (9), 923–929. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2

Ackermann, G. (2025). Förderung der Gesundheitskompetenz im Rahmen kantonaler Programme zu Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Leitfaden für die Praxis. https://www.vbgf-arps.ch/fileadmin/docs/public/vbgf/Diverses/Publikationen/Leitfaden_zur_Foerderung_der_Gesundheitskompetenz_2025.pdf

Ackermann, G. & Amstad, F. (2022). Orientierungsliste KAP 2022. Gesundheitsförderung Schweiz.

Ali, A. A., Kulkarni, A., Bhattacharjee, S. & Diaby, V. (2024). Estimating and Rewarding the Value of Healthcare Interventions Beyond the Healthcare Sector: A Conceptual Framework. PharmacoEconomics, 42 (S2), 211–224. https://doi.org/10.1007/s40273-024-01392-w

Allianz Gesundheitskompetenz. (2016). Gesundheitskompetenz fördern. Ansätze und Impulse. Ein Action Guide der Allianz Gesundheitskompetenz [Broschüre].

Altgeld, T. & Kolip, P. (2018). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 57–72). Hogrefe.

Amt für Gesundheit, Kantonsärztlicher Dienst. (ohne Datum). Ambulanter Patientenbrief. Gefunden am 6. August 2025, unter https://www.zh.ch/de/gesundheit/praevention-

und-gesundheitsfoerderung/gesundheitskompetenz/unterstuetzung-beim-arztbesuch.html#-1273680470

Angerer, A. & Berger, S. (2023). Der Digital Health Report 2023/2024. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. https://doi.org/10.32745/9783954668342

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. DGVT-Verlag.

AOK. (2025). Steuerliche Förderung von BGF-Massnahmen. https://www.aok.de/fk/betriebliche-gesundheit/grundlagen/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-foerderung-von-bgf-massnahmen/

ARE. (ohne Datum). Modellvorhaben Nachhaltige Raumentwicklung. Gefunden am 6. August 2025, unter https://www.are.admin.ch/are/de/home/raumentwicklung-und-raumplanung/programme-und-projekte/modellvorhaben-nachhaltige-raumentwicklung.html

Averdijk, M., Heimgartner, D. & Gerber, J.-M. (2023). Communities That Care. Jugendbefragung. Gesamtergebnisse für die Stadt Chur. Jacobs Center for Productive Youth Development, Universität Zürich im Auftrag von RADIX.

Badura, B. (1997). Zehn Jahre Ottawa-Charta: Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In T. Altgeld, I. Laser & U. Walter (Hrsg.), Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Juventa.

Badura, B. & Ritter, W. (1997). Zehn Jahre nach der Ottawa-Charta: Die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg zwischen Neuanfang und Marginalisierung. Journal für Psychologie, 5 (3), 3–12.

BAG. (2015). Nationale Strategie Sucht, 2017-2024, verlängert bis 2028. Bundesamt für Gesundheit.

BAG. (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bundesamt für Gesundheit.

BAG. (ohne Datum-a). Roadmap zu Umwelt und Gesundheit. Gefunden am 19. November 2025, unter https://www.bag.admin.ch/de/roadmap-zu-umwelt-und-gesundheit

BAG. (ohne Datum-b). So wird Gesundheit2030 umgesetzt. Gefunden am 19. November 2025, unter https://www.bag.admin.ch/de/so-wird-gesundheit2030-umgesetzt#Chancen-auf-ein-Leben-in-Gesundheit

BAG. (ohne Datum-c). Krankenversicherung: Kostendämpfung. Gefunden am 22. Januar 2026, unter https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-kostendaempfung

BAG & GDK. (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024, verlängert bis 2028. Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.

BAG, GFCH & GDK. (2024). Massnahmenplan 2025–2028 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). Bundesamt für Gesundheit.

BAG, GFCH, SUVA & SECO. (2021). BGM Akteurslandschaft Schweiz.

Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. Journal of Occupational Health Psychology, 22 (3), 273–285. https://doi.org/10.1037/ocp0000056

BASPO, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Beratungsstelle für Unfallverhütung & Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz. (2022). Bewegungsempfehlungen Schweiz. Grundlagen. BASPO.

Beglinger, C., Beziane, C., Jungo, G. & Ruch, N. (2022). Die Raumplanung ist eine Quelle für unsere Gesundheit. Forum Raumentwicklung, 4–8.

Berner Gesundheit. (2024). Stiftung Berner Gesundheit. https://www.bernergesundheit.ch/werwirsind/stiftung/

Birgel, V., Röding, D. & Walter, U. (2024). Community Capacity für Gesundheitsförderung. Ergebnisse der CTC-EFF-Studie. Public Health Forum, 32 (3), 181–185. https://doi.org/10.1515/pubhef-2024-0071

Blüher, S. & Kuhlmey, A. (2023). Demographischer Wandel, Altern und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), Soziologie von Gesundheit und Krankheit (S. 331–343). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42103-8_20

BLV. (2025a). Schweizer Ernährungsstrategie 2025–2032 [Broschüre]. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.

BLV. (2025b). Zuckerreduktion. Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen. https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/produktzusammensetzung/zuckerreduktion.html

BLV. (ohne Datum). Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder. Gefunden am 7. September 2025, unter https://kinderandentisch.ch/

Boes, S., Weisstanner, D. & Durvy, B. (2025). Health Systems in Action (HSiA) Insights. Switzerland. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7d189cca-1094-46c0-8000-116ed4d2928e/content

Böhm, K. (2025). Anwaltschaft. Vertretung und Durchsetzung gesundheitlicher Interessen. In Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-I003-3.0

Brägger, M. (2025). Evaluation «Communities That Care – 1. Multiplikationszyklus». https://www.bbeval.ch/post/evaluation-communities-that-care-1-multiplikationszyklus

Bronfenbrenner, U. (2009). Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Harvard University Press.

Buijs, G. J. (2009). Better Schools through Health: Networking for health promoting schools in Europe. European Journal of Education, 44 (4), 507–520. https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2009.01410.x

Bundeskanzlei BK. (2025). Eidgenössische Volksinitiative 'Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung (Kinder und Jugendliche ohne Tabakwerbung)'. https://www.bk.admin.ch/ch/d/pore/vi/vis484.html

Careum. (ohne Datum). Ambulanter Patient:innenbrief. Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://careum.ch/bereiche/gesundheitskompetenz/projekte

Casteyde, L. & Velarde, C. (2025). Santé dans toutes les politiques: Défis du travail intersectoriel dans les territoires [Symposium promotion de la santé et prévention, Note de synthèse].

Catford, J. (2014). Turn, turn, turn: time to reorient health services. Health Promotion International, 29 (1), 1–4. https://doi.org/10.1093/heapro/dat097

Cattacin, S. (2012). Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik: Rückblick und Ausblick. SuchtMagazin, 2.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health.

Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention: Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. Prävention und Gesundheitsförderung, 11 (4), 214–221. https://doi.org/10.1007/s11553-016-0562-1

Dadaczynski, K., Paulus, P., Nieskens, B. & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. Zeitschrift für Bildungsforschung, 5 (2), 197–218. https://doi.org/10.1007/s35834-015-0122-3

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies (Arbeitsrapport, 14).

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health, 199, 20–24. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009

De Gani, S. M., Beese, A.-S., Guggiari, E. & Jaks, R. (2023). Konzeptpapier zur Gesundheitskompetenz: Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). https://kalaidos-fh.elsevierpure.com/en/publications/konzeptpapier-zur-gesundheitskompetenz-careum-zentrum-f%C3%BCr-gesundh

De Gani, S. M. & Fabian, C. (2024). Früherkennung und Frühintervention: Das Potenzial der Gesundheitskompetenz. SuchtMagazin, 50 (6), 5–11.

De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J. P. (2021). Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19-21-CH_Schlussbericht_Careum%20Gesundheitskompetenz_Health%20Literacy%20Survey_20210914.pdf

De Gani, S. M., Alder, E. & Beese, A.-S. (2025). Das Konzept Gesundheitskompetenz im Wandel. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68, 240–246. https://doi.org/10.1007/s00103-024-04004-2

De Gani, S. M., & Nicca, D. (2023). Gesundheitskompetente Organisationen in der Grundversorgung. Magazin P & G (07/2023), 10–11.

Deschamps, J.-P. (2003). Une « relecture » de la charte d'Ottawa. Santé Publique, 15 (3), 313–325. https://doi.org/10.3917/spub.033.0313

D'Onofrio, S. (2022). Der digitale Wandel im Gesundheitswesen: Grundlagen, Nutzungspotenziale und Herausforderungen von e-Health. HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik, 59 (6), 1448–1460. https://doi.org/10.1365/s40702-022-00930-4

Effertz, T. (2023). Prävention und Kostenkontrolle im Gesundheitswesen: Routinedatenanalyse und effektives Gesundheitsmarketing als Vorteile im Krankenkassenwettbewerb? Prävention und Gesundheitsförderung. https://doi.org/10.1007/s11553-023-01021-y

eHealth Suisse. (ohne Datum). Das elektronische Patientendossier. Aktueller Stand. Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://www.e-health-suisse.ch/koordination/elektronisches-patientendossier/aktueller-stand

Eriksson, M. (2017). The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström & G. A. Espnes (Hrsg.), The Handbook of Salutogenesis (S. 91–96). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_11

Eviprev. (2019). Evidenzbasierte Prävention in der medizinischen Versorgung. https://eviprev.ch/

Fabian, C., Neuenschwander, M. & Geiser, M. (2018). Erfolgsfaktoren und Empfehlungen für Präventionsprojekte in Gemeinden. Fachhochschule Nordwestschweiz und Hochschule Luzern.

Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I104-3.0

Favre Kruit, C. & Kessler, C. (2015). Gesundheitsfolgenabschätzung. Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz. Gesundheitsförderung Schweiz (Arbeitspapier Nr. 33). https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier_033_GFCH_2015-05_-_Gesundheitsfolgenabschaetzung.pdf

Favre, O., & Omlin, M. (2020). Alles bestens! Auch für deine psychische Gesundheit? Ein partizipatives Forschungs- und Entwicklungsprojekt mit Zuger Jugendlichen. Gesundheitsdirektion Kanton Zug.

Femmes-Tische/Männer-Tische. (2024). Femmes-Tische und Männer-Tische: Wirkungsnachweis und wissenschaftliche Grundlagen [Broschüre].

FMH. (ohne Datum). PEPra – ein Erfolgsrezept für Prävention im Praxisalltag. Gefunden am 14. Juli 2025, unter https://www.fmh.ch/politik-medien/schweizerische-aerztezeitung/ausgabe-11-12/fmh-pepra.cfm

Fries, C. J. (2020). Healing Health Care: From Sick Care Towards Salutogenic Healing Systems. Social Theory & Health, 18, 16–32. https://doi.org/10.1057/s41285-019-00103-2

Fry, D. & Zask, A. (2017). Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. Health Promotion International, 32 (5), 901–912. https://doi.org/10.1093/heapro/daw022

Fuchs, M., Gerodetti, J., Tironi, Y., Casutt, M. & Nowacki, A. (2023). Partizipation von Jugendlichen in Projekten der Gesundheitsförderung [Leitfaden]. Gesundheitsförderung Schweiz.

Füllemann, D., Wüthrich, M., Stanic, D., Jenny, G., Jensen, R. & Krause, A. (2025). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Betrieben in der Schweiz: Monitoring-

Ergebnisse 2024. Fachhochschule Nordwestschweiz und Gesundheitsförderung Schweiz.

Furger, C. & Brusa, N. (2024). Siedlungen, die kurze Wege, Bewegung und Begegnung fördern. Modellvorhaben (MoVo) 2020–2024. Bundesamt für Raumentwicklung ARE; Bundesamt für Strassen ASTRA; Bundesamt für Gesundheit BAG; Bundesamt für Umwelt BAFU; Bundesamt für Sport BASPO; Bundesamt für Landwirtschaft BLW; Bundesamt für Wohnungswesen BWO; Staatssekretariat für Wirtschaft SECO.

GDK. (ohne Datum). Integrierte Versorgung in den Kantonen. Gefunden am 26. November 2025, unter https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung

Geene, R. (2021). Health in All Policies. Potentiale und Limitationen. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hrsg.), Public Health. Disziplin – Praxis – Politik (S. 443–458). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30377-8_24

Geene, R., Köckler, H. & Trojan, A. (2022). Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik / Healthy Public Policy. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I032-2.0

Gemeinde Köniz. (2016). Köniz schaut hin: Prävention zielgenau und wirksam planen [Medieninformation].

Gemeinde Yverdon-les-Bains. (ohne Datum). Espaces publics à 5' de chez vous. Gefunden am 12. August 2025, unter https://www.yverdon-les-bains.ch/projets-urbains-etarchitecturaux/espaces-publics/un-espace-public-a-5-minutes-de-chaque-yverdonnoise

Geschäftsstelle Femmes-Tische Schweiz. (ohne Datum). Femmes-Tische/Männer-Tische. Gefunden am 1. August 2025, unter https://www.femmestische.ch/de/home-1.html

Gesunde Gemeinde. (ohne Datum). 6 Bereiche des Labels. Gefunden am 8. Juli 2025, unter https://www.labelcommunesante.ch/de/bereiche-labels-38.html

Gesundheit Berlin-Brandenburg. (2019a). Good Practice-Kriterium: Partizipation [Arbeitshilfen Gute Praxis Konkret].

Gesundheit Berlin-Brandenburg. (2019b). Good Practice-Kriterium: Setting-Ansatz [Arbeitshilfen Gute Praxis Konkret].

Gesundheitsförderung Schweiz. (2017). Friendly Workspace. Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Friendly_Work_Space_-_BGM-Kriterien.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz. (2023). Rahmenbedingungen für ein Kantonales Aktionsprogramm (KAP) ab 2025/2026. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2023-11/Rahmenbedingungen_KAP_ab_2025-2026.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz. (2024). Strategie 2025–2028. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2024-05/Strategie_Gesundheitsfoerderung_Schweiz_2025-2028.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz. (2025a). Projektförderung KAP: Ausschluss- und Beurteilungskriterien. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2025-02/GFCH_2025-02_Projektfoerderung-KAP_Ausschluss-und-Beurteilungskriterien_0.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz. (2025b). PEPra: Prävention mit Evidenz in der Praxis. Infografik. https://gesundheitsfoerderung.ch/node/9916

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-a). Erfolgsfaktorentool. Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Gefunden am 1. August 2025, unter https://pd.promotiondigitale.ch/pub/sft/overview

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-b). Friendly Work Space. Gefunden am 5. August 2025, unter https://friendlyworkspace.ch/de

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-c). Unsere Services für Ihr Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gefunden am 5. August 2025, unter https://friendlyworkspace.ch/de/bgm-services

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-d). Gesundheitsförderung und Prävention in Gemeinden und Städten. Gefunden am 15. August 2025, unter

https://gesundheitsfoerderung.ch/themen-und-publikationen/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention-in-gemeinden-und-staedten

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-e). Job-Stress-Analysis. Gefunden am 5. August 2025, unter https://www.fws-jobstressanalysis.ch/

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-f). Kantonale Aktionsprogramme: Policy. Gefunden am 8. Oktober 2025, unter https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/programme/grundlagen/programm-ebenen/policy

Gesundheitsförderung Schweiz. (ohne Datum-g). Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV). Gefunden am 14. Juli 2025, unter https://gesundheitsfoerderung.ch/unser-engagement/praevention-in-der-gesundheitsversorgung

Gesundheitsförderung Wallis. (ohne Datum). Gesundheitsförderung Wallis: Verbesserung der Gesundheit der Walliser Bevölkerung. Gefunden am 19. November 2025, unter https://www.gesundheitsfoerderungwallis.ch/

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Hogrefe.

Griese, L. & Schaeffer, D. (2025). Professionelle Gesundheitskompetenz. Berufs- und geschlechtsspezifische Aspekte. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68, 282–292. https://doi.org/10.1007/s00103-025-04014-8

Habermann-Horstmeier, L. (2017). Gesundheitsförderung und Prävention: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer. Hogrefe.

Hartung, S., Houwaart, S., Von Rüden, U. & Schaefer, I. (2025). Wirkungen der Beteiligung und Partizipation von Bürger:innen in Erkenntnisprozessen der integrierten kommunalen Gesundheitsförderung. Ein systematischer Scoping-Review. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 68, 323–335. https://doi.org/10.1007/s00103-025-04013-9

Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz/Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und

Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I106-2.0

Högger, D. (2015). Gesundheitsbildung und Prävention im Lehrplan 21. Fachhochschule Nordwestschweiz. https://education21.ch/sites/default/files/uploads/pdf-d/bne/dossiers_zugaenge/Gesundheit-im-Lehrplan21_2015.pdf

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien (5., vollständig überarbeitete Auflage, S. 23–34). Hogrefe.

Interface. (2024). Evaluation der Nationalen Strategien «Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD)» und «Sucht» (2017–2024). Bericht zuhanden des BAG. Interface Politikstudien Forschung Beratung.

International HPH Network. (2020). 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services. International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services.

Interpharma. (2024). Nachhaltiges Gesundheitswesen: Gezielte Prävention und Früherkennung als Schlüssel zum langfristigen Erfolg.

Ischer, P. & Saas, C. (2021). Partizipation in der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung Schweiz (Arbeitspapier 48).

IUHPE. (ohne Datum). International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). For a world where all people achieve optimum health and wellbeing. Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://iuhpe.org/

Jensen, R., Swoboda, N., Bürki, E. & Guggenbühl, L. (2020). Evaluation des Angebots des Labels Friendly Work Space. Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Gesundheitsförderung Schweiz (Faktenblatt 41).

Kahnert, S., Demjén, T., Tountas, Y., Trofor, A., Przewoźniak, K., Zatoński, W., Fernández, E., McNeill, A., Willemsen, M., Kyriakos, C., Fong, G., Vardavas, C., Mons, U. & Consortium*, O. B. O. T. E.-P. (2019). Extent and correlates of self-reported exposure to tobacco advertising, promotion and sponsorship in smokers: Findings from the

EUREST-PLUS ITC Europe Surveys. Tobacco Induced Diseases, 16 (2), 7. https://doi.org/10.18332/tid/94828

Kanton Freiburg. (2026). Kantonales Programm: Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit. https://www.fr.ch/de/gesundheit/gesundheitsfoerderung-und-praevention/kantonales-programm-ernaehrung-bewegung-psychische-gesundheit

Kanton Freiburg. (ohne Datum). Kantonale Strategie Gesundheitsförderung und Prävention. Perspektiven 2030. Direktion für Gesundheit und Soziales.

Kanton Genf. (2016). Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030. https://www.ge.ch/document/1374/telecharger

Kanton Genf. (2021). Plan cantonal de Promotion de la Santé (PSP) et de Prévention. Bilan de la mise en œuvre du plan cantonal PSP pour l'année 2020.

Kanton Genf. (2023). Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention 2024-2028.

Kanton Genf. (2024). Projet de loi modifiant la loi sur la santé (LS) (K 1 03). (Pour un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé dans la loi) (No. PL 13493). Grand Conseil de la République et canton de Genève.

Kanton Genf. (2025). Marchez et mangez malin ! https://www.ge.ch/node/7106

Kanton Neuenburg. (2016). Stratégie cantonale de prévention et de promotion de la santé, 2016-2026. https://www.ne.ch/autorites/DFS/SCSP/prevention/Documents/Strat%C3%A9gie_cantonale_pr%C3%A9vention_promotion_sant%C3%A9_rapport%20complet.pdf

Kanton Waadt. (2024). Santé publique. Plan stratégique 2024–2028. Direction générale de la santé.

Kanton Zürich. (2023). Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung 2024 des Kantons Zürich. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

Khoury Auert, J., Karpenko, V., Rouffy-Ly, B., Clarke, D. & Khalid, F. (2024). Reorienting health systems towards a PHC approach: Why you cannot do it without enabling legal systems. BMJ Global Health, 9 (12), e016417. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-016417

Kingston, B. E., Mattson, S. A., Little, J. S., Steeger, C. M., Sigel, E. J., Carrillo, U. L., Bechhoefer, D., Argamaso, S. & D'Inverno, A. (2025). Effects of the Communities that Care (CTC). Prevention System on Youth Violence Outcomes in Two Violence-Impacted Denver Communities. American Journal of Criminal Justice, 2025. https://doi.org/10.1007/s12103-025-09811-0

Köckler, H. & Geene, R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I157-1.0

Kofahl, C., Schulz-Nieswandt, F. & Dierks, M.-L. (Hrsg.). (2016). Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in Deutschland. Lit.

Kofahl, C. (2022). Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz – der Beitrag der Selbsthilfe zur Gesundheitsbildung des Einzelnen und der Bevölkerung. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), Gesundheitskompetenz (S. 1–12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_29-1

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (4. Auflage).

Krause, K. & Bürki, E. (2016). BGM voranbringen mit Wirkungsüberprüfungen. Ein Leitfaden für Betriebe. Gesundheitsförderung Schweiz (Arbeitspapier 38).

Kricheldorff, C. (2020). Gesundheitsversorgung und Pflege für ältere Menschen in der Zukunft: Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 53 (8), 742–748. https://doi.org/10.1007/s00391-020-01809-z

Kuhn, J. (2022). 411 Mrd. €, 11,9 %. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 65 (6), 637–638. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03539-6

Kuklinski, M. R., Oesterle, S., Briney, J. S. & Hawkins, J. D. (2021). Long-term Impacts and Benefit–Cost Analysis of the Communities That Care Prevention System at Age 23, 12 Years After Baseline. Prevention Science, 22 (4), 452–463. https://doi.org/10.1007/s11121-021-01218-7

Larson, M. (2024). A Compelling Health Promoting Primary Care Clinic Using a Settings-Based Approach: A Demonstration Project. American Journal of Lifestyle Medicine, 19 (4), 639–651. https://doi.org/10.1177/15598276241303728

Laverack, G. (2007). Health promotion practice: Building empowered communities.

Linden, S. & Töppich, J. (2021). Health Impact Assessment (HIA) / Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I064-2.0

Lischer, S., Eder, M., Lehmann, E. & Kessler, O. (2025). Gesundheitskompetenz dank selbsthilfefreundlichen Spitälern. Evaluation Projekt PGV03.006. Schlussbericht. Hochschule Luzern. https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-gesundheitskompetenz-dank-selbsthilfefreundlichen-spitaelern

Lovato, C., Watts, A. & Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011 (10), CD003439. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003439.pub2

Lückenbach, C., Biehl, V. & Gerlinger, T. (2023). Establishing social services for health promotion in health insurance states: Germany, Switzerland and Austria compared. European Journal of Social Security, 25 (2), 217–237. https://doi.org/10.1177/13882627231188671

Mahmoodi, H. & Shaghaghi, A. (2019). Barriers and gateways to adapt standards of the Health Promoting Hospitals: A rigorous consolidation of the global research evidence. International Journal of Health Promotion and Education, 57 (5), 235–255. https://doi.org/10.1080/14635240.2019.1610025

Mantwill, S. (2023). Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Ungleichheiten. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), Gesundheitskompetenz (S. 1–9). Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_110-1

Mattig, T. (2013). Das gescheiterte Präventionsgesetz: Ein Lehrstück. Gesundheitsförderung Schweiz (Arbeitspapier 9). Mattig, T., Cantoreggi, N., Simos, J., Favre Kruit, C., & Christie, D. P. T. H. (2015). HIA in Switzerland: Strategies for achieving Health in All Policies: Fig. 1: *Health Promotion International*, dav087. https://doi.org/10.1093/heapro/dav087

Mattig, T. (2022). Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). Hogrefe. https://doi.org/10.1024/86154-000

McDaid, D., Sassi, F., Merkur, S. (2015). Promoting health, preventing disease: The economic case. Weltgesundheitsorganisation, OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (Hrsg.). Open University Press.

Meili, L. (2024). Communities That Care. CTC am Beispiel der Gemeinde Köniz.

Mekel, O. (2020). Gesundheitsfolgenabschätzung. In K. Böhm, S. Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.), Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (S. 377–386). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30504-8_37

MINDS. (ohne Datum). À propos de Minds. Promotion de la Santé Mentale à Genève. Gefunden am 19. November 2025, unter https://www.minds-ge.ch/a-propos

MoMento. (2025). MoMento Youth. Praxisorientiertes Lehrmittel für Lehr- und Fachpersonen auf der Sekundarstufe (Zyklus 3). https://files.designer.hoststar.ch/94/9e/949e06e9-9cd3-48bd-a371-ffd6c5944e42.pdf

MoMento. (ohne Datum). Lebenskompetenz macht Schule. Für eine gesunde nächste Generation. Achtsamkeitsbasierte Lehrpersonentrainings und Klassenlehrmittel für sozio-emotionales Lernen auf allen Schulstufen [Broschüre]. https://files.designer.hoststar.ch/f3/2c/f32c9f45-f96f-41e1-8719-df0101346604.pdf

Monod, S., Pin, S., Levy, M., Grandchamp, C., Mariétan, X. & Courvoisier, N. (2024). Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé. Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne. https://doi.org/10.16908/ISSN.1660-7104/354

Morier, C., Bolliger, C., Ganzeboom, M. & Etter, N. (2024). Kantonale Policies und Massnahmen zur Stärkung des Engagements der Gemeinden in der Gesundheitsförderung. Fallstudien und Handlungsmöglichkeiten für die Kantone. Gesundheitsförderung Schweiz (Faktenblatt 108).

Mouyart, P. (2012). Promotion de la santé en Belgique: Un point de vue sur l'influence de la Charte d'Ottawa au niveau local. In A. Seck & L. Saint-Pierre (Hrsg.), 25 ans d'histoire: Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones: Recueil de textes (S. 48–53). RÉFIPS, Réseau francophone international pour la promotion de la santé.

Mulligan, K., Card, K. G. & Allison, S. (2024). Social prescribing in Canada: Linking the Ottawa Charter for Health Promotion with health care's Quintuple Aim for a collaborative approach to health. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 44 (9), 355–357. https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.9.01

Naidoo, J. & Wills, J. (2019). Lehrbuch Gesundheitsförderung (3., aktualisierte Auflage). Hogrefe.

Neugebauer, E., Piwernetz, K., Bramesfeld, A., Deckert, S., Falkai, P., Gabrys, L., Hollederer, A., Riedel-Heller, S. G., Schaller, A., Scheibe, M., Bierbaum, T., Schmitt, J. & Dreinhöfer, K. E. (2022). Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland. Ein Positionspapier des DNVF. Das Gesundheitswesen, 84 (10), 971–978. https://doi.org/10.1055/a-1911-8605

Nutbeam, D. (2019). Health education and health promotion revisited. Health Education Journal, 78 (6), 705–709. https://doi.org/10.1177/0017896918770215

Nutbeam, D. & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. Health promotion international, 13 (4), 349–364.

Nutbeam, D. & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. Annual Review of Public Health, 42 (1), 159–173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

OBSAN. (2025a). Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Finanzierungsregime. https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-finanzierungsregime

OBSAN. (2025b). Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention nach Leistungen. https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/ausgaben-fuer-gesundheitsfoerderung-und-praevention-nach-leistungen

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en

OECD & WHO. (2011). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz. OECD Publishing.

Okan, O., Rauschmayr, S. & Krudewig, C. (2024). Organisationale Gesundheitskompetenz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i163-1.0

Osborne, R. H., Elmer, S., Hawkins, M., Cheng, C. C., Batterham, R. W., Dias, S., Good, S., Monteiro, M. G., Mikkelsen, B. & Nadarajah, R. G. (2022). Health literacy development is central to the prevention and control of non-communicable diseases. BMJ Global Health, 7 (12), e010362. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010362

Pelikan, J. M., Dietscher, C., & Straßmayr, C. (2023). Organisationale Gesundheitskompetenz: Überblick. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), Gesundheitskompetenz (S. 1–17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_4-1

Pelikan, J. M., Ganahl, K. & Roethlin, F. (2018). Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: Empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. Global Health Promotion, 25 (4), 57–66. https://doi.org/10.1177/1757975918788300

PEPra. (ohne Datum). Über PEPra. Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://www.pepra.ch/de/ueber-pepra

Pfister, A., Favre, O., Omlin, M. & Wyss, S. (2021). Partizipative Angebotsentwicklung in einem Amt für Gesundheit: Jugendgerechte Anpassung der 10 Schritte für psychische

Gesundheit im Kanton Zug. Prävention und Gesundheitsförderung, 16 (4), 321–327. https://doi.org/10.1007/s11553-021-00829-w

Pistrang, N., Barker, C. & Humphreys, K. (2008). Mutual Help Groups for Mental Health Problems: A Review of Effectiveness Studies. American Journal of Community Psychology, 42 (1–2), 110–121. https://doi.org/10.1007/s10464-008-9181-0

Pro Senectute. (ohne Datum). Quartiers Solidaires. Gefunden am 31. Juli 2025, unter https://www.quartiers-solidaires.ch/

Quint-Essenz. (2014). Themen/Setting. Bestimmen der Settings sowie der Schlüsselpersonen und Anspruchsgruppen. https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1167

RADIX. (ohne Datum-a). Communities That Care. Was Gemeinden und Städte für ihre Kinder und Jugendlichen tun können. Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/angebote/communities-that-care/

RADIX. (ohne Datum-b). Gesunde Gemeinden | RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung. Gefunden am 1. August 2025, von https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/

Riemenschneider, H., Hoffmann, H., Zenker, R., Voigt, K. & Bergmann, A. (2022). Patientenbriefe nach stationären Aufenthalten. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/132/2022-01-21_PASTA_Evaluationsbericht.pdf

Rosenbrock, R. (1998). Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland: Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (WZB Discussion Paper No. P 98-201).

Röthlin, F., Schmied, H. & Dietscher, C. (2015). Health promotion implementation capacities in hospitals matter: Results from the PRICES-HPH study. Health Promotion International, 32 (3), 442–455. https://doi.org/10.1093/heapro/dav100

Ruckstuhl, B. (2020). Gesundheitsförderung: Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health-Perspektive (2., überarbeitete Auflage). Beltz Juventa.

Ruckstuhl, B. (2021). Geschichte, Konzept und Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention. In M. Niederberger & E. Finne (Hrsg.), Forschungsmethoden in der

Gesundheitsförderung und Prävention (S. 35–55). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-31434-7_2

Saadati, F. & Nadrian, H. (2024). "Health promotion governance": A framework for operationalizing the Ottawa charter mechanisms in health system governance. World Medical & Health Policy, 16 (1), 95–105. https://doi.org/10.1002/wmh3.583

Saam, M. (2021). Gesundheit fördern und Krankheit vorbeugen. Gesundheitsförderung Schweiz (Arbeitspapier 53).

Schools for Health in Europe Network (SHE). (2024). Schools for Health in Europe. https://school-education.ec.europa.eu/en/teach/teaching-materials/schools-health-europe

Schulnetz21. (ohne Datum). Vernetzt in die Zukunft: Werden Sie Mitglied im Schulnetz21! Gefunden am 23. Januar 2026, unter https://www.schulnetz21.ch/

Schuwey, C., Müller de Menezes, R. & Chiapparini, E. (2021). Evaluation Femmes-Tische und Männer-Tische. Schlussbericht zuhanden von Gesundheitsförderung Schweiz. Berner Fachhochschule.

Seah, B., Tan, G. R., Eriksson, M., Wang, W. & Ramazanu, S. (2022). Re-orienting healthcare for healthy living communities: A qualitative exploration of nursing students utilising the salutogenic theory for community health practice. Nurse Education Today, 119, 105545. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105545

Seibold, C., Loss, Julika, Eichhorn, Christine & Nagel, Eckhard. (2008). Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Eine Schritt-für-Schritt-Anleitung für Gesundheitsförderer. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.).

Seidel, G., Meyer, A., Lander, J. & Dierks, M.-L. (2020). Facetten von Gesundheitskompetenz: Ergebnisse einer qualitativen Studie mit gesunden und chronisch kranken Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 15 (1), 65–72. https://doi.org/10.1007/s11553-019-00736-1

Selbsthilfe Schweiz. (2025). Selbsthilfe Schweiz. Geschäftsplan. Vision, Leitbild, Strategie. 2025-2027. Selbsthilfe Schweiz.

SGE. (ohne Datum). Schwangerschaft, Stillen und 1. Lebensjahr. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Gefunden am 7. September 2025, unter https://www.sge-ssn.ch/de/lebensphasen/schwangerschaft-stillen-und-1-lebensjahr/

Sharma, A. E., Knox, M., Mleczko, V. L. & Nwando Olayiwola, J. (2018). Correction to: The impact of patient advisors on healthcare outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research, 18 (1), 437. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3267-7

Sidler, M. (2023). Zusammen älter werden. Magazin P&G – Prävention und Gesundheitsförderung Kanton Zürich, 22–23.

Silvola, S., Restelli, U., Bonfanti, M. & Croce, D. (2023). Co-Design as Enabling Factor for Patient-Centred Healthcare: A Bibliometric Literature Review. ClinicoEconomics and Outcomes Research, 2023 (15), 333–347. https://doi.org/10.2147/CEOR.S403243

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D. & Uiters, E. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European journal of public health, 25 (6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12 (1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Staiger, T. (2024). Gesundheitliche Ungleichheit: Empirische Befunde, theoretische Erklärungsansätze und Perspektiven gesundheitlicher Chancengleichheit. In E.-U. Huster & J. Boeckh (Hrsg.), Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung (S. 1–30). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37808-0_21-2

Struckmann, V., Winkelmann, J. & Busse, R. (2021). Versorgungsprozesse und das Zusammenspiel der Sektoren im internationalen Vergleich. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2021 (S. 3–24). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_1

Stutz Steiger, T. (2015). Die Sicht von erfahrenen PatientInnen. In Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (Hrsg.), Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Stand und Perspektive (S. 24–27) (Swiss Academies Reports 10/4).

Trojan, A., Nickel, S. & Kofahl, C. (2016). Implementing 'self-help friendliness' in German hospitals: A longitudinal study. Health Promotion International, 31 (2), 303–313. https://doi.org/10.1093/heapro/dau103

Weber, D. (2020). Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht. GFCH, BAG, GDK.

Weber, D. & Hösli, S. (2020). Chancengleichheit in Gesundheitsförderung und Prävention. Bewährte Ansätze und Erfolgskriterien. Kurzversion für die Praxis. BAG, GFCH, GDK.

Weissbrodt, R. (2018). Definitionen, rechtlicher Kontext und historischer Überblick. In A. Blum-Rüegg (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen und Trends. Fokus auf die psychische Gesundheit (S. 14–24). Gesundheitsförderung Schweiz (Bericht 7).

Wettstein, F., Zumbrunn, A. & Ruckstuhl, B. (2022). Gesundheitsförderung 7: Schweiz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-I037-2.0

WHO. (ohne Datum). Mental health. Gefunden am 25. November 2025, unter https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/mental-health

WHO. (1948). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. WHO.

WHO. (1978). Erklärung von Alma-Ata. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7065c7ca-b399-4890-91ed-ed391a4ebcb1/content

WHO. (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. https://iris.who.int/items/47e2f92d-c3f7-4c5a-baa6-5ba5a1337e76

WHO. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. World Health Organization. https://www.salutare.ee/files/dokumendid/Adelaide%20Recommendations%20on%20Healthy%20Public%20Policy.pdf

WHO. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/59965/WHO_HED_92.1.pdf?sequence=1

WHO. (2007). The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services: Concept, framework and organization. World Health Organization.

WHO. (2020). Operational Framework for Primary Health Care: Transforming Vision into Action. World Health Organization.

WHO. (2023a). A place in the public health toolbox: Policy brief 1 on health impact assessments and incorporating health into environmental assessments. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/373930

WHO. (2023b). Climate change. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health

WHO. (2024a). The top 10 causes of death. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

WHO (2024b). Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: Digital health country profiles. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376540/9789289060998-eng.pdf?sequence=1

WHO. (2025a). Noncommunicable diseases. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

WHO. (2025b). World report on social determinants of health equity. World Health Organization.

Wieber, F., Juvalta, S. & Marti, S. (2022). Gesundheitskompetenz in herausfordernden Kontexten. Eine Bedarfsanalyse zur Förderung der Gesundheitskompetenz bei Menschen in schwierigen Lebenslagen durch sozialberatende Stellen. Schlussbericht.

https://promozionesalute.ch/sites/default/files/2022-08/Gesundheitskompetenz_in_herausfordernden_Kontexten.pdf

Wilberg, A., Saboga-Nunes, L. & Stock, C. (2021). Are we there yet? Use of the Ottawa Charter action areas in the perspective of European health promotion professionals. Journal of Public Health, 29 (1), 1–7. https://doi.org/10.1007/s10389-019-01108-x

Wise, M. & Nutbeam, D. (2007). Enabling health systems transformation: What progress has been made in re-orienting health services? Promotion & Education, 14 (2_suppl), 23–27. https://doi.org/10.1177/10253823070140020801x

Wright, M. T., Block, M., Unger, H. & Kilian, H. (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung. Eine Begriffsbestimmung. In M. T. Wright, Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 13–34). Verlag Hans Huber.

Wright, M. T., Unger, H. & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright, Prävention und Gesundheitsförderung. Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention (S. 35–52). Verlag Hans Huber.

ZEPRA. (ohne Datum). ZEPRA. Über uns. Gefunden am 19. November 2025, unter https://zepra.info/ueber-uns

ZHAW. (2025). Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/mUKVQjqxl3GB/kosten-ncd-in-der-schweiz.pdf

Ziglio, E., Simpson, S. & Tsouros, A. (2011). Health promotion and health systems: Some unfinished business. Health Promotion International, 26 (suppl_2), ii216–ii225. https://doi.org/10.1093/heapro/dar079