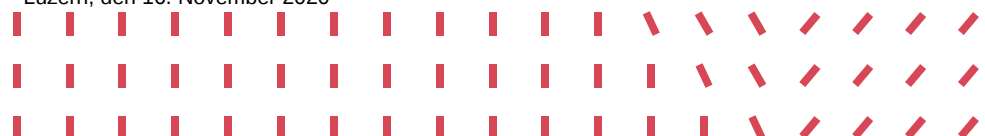


**Definition von Zielwerten für
die Nationale Strategie
Prävention nichtübertragbarer
Krankheiten und die
Nationale Strategie Sucht:
Eine Analyse des Nutzens und
der Machbarkeit**

**Bericht zuhanden der Sektion Wissenschaftliche Grundlagen des
Bundesamts für Gesundheit (BAG)**

Luzern, den 16. November 2020



I Autorinnen

Manuela Oetterli, Dipl. Natw. ETH und MPH (Projektleitung)
Zora Föhn, MA (Projektmitarbeit)

**I INTERFACE Politikstudien
Forschung Beratung GmbH**

Seidenhofstrasse 12
CH-6003 Luzern
Tel +41 (0)41 226 04 26

Place de l'Europe 7
CH-1003 Lausanne
Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

I Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

I Begleitgremium

Wally Achtermann (BAG)
Eva Bruhin (BAG)
Roy Salveter (BAG)
Mirjam Weber (BAG)

I Zitiervorschlag

Oetterli, Manuela und Zora Föhn (2020): Definition von Zielwerten für die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und die Nationale Strategie Sucht: eine Analyse des Nutzens und der Machbarkeit. Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

I Laufzeit

November 2019 bis November 2020

I Projektreferenz

Projektnummer: 19-94

1. Einleitung	4
1.1 Ziele der NCD-Strategie und der Strategie Sucht	7
1.2 Indikatoren des Monitoring-Systems Sucht und NCD	8
1.3 Zielsetzung und Fragestellungen des Mandats	5
1.4 Methodisches Vorgehen	5
1.5 Chancen und Grenzen der Untersuchung	6
 2. Internationale Übersicht	 11
2.1 Der Aktionsplan der WHO	12
2.2 Fallbeispiele Deutschland und Schweden	17
2.3 Fazit	21
 3. Nationale Erfahrungen	 22
3.1 Übersicht über Strategien mit quantifizierten Zielwerten	23
3.2 Erfahrungen von nationalen Akteuren	24
3.3 Fazit	29
 4. Beurteilung des Nutzens	 30
4.1 Stärken und Chancen	31
4.2 Schwächen und Risiken	33
4.3 Fazit	34
 5. Vorgehensvarianten	 36
5.1 Definition der Rahmenbedingungen	37
5.2 Vorgehensweisen	39
5.3 Operationalisierung der Ziele und Quantifizierung der Zielwerte	40
5.4 Fazit	41
 6. Gesamtfazit und Empfehlungen zuhanden des BAG	 44
6.1 Gesamtfazit	45
6.2 Empfehlungen zuhanden des BAG	49
 Anhang	 51

1. Einleitung

Im vorliegenden Bericht werden basierend auf nationalen und internationalen Erfahrungen sowie einer Einschätzung von Nutzen und Machbarkeit Empfehlungen formuliert, ob und wie Zielwerte für die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und die Nationale Strategie Sucht definiert werden sollen.

Dieses Kapitel erläutert die Ziele und untersuchungsleitenden Fragen der vorliegenden Studie, beschreibt das methodische Vorgehen sowie die Chancen und Grenzen des Berichts und beschreibt die Ziele der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und der Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 sowie das zugehörige Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM).

1.1 Zielsetzung und Fragestellungen des Mandats

Im Hinblick auf die geplante Wirkungsevaluation der NCD-Strategie und der Strategie Sucht und die Erstellung der beiden Nachfolgestrategien sollen basierend auf den nationalen und internationalen Erfahrungen sowie einer Einschätzung von Nutzen und Machbarkeit Empfehlungen formuliert werden, ob und gegebenenfalls wie die Ziele der NCD-Strategie und der Strategie Sucht mit Zielwerten versehen werden sollen.¹ Folgende Fragestellungen stehen im Zentrum des Mandats:

- Welche nationalen und internationalen Erfahrungen sind mit der Definition, der Datenerhebung und -bewertung sowie der Kommunikation gegenüber verschiedenen Stakeholder-Gruppen von Zielen mit Zielwerten im Bereich NCD und Sucht gemacht worden?
- Was sind die Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken der Definition von Zielwerten im Hinblick auf gesundheitspolitische (z.B. Wo kann man steuern?) und Public-Health-Überlegungen (Was bringt es für die Gesundheit der Bevölkerung?).
- Welcher Prozess zur Definition von Zielwerten und deren Machbarkeit/Umsetzbarkeit wäre für die Schweiz sinnvoll?
- Welche Empfehlungen für das weitere Vorgehen zuhanden des BAG können formuliert werden?

1.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen umfasste drei Elemente, die nachfolgend aufgeführt sind. Eine Liste aller beteiligten Personen befindet sich im Anhang A 2.

1.2.1 Durchführung einer internationalen Analyse

Für die Durchführung der internationalen Analyse wurde zusammen mit dem BAG erstens vereinbart, eine *Übersicht* über bestehende, mit Zielwerten versehene Ziele der NCD-Strategien der OECD-Staaten, basierend auf verfügbaren Dokumenten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), zu erstellen. Ergänzend dazu haben wir ein Experteninterview mit einem Verantwortlichen der WHO zu Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich quantifizierter Zielwerte in den entsprechenden Ländern geführt. Zusätzlich haben wir ein Interview mit einer Sucht-Expertin geführt, die durch ihre Arbeit beim Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung Einschätzungen und Einblicke in

¹ BAG (2019): Pflichtenheft: Quantifizierung der Ziele der Strategien NCD und Sucht: Eine Analyse des Nutzens und der Machbarkeit. Bern.

Sucht-Strategien verschiedener Länder geben konnte. Die Informationen aus diesem Gespräch sind punktuell in den allgemeinen Bericht eingeflossen.

Zweitens wurden gemeinsam mit dem BAG die Länder Deutschland und Schweden für die Erstellung von *Fallbeispielen* ausgewählt. Diese dienen dazu, die Einschätzungen und Erfahrungen bezüglich quantifizierter Zielwerte im Rahmen der Strategie NCD (Deutschland) beziehungsweise der Strategie Sucht (Schweden) vertieft zu beleuchten. Zu diesem Zweck wurden in beiden Ländern je ein Experteninterview mit Verantwortlichen für die entsprechenden Strategien geführt und die verfügbaren Dokumente analysiert.

1.2.2 Durchführung von Gesprächen mit Schweizer Experten/-innen

Um die entsprechenden Erfahrungen und Einschätzungen von Schweizer Experten/-innen bezüglich der Definition, Messung, Bewertung und Kommunikation von quantifizierten Zielwerten zu erheben, wurden insgesamt acht Experteninterviews durchgeführt. Darunter befinden sich Experten/-innen von Bund und Kantonen (BAG, Bundesamt für Raumentwicklung, Kanton Waadt), der Wissenschaft (Universität Zürich), der Politik (Nationalrat, Kantonsrat) sowie von zwei Stiftungen (Gesundheitsförderung Schweiz und Sucht Schweiz).

1.2.3 Exemplarische Testung und Experten-Workshop

Basierend auf den Interviews mit den (inter-)nationalen Experten/-innen wurden mögliche Vorgehensweisen hinsichtlich einer Festlegung von Zielwerten in der Nationalen NCD-Strategie und der Nationalen Strategie Sucht diskutiert. Diese Vorschläge wurden im Rahmen eines Experten-Workshops mit 13 Experten/-innen besprochen. Der Workshop diente weiter dazu, die Empfehlungen in Kapitel 6 zu diskutieren und validieren.

1.3 Chancen und Grenzen der Untersuchung

Die internationale Analyse basiert auf Daten der WHO zu länderspezifischen quantifizierten NCD-Zielwerten und zeigt auf, welche OECD-Länder über welche Zielwerte verfügen. Dank den vertiefenden Interviews mit Experten/-innen der WHO sowie von Deutschland und Schweden konnten deren Erfahrungen mit der Zielwertdefinition, -überprüfung und -kommunikation gesammelt und die Dokumentenanalyse entsprechend interpretiert werden. Die nationale Analyse erfolgte ausgehend von explorativen Interviews mit ausgewählten Vertretern/-innen von fünf Stakeholder-Gruppen (nationale Verwaltung, Kantonale Verwaltung, Politik, Stiftung und Wissenschaft). Diese befassen sich teilweise schon seit mehreren Jahren mit Fragen rund um die Strategieentwicklung und Zielwertdefinition. Entsprechend konnten sie wichtige Hinweise geben, um die Erfahrungen, aber auch die teilweise unterschiedlichen Sichtweisen in Bezug auf den Nutzen und die Machbarkeit der Festlegung von Zielwerten in Zusammenhang mit der NCD-Strategie und der Strategie Sucht aufzuzeigen.

Da es sich sowohl bei der internationalen wie auch bei der nationalen Analyse um punktuelle Einschätzungen handelt, hat der vorliegende Bericht keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität. Er zeigt jedoch ein breites Spektrum von Erfahrungen und Einschätzungen bezüglich der Definition von Zielwerten für die NCD-Strategie und der Strategie Sucht auf und beinhaltet deshalb keinen Konsens der Meinungen. Zudem wurde von beteiligten Experten/-innen angemerkt, dass im Rahmen dieses Mandats die psychische Gesundheit zu wenig in die Überlegungen einbezogen worden ist, da sie nicht Teil der beiden untersuchten Strategien ist, aber ebenfalls eine grosse Krankheitslast aufweist. Diesem Umstand wird in den Empfehlungen Rechnung getragen. Die Empfehlungen zuhanden des BAG wurden von Interface formuliert und mit den Experten/-innen im Rahmen eines Workshops validiert. Der Bericht bildet somit eine relevante Grundlage für den Entscheid des BAG über das weitere Vorgehen zur allfälligen Definition von Zielwerten für die NCD-Strategie und die Strategie Sucht.

1.4 Ziele der NCD-Strategie und der Strategie Sucht

Die NCD-Strategie und die Strategie Sucht wurden basierend auf der gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit2020 und deren Ziel «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren» entwickelt. Die beiden Strategien lösten die nationalen Programme in den Bereichen Alkohol, Tabak, Drogen sowie Ernährung und Bewegung ab. Die beiden Strategien beinhalten Ziele sowohl auf Leistungs- (Output) wie auch auf Wirkungsebene (Outcome und Impact), welche in unterschiedlichen Handlungsfeldern angesiedelt sind. Insgesamt gibt es 14 Impactziele, die beschreiben, welche Wirkungen die Massnahmen mittel- und längerfristig im Bereich NCD und Sucht entfalten beziehungsweise zu welchen Zielen sie längerfristig beitragen sollen. Darstellung D 1.2 gibt eine Übersicht über die entsprechenden Ziele.

Gemäss Definition der Bundeskanzlei² sind quantifizierbare Ziele messbar und beinhalten entweder eine Angabe der Entwicklungstendenz oder aber einen Zielwert. Ausgehend von dieser Definition sind die Ziele der beiden Strategien als quantifizierte Wirkungsziele zu bezeichnen, die sie erwünschte *Entwicklungstendenz*, aber keinen *Zielwert* beinhalten (vgl. Darstellung D 1.1). Die jetzigen Ziele beinhalten somit keine messbare Schwelle, die angibt, ab wann ein Ziel als erreicht betrachtet wird.

D 1.1: Begriffsdefinition und fiktives Beispiel: Ziel mit Angabe der Entwicklungstendenz und mit Zielwert

<i>Begriff</i>	<i>Beispiel</i>
Ziel mit Angabe der Entwicklungstendenz	Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
Ziel mit Angabe des Zielwertes	Senkung der Gesamtprävalenz des Rauchens in der Bevölkerung um 5 Prozent bis 2025

Quelle: Darstellung Interface.

² <https://www.bk.admin.ch/bk/de/home/regierungsunterstuetzung/fuehrungsunterstuetzung/legislaturindikatoren.html>, Zugriff am 22.08.2019.

In beiden Strategien ist festgehalten, dass der Bundesrat im Jahr 2020 mittels einer Zwischenevaluation über den Stand der Umsetzung informiert wird. Im Jahr 2024 sollen dem Bundesrat zudem die Ergebnisse der Schlussevaluation vorgelegt werden. Sowohl in der Zwischen- wie auch der Schlussevaluation sollen die Wirkungsziele der beiden Strategien auf Ebene Outcome und Impact bewertet und auf dieser Grundlage die Nachfolgestrategien geplant werden.³

D 1.2: Übersicht über die Wirkungsziele der NCD-Strategie und Strategie Sucht (Impactziele)

Ziele NCD	Wirkungsziele
1. Krankheitslast	Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast
2. Kostensteigerung	Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung
3. Vorzeitige Todesfälle	Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle
4. Leistungsfähigkeit der Bevölkerung	Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft
5. Risikofaktoren	Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren
6. Gesundheitskompetenz	Verbesserung der Gesundheitskompetenz
7. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen	Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen
8. Chancengerechtigkeit	Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention
9. Bevölkerung mit erhöhtem Risiko	Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken
10. Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit	Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit
Ziele Sucht	Wirkungsziele
1. Suchterkrankung	Suchterkrankungen werden verhindert
2. Hilfe und Behandlung	Abhängige Menschen erhalten die notwendige Hilfe und Behandlung.
3. Gesundheitliche und soziale Schäden	Gesundheitliche und soziale Schäden werden vermindert
4. Auswirkung auf die Gesellschaft	Negative Auswirkungen auf die Gesellschaft werden verringert

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der NCD-Strategie und der Strategie Sucht.

1.5 Indikatoren des Monitoring-Systems Sucht und NCD

Eine zentrale Datengrundlage zur Überprüfung der Zielerreichung, aber auch für die weitere strategische Planung und den Vergleich mit anderen Ländern⁴, bildet das Monitoring-System Sucht und NCD (MonAM). Es beinhaltet 115 Indikatoren, die in engem Bezug zu den Zielen und Massnahmen der beiden Strategien stehen. 101 der 115 Indikatoren sind

³ www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-ncd-sucht.html, Zugriff am 15.05.2020.

⁴ Siehe Massnahme C1 des Massnahmenplans zur Nationalen Strategie zur Prävention 2017–2024.

aktuell online verfügbar. MonAM wird gemeinsam vom BAG und vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan betrieben. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Indikatoren in Zusammenarbeit mit kantonalen und nationalen Umsetzungspartnern sowie Experten/-innen ausgewählt und sich dabei an internationalen Normen orientiert. Die Indikatoren beziehen sich auf die Krankheitslast, auf Risikofaktoren sowie soziale Determinanten⁵ und sind in Leit-, Kern- und Zusatzindikatoren kategorisiert (vgl. Darstellung D 1.4).⁶

Gemäss dem Handbuch für Indikatorenbildung des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) sind Indikatoren Merkmale, deren Grösse beziehungsweise Ausprägung messbar oder zumindest konkret überprüfbar sind und somit eine Veränderung einer Situation anzeigen.⁷ Ein Indikator für ein Wirkungsziel gibt also an, wie die Wirkung gemessen wird. Dabei kann zwischen quantitativen und qualitativen Indikatoren unterschieden werden. Quantitative Indikatoren beinhalten Merkmale, die sich mit einer Zahl umschreiben lassen. Die Indikatoren sind zuverlässig und können objektiv erhoben werden. Bei qualitativen Indikatoren können die Ausprägungen mittels Einschätzung beziehungsweise Bewertung beschrieben werden. Ist dem Indikator auch ein Soll-Wert zugeordnet, so kann beurteilt werden, wann das Wirkungsziel als erreicht betrachtet wird (vgl. Darstellung D 1.3).

D 1.3: Begriffsdefinition und Beispiel: Quantitativer Indikator und Soll-Wert

Begriff	Beispiel
Quantitativer Indikator	Tabakkonsum (Alter: 11–15); Tabakkonsum (Alter: 15+)
Soll-Wert	Reduktion des Tabakkonsums (Alter: 15+) um 5 Prozent

Quelle: Darstellung Interface.

Gemäss diesem Verständnis enthält MonAM somit primär quantifizierte Indikatoren, aber keine Soll-Werte für die einzelnen Indikatoren. Die Indikatoren in MonAM wurden gemeinsam mit kantonalen und nationalen Umsetzungspartnern/-innen und Experten/-innen ausgewählt und orientieren sich an europäischen und internationalen Normen. MonAM stützt sich bei der Messung der Indikatoren auf verschiedene Datenquellen, die von diversen Partnern des BAG geliefert, gemessen und geprüft werden.⁸ Gemäss Aussage des BAG werden Aktualisierungen des Monitoring-Systems und der Indikatoren auf der Website beschrieben, und die Indikatoren und Messwerte fliessen punktuell in Studien zu Themen von NCD und Sucht ein. Zudem ist geplant, die Indikatoren systematisch in die Schlussevaluation der NCD-Strategie und der Strategie Sucht einzubeziehen.

⁵ www.obsan.admin.ch/de/MonAM, Zugriff am 08.05.2020.

⁶ BAG (2016): Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – 2017–2024. Finale Version. April 2016. Bern. BAG (2016): Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Sucht – 2017–2024. Finale Version, April 2016. Bern.

⁷ Handbuch Indikatorenbildung für die wirtschaftliche Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Transitionsländern, Version 1.0, November 2001. KEK/CDC Consultants im Auftrag des SECO.

⁸ https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/uploads/das_monam_d.pdf, Zugriff am 03.04.2020.

D 1.4: Übersicht über die Indikatoren des Monitoring-Systems Sucht und NCD MonAM

<i>Ziele NCD</i>	<i>Indikatoren (Anzahl)</i>
1. Krankheitslast	Asthma (1), Atemwegs-Erkrankungen (1), Diabetes (2), Herz-Kreislauf-Erkrankungen (2), Krebs (1), Lebenserwartung in guter Gesundheit ab 65 Jahre (1)
2. Kostensteigerung	Kosten des Gesundheitswesens (1), Volkswirtschaftliche Kosten von NCDs (1)
3. Vorzeitige Todesfälle	Adipositasbedingte Mortalität (1), Alkoholbedingte Mortalität (1), Inaktivitätsbedingte Mortalität (1), Tabakbedingte Mortalität (1), Verlorene Lebensjahre durch NCD (1), Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund von NCDs (1)
4. Leistungsfähigkeit der Bevölkerung	Erschöpfungsrate (1), Erwerbstätigenquote (1), Freiwilligenarbeit (1), IV-Neurenten aufgrund Krankheiten (1), Krankheits- und unfallbedingte Arbeitsabwesenheiten (1)
5. Risikofaktoren	Aktive Mobilität (1), Alkohol (7), Arbeitsbedingter Stress (2), Tabak (6), Bewegungsverhalten (2), Energieaufnahme (2), Früchte- und Gemüsekonsum (1), Salzkonsum (1), Sitzen (und Ruhen) (2), Stillen (1)
6. Gesundheitskompetenz	Wissen über gesundheitliche Risiken/Vorteile von: Alkohol (1), Bewegung (1), Körpergewicht (1), Salz (1) und Tabak (1), Gesundheitskompetenz (1)
7. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen	Meinung der Bevölkerung zu strukturellen Massnahmen bezüglich aktiver Mobilität (1), Alkohol (1) und Tabak (1), Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention der Kantone und Gemeinden (1), Regulierungen von Alkohol (1) und Tabak/E-Zigaretten (1) in den Kantonen, Selbstmanagement-Angebote bei NCD-Patienten/-innen (1)
8. Chancengleichheit	Gesundheitszustand (1), Unterbleiben von Arzt- und Zahnarztbesuchen aufgrund materieller Entbehrung (1)
9. Bevölkerung mit erhöhtem Risiko	Bauchumfang (2), Bluthochdruck (1), Diabetes (2), Erhöhter Cholesterinspiegel (1), Übergewicht und Adipositas (2)
10. Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit	Gesundheitszustand (1), Lebensqualität (1)
<i>Ziele Sucht</i>	<i>Indikatoren (Anzahl)</i>
1. Suchterkrankung	Alkohol (9), Cannabis (3), Medikamenteneinnahme (2), Geldspiel (2), Drogenkonsum (2), Mehrfaches Risikoverhalten (1), Tabak (6), Zugang Jugendlicher zu Tabak und Alkohol (1)
2. Hilfe und Behandlung	Abgabe steriler Spritzen an Drogenkonsumierende (1), Aufhörerbereitschaft Rauchen (1), Opioidhaltige Substitution (1), Problembewusstsein bei Rauchenden (1), Präventionsangebote in Institutionen des Freiheitsentzuges (1), Spitalaufenthalt mit Haupt- oder Nebendiagnose einer substanzbedingten Störungen (1)
3. Gesundheitliche und soziale Schäden	Alkoholbedingte Mortalität (1), Drogentote (1), Führerausweisentzüge in Zusammenhang mit Substanzeinfluss (1), Tabakbedingte Mortalität (1), Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Konsum (1)
4. Auswirkung auf die Gesellschaft	Kosten von Suchtverhalten (1), Verkehrsunfälle mit Substanzeinfluss (1), Verstösse gegen Betäubungsmittelgesetz wegen Handel (1)

Legende: Die aufgeführten Indikatoren betreffen mehrheitlich Wirkungsziele.

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (MonAM).

2. Internationale Übersicht

Kapitel 2 beinhaltet eine Übersicht über die quantifizierten NCD-Zielwerte von OECD-Ländern und beschreibt die Erfahrungen der WHO, Schwedens und Deutschlands mit deren Definition, Messung und Interpretation.

Dieses Kapitel gibt eine Übersicht über die Definition von quantifizierten NCD-Zielwerten durch die WHO und ihren Mitgliedstaaten und beschreibt die entsprechenden Erfahrungen und Einschätzung von Deutschland und Schweden.

2.1 Der Aktionsplan der WHO

Nachfolgend wird der Aktionsplan der WHO mit seinen Zielvorgaben und dessen Umsetzung durch die Mitgliedstaaten erläutert, und es werden die Ergebnisse der länderspezifischen Analyse und des Interviews mit Ivo Rakovac, dem Manager der NCD Surveillance der WHO, erläutert.

2.1.1 Vorgaben der WHO

Im Mai 2013 hat die WHO den «Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020» verabschiedet. Dieser Aktionsplan beinhaltet neun freiwillige, globale NCD-Ziele mit quantifizierten Werten auf Ebene Outcome beziehungsweise Impact (vgl. Darstellung D 2.1)⁹. Zusätzlich umfasst der Aktionsplan Wegweisungen und politische Optionen für die WHO, seine Mitgliedstaaten und internationalen Partner, um diese Ziele bis im Jahr 2025 gemeinsam zu erreichen. Die WHO unterscheidet nicht nach NCD- und Sucht-Strategie, sondern hat verschiedene Sucht-Themen als Risikofaktoren in die NCD-Strategie integriert.

Um die Ziele festzulegen, setzte die WHO eine Arbeitsgruppe mit Wissenschaftlern/-innen und Experten/-innen sowie Vertretern/-innen der Länder ein. Die Zielwerte wurden gemäss Aussage unseres Interviewpartners beim Durchschnittswert ihrer 20 Prozent erfolgreichsten Mitgliedstaaten angesetzt. Er begründet dieses Vorgehen damit, dass dieser Wert mit einer gewissen Anstrengung der Staaten ein erreichbarer Wert sein kann. Die Ziele und Zielwerte wurden einem breiten Konsolidierungsprozess unterzogen und schliesslich von der WHO verabschiedet.

⁹ Im Bereich von schädigendem Alkoholkonsum beispielsweise lautet das Ziel, dass der schädigende Alkoholkonsum um mindestens 10 Prozent abnehmen soll (sofern dies im nationalen Kontext angebracht ist).

D 2.1: Quantifizierte NCD-Ziele der WHO für 2025

Kategorie	Quantifiziertes NCD-Ziel der WHO	Abdeckung der Ziele im Monitoring-System MonAM
Mortalität und Morbidität	1. Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit bei NCDs um 25 Prozent	– Verlorene Lebensjahre durch NCD – Wahrscheinlichkeit vorzeitiger Todesfälle aufgrund von NCDs (Alter: 30–70)
Risikofaktoren für NCDs	2. Reduzierung des schädlichen Alkoholkonsums um 10 Prozent	– Chronischer risikoreicher Alkoholkonsum (Alter: 15+)
	3. Reduzierung der körperlichen Inaktivität um 10 Prozent	– Bewegungsverhalten (Alter: 6–16) – Bewegungsverhalten (Alter: 15+) – Inaktivitätsbedingte Mortalität – Sitzen und Ruhen (Alter: 6–16) – Sitzen (Alter: 15+)
	4. Reduzierung der Salz- und Natrium-Aufnahme um 30 Prozent	– Salzkonsum (Alter: 15+)
	5. Reduzierung des Tabakkonsums um 30 Prozent ¹⁰	– Tabakkonsum (Alter: 11–15) – Tabakkonsum (Alter: 15+)
	6. Reduktion des Bluthochdruckes um 25 Prozent	– Bluthochdruck (Alter: 15+)
	7. Steigerung von Diabetes und Adipositas um 0 Prozent	– Bauchumfang (Alter 6–12) – Adipositas bedingte Mortalität
Reaktion nationaler Systeme	8. 50 Prozent der Anspruchsberechtigten erhalten medikamentöse Therapie und Beratung, um Herzinfarkt und Schlaganfall zu verhindern	
	9. 80 Prozent Verfügbarkeit in privaten und öffentlichen Einrichtungen der erschwinglichen Basistechnologien und essenziellen Medikamente (inkl. Generika), die für die Behandlung wichtiger NCDs erforderlich sind	

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Übersicht auf der Website der WHO.¹¹

2.1.2 Umsetzung durch die Mitgliedstaaten

Die WHO empfiehlt ihren Mitgliedstaaten, basierend auf diesen neun NCD-Zielen der WHO ausgewählte Ziele mit Zielwerten auf nationaler Ebene zu definieren. Deren Definition erfolgt für die Mitgliedsstaaten grundsätzlich auf freiwilliger Basis. Die Schweiz verpflichtete sich – wie ungefähr 30 Prozent der WHO-Mitgliedsstaaten – auf nationaler Ebene solche terminierten NCD-Ziele festzulegen.¹²

¹⁰ Die WHO hat das Thema Sucht – anders als die Schweiz – in die NCD-Strategie integriert.

¹¹ www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/qmf1_large.jpg?ua=1, Zugriff am 15.05.2020.

¹² Die Verpflichtung basiert auf der 2011 erschienenen Deklaration «Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases», Paragraph 63 (<https://digitallibrary.un.org/record/710899>) und auf die Paragraphen 30 und 38 des «Outcome Document of the High-level Meeting of the United Nations

Aus Sicht des Interviewpartners liegt die Stärke von Zielwerten darin, dass sie die Anvisierung von konkreten Zielen unterstützen und diese zudem relativ einfach kommuniziert werden können. Eine Schwäche liegt in seinen Augen darin, dass durch die Fokussierung auf einzelne Zielwerte der Blick auf das grosse Ganze verloren gehen kann. Aus diesem Grund empfiehlt er, nicht nur Indikatoren zu messen, sondern ergänzend dazu umfassende Evaluationen durchzuführen.

2.1.3 Überprüfung der Ergebnisse

Jedes zweite Jahr verfasst die WHO einen Bericht, in dem festgehalten wird, wie viele Mitgliedsstaaten der WHO ihrer Verpflichtung zur Definition von nationalen Zielen mit quantifizierten Zielwerten nachkommen.¹³ Für den Bericht von 2019 wurden die Mitgliedsstaaten gefragt, ob sie terminierte nationale NCD-Ziele auf der Grundlage der neun freiwilligen globalen WHO-Ziele festgelegt hatten und ob sie über Indikatoren für diese Ziele verfügten. 67 Prozent der 160 Länder gaben an, einige terminierte nationale NCD-Ziele definiert zu haben, und 62 Prozent (bzw. 93% der 107 Länder, die Ziele definiert hatten), dass sie über Indikatoren für diese Ziele verfügten. In Bezug auf die europäischen Mitgliedstaaten zeigt der Bericht von 2019, dass rund 50 Prozent der europäischen Staaten über terminierte nationale NCD-Ziele mit zugehörigen Indikatoren verfügen.¹⁴ Nicht ersichtlich wird aus der Frage, ob die Ziele mit Zielwerten beziehungsweise die Indikatoren mit quantifizierten Soll-Werten versehen sind oder nicht.

Für das Jahre 2015, 2017 und 2019 sind die Ziele von allen WHO-Mitgliedsstaaten mit quantifizierten Zielwerten auf der Website der WHO publiziert.¹⁵ Diese Datenquelle bildete die Basis für die nachfolgende Analyse von Ländern, die in ihren NCD-Strategien quantifizierte Ziele und Zielwerte festgelegt haben. Der Fokus wurde dabei auf die 37 Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) gelegt. Die Ziele mit Zielwerten beziehungsweise Indikatoren mit Soll-Werten dieser Länder wurden analysiert und den oben genannten NCD-Bereichen zugeordnet.

In einem ersten Schritt wurde untersucht, welche OECD-Länder für welche der oben genannten neun Bereiche Zielwerte formuliert haben. Die Analyse zeigt folgendes auf (vgl. Darstellung D 2.2):

- 24 der insgesamt 37 OECD-Länder haben momentan aktuelle quantifizierte Zielwerte für einen oder mehrere der definierten NCD-Bereiche festgelegt.
- Nur Finnland hat für alle Bereiche der WHO Zielwerte definiert.
- Am häufigsten mit Zielwerten versehen sind der Risikofaktor *Diabetes und Übergewicht* (22 Länder) sowie das Risikoverhalten *Tabakkonsum* (20 Länder). Am seltensten wurden Zielwerte festgelegt für die Bereiche der Gesundheitsversorgung *Wesentliche Medikamente und Basistechnologien zur Behandlung von NCD-Krankheiten* (4 Länder) und *Medikamentöse Therapie zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen* (7 Länder) sowie für den Risikofaktor *Erhöhter Blutdruck* (7 Länder).

General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of NCDs (A/RES/68/300)» (<https://digitallibrary.un.org/record/774662>). Die WHO hat 2015 eine entsprechende «Technical note» veröffentlicht (<https://www.who.int/nmh/events/2015/technical-note-en.pdf?ua=1>).

¹³ www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/, Zugriff am 03.04.2020.

¹⁴ WHO (2019): Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases - Report of the 2019 global survey. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-ccs-2019>, Zugriff am 03.04.2020.

¹⁵ <https://extranet.who.int/ncdccs/documents/Db>, Zugriff am 03.04.2020.

In einem nächsten Schritt wurden die Zielwerte der Länder detaillierter analysiert. Die entsprechende Übersicht findet sich in Anhang A 1 und zeigt auf, dass die konkrete Ausformulierung der Ziele und Zielwerte sehr heterogen ist. Insbesondere in Bezug auf die folgenden Aspekte zeigen sich Unterschiede:

- *Unterthemen:* Ausgehend von den neun vorgegebenen NCD-Zielen der WHO haben die Mitgliedsländer ihre Ziele entworfen und eigene Schwerpunkte gesetzt. So kann sich das Ziel im Bereich des Alkoholkonsums beispielsweise auf den grundsätzlichen Alkoholkonsum oder aber auf das Rauschtrinken oder den schädlichen Alkoholkonsum beziehen. Die Analyse zeigt, dass insbesondere in den Themenbereichen *Vorzeitige Mortalität durch NCD* sowie *Diabetes und Übergewicht* mit je fünf Unterthemen von den Ländern auf nationaler Ebene heterogene Schwerpunkte gewählt worden sind.
- *Art des Zielwerts:* Auch die Art der Zielwerte unterscheidet sich: So kann ein Zielwert eine relative Veränderung (z.B. 10% Reduktion der körperlich inaktiven Personen), eine absolute Veränderung (z.B. Reduktion von durchschnittlich 8,1 g Natrium/Tag auf 6 g Natrium/Tag) oder ein Trendstopp oder eine Trendwende (z.B. Zunahme von Diabetes bis 2020 stoppen) anstreben. Die definierten Zielwerte beziehen sich mehrheitlich auf eine angestrebte relative Veränderung.
- *Zielgruppen:* Die Ziele unterscheiden sich weiter nach den jeweiligen Zielgruppen. Einige Ziele beziehen sich auf die Allgemeinbevölkerung, einige auf eine bestimmte Altersgruppe und andere auf ein Geschlecht oder eine spezifische Untergruppe wie beispielsweise schwangere Frauen. Am häufigsten beziehen sich die Ziele auf die Gesamtbevölkerung, wobei diese oft auf die Altersgruppen ab 15 oder 18 Jahren beschränkt ist.
- *Frist und Laufzeit:* Auch die Frist, bis zu welcher der Zielwert erreicht werden soll, variiert je nach Ziel und Land. Häufig wird eine Erreichung der Ziele bis 2020, 2022, 2025 oder 2030 angestrebt (mit Start 2015, 2017 oder 2019).

D 2.2: Quantifizierte NCD-Ziele der OECD-Staaten

		NCD-Zielbereiche der WHO								
		Vorzeitige Mortalität durch NCD	Schädlicher Alkoholkonsum	Körperliche Inaktivität	Natriumaufnahme	Tabakkonsum	Bluthochdruck	Diabetes und Übergewicht	Medikamentöse Therapien zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen	Wesentliche Medikamente und Basistechnologien zur Behandlung von NCD
OECD-Länder mit quantifizierten NCD-Zielen	Australien									
	Chile									
	Costa Rica									
	Deutschland									
	Estland									
	Finnland									
	Frankreich									
	Irland									
	Grossbritannien									
	Japan									
	Kanada									
	Kolumbien									
	Lettland									
	Litauen									
	Niederlande									
	Norwegen									
	Portugal									
	Südkorea									
	Slowakei									
	Slowenien									
	Tschechien									
	Türkei									
	Ungarn									
	USA									
	Total	17	16	16	10	20	7	22	7	4

Legende: Rot markiert = Es gibt ein Ziel mit Zielwert zu diesem Thema. Quelle: Darstellung Interface, basierend auf Dokumenten der WHO¹⁶.

¹⁶ <https://extranet.who.int/ncdccs/documents/Db>, Zugriff am 03.04.2020.

2.2 Fallbeispiele Deutschland und Schweden

In diesem Abschnitt werden kurze Fallbeispiele zur Formulierung von quantifizierten Zielen in Deutschland und Schweden präsentiert. Dabei werden die Erfahrungen dieser Länder mit quantifizierten Zielwerten in den Bereichen NCD beziehungsweise Sucht und der Definitionsprozess beschrieben sowie eine Beurteilung des Nutzens skizziert. Diese Fallbeispiele basieren auf der Analyse verfügbarer Unterlagen sowie je einem rund einstündigen Skype-Interview mit Verantwortlichen der jeweiligen Strategien.

2.2.1 Deutschland

Deutschland wurde als Fall ausgewählt, weil es sich um einen föderalistischen Nachbarnstaat der Schweiz handelt. Ausserdem hatte sich Deutschland bereits vertieft mit der Quantifizierung von NCD-Zielwerten auseinandergesetzt und erste Erfahrungen gesammelt. Das Interview für Deutschland wurde mit Tobias Backhaus und Ulrike Masewsky-Schneider, Referent der Geschäftsstelle beziehungsweise Leiterin Evaluationsbeirat des Kooperationsverbunds von *gesundheitsziele.de* geführt.

I Erfahrung mit quantifizierten Zielwerten

Im Kooperationsverbund arbeiten 120 Institutionen und Organisationen¹⁷ des deutschen Gesundheitswesens von Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern, Leistungserbringern, Patienten- und Selbsthilfeorganisationen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden, Industrie und Wissenschaft zusammen, um im Konsens konkrete, exemplarische Gesundheitsziele als Empfehlung an die Politik und andere Akteure zu entwickeln.¹⁸ Seit 2010 hat der Kooperationsverbund in einem Konsensverfahren zehn Gesundheitsziele definiert. Der Evaluationsbeirat des Kooperationsverbundes hat das Thema Quantifizierung von Gesundheitszielen 2010 intensiv diskutiert und empfohlen, für ausgewählte Ziele quantifizierte Zielwerte festzulegen. Als Voraussetzung für eine Festlegung hat er die folgenden Kriterien definiert:¹⁹

- Die Gesundheitsziele sind durch gesundheitspolitische Massnahmen beeinflussbar.
- Eine Evidenzbasierung des zugrunde gelegten Ursache-Wirkungs-Mechanismus ist vorhanden.
- Es sind klare Verantwortlichkeiten für die Umsetzung von Massnahmen gegeben.
- Die Zielsetzung wird im Konsens mit den beteiligten Akteuren formuliert.
- Es werden wissenschaftlich fundierte, spezifische Indikatoren ausgewählt, die im Beobachtungszeitraum stabil sind und zu denen eine verlässliche Datengrundlage besteht.
- Der Dokumentations- und Erhebungsaufwand der Daten für die Indikatoren ist vertretbar.
- Die Finanzierung beziehungsweise Ressourcen für die Überprüfung der Zielerreichung ist gesichert.

In der Folge hat der Kooperationsverbund 2015 im Rahmen der Aktualisierung fünf der zehn Teilziele des Gesundheitsziels «Tabakkonsum reduzieren» mit quantifizierten Zielwerten versehen:²⁰

¹⁷ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/574/qz_Traeger_und_Partner_stand_200109.pdf, Zugriff am 15.05.2020.

¹⁸ http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?_cms_page=was_ist_qz_de Zugriff am 15.05.2020.

¹⁹ Evaluationsbeirat *gesundheitsziele.de* (2010): Empfehlungen des Evaluationsbeirates zur Quantifizierung von Gesundheitszielen. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.

²⁰ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf, Zugriff am 15.05.2020.

- Verringerung des Rauchens bei Jugendlichen (12–17 Jahre): Verringerung der Rauchquote auf unter 7 Prozent im Jahr 2020 (bei beiden Geschlechtern).
- Verringerung des Rauchens bei Erwachsenen: Verringerung der Rauchquote auf unter 21 Prozent bis zum Jahr 2021 (25% der Männer, 18% der Frauen).
- Verringerung des mütterlichen Rauchens während der Schwangerschaft: Verringerung des mütterlichen Rauchens bei den 2019 bis 2022 Geborenen auf unter 6 Prozent.
- Verringerung der Passivrauchbelastung bei Kindern und Jugendlichen: Verringerung der Passivrauchexpositionen auf unter 20 Prozent bis zum Jahr 2022 (bei beiden Geschlechtern).
- Verringerung der Passivrauchbelastung bei Erwachsenen: Verringerung der Passivrauchexpositionen auf unter 20 Prozent bis zum Jahr 2022 (27% der Männer und 15% der Frauen).

Der Entstehungsprozess der Ziele wird von den Befragten bisher als erfolgreich angesehen. Erfahrungen bezüglich der Umsetzung von entsprechenden Massnahmen und Evaluationsergebnissen basierend auf den quantifizierten Zielwerten fehlen aber noch.²¹ Aus dem Interview geht hervor, dass bisher auch noch keine Evaluation vorgesehen ist. Zur spezifischen Kommunikation an die Bevölkerung wurden die Ziele ebenfalls nicht verwendet.

I Prozess zur Definition der Ziele

Nachfolgend wird der generelle Prozess zur Definition von Zielen durch *gesundheitsziele.de* beschrieben, unabhängig davon, ob diese quantifiziert sind oder nicht. Sollen neue Gesundheitsziele erlassen werden, werden in einem ersten Schritt alle Mitglieder befragt, um ein Thema für die nationalen Gesundheitsziele festzulegen. Die Mitglieder können im Steuerungskreis geeignete Themen vorschlagen. Drei bis vier Themen mit der grössten Nennung werden ausgewählt. Zu diesen Themen wird eine Analyse zur epidemiologischen Relevanz, Evidenz und zum rechtlichen Rahmen erstellt und in einem wissenschaftlichen Papier von ungefähr 15 Seiten dargestellt. Das Papier geht wiederum an alle Mitglieder, die basierend darauf entscheiden, welche Ziele als nächstes prioritär bearbeitet werden sollen. In einem nächsten Schritt erarbeiten die Arbeitsgruppen die Zielpapiere. In den Arbeitsgruppen sitzen Experten/-innen aus der Wissenschaft, der Verwaltung und den Organisationen. Welche Ziele schliesslich in die Zielpapiere einfließen, wird in einem Konsens- und Bottom-up-Prozess entschieden.

Als Anhaltspunkt für die Definition der Teilzielwerte zum Gesundheitsziel «Tabakkonsum reduzieren» dienten die Entwicklungen und Trends der vorausgegangenen Jahre und die Entwicklung in den Ländern, in denen Massnahmen zu einem früheren Zeitpunkt und/oder in einem grösseren Umfang umgesetzt wurden. Um diese Zielwerte festzulegen, traf sich die Arbeitsgruppe regelmässig und arbeitete im Konsensverfahren. Der Prozess kam nach über zwei Jahren zu einem Abschluss.

Aus Sicht der Befragten ist das Festlegen von Gesundheitszielen (mit Zielwerten) im Konsensverfahren zeitaufwendig. Ausserdem haben sie festgestellt, dass gewisse wissenschaftliche Erkenntnisse nicht berücksichtigt werden, weil nicht alle beteiligten Akteure mit den entsprechenden Zielen einverstanden sind. Die Beteiligung von zusätzlichen Akteuren führt zwar zu einer breiteren Akzeptanz der Ziele und Zielwerte, aber das Erzielen eines Konsenses wird zusätzlich erschwert. Auch das Festlegen von geeigneten Massnahmen zur Erreichung der gesetzten Ziele gelingt nicht immer. Auf der anderen Seite gibt es durch das Konsensverfahren eine grössere Transparenz und Verbindlichkeit der Ziele und eine höhere Verpflichtung der Akteure. Ausserdem findet so eine intensivere Auseinandersetzung mit den Zielen auf allen

²¹ http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf, Zugriff am 15.05.2020.

Ebenen statt. Die Befragten finden es zudem wichtig, dass die Ziele einzelner Themen nacheinander und zuerst probeweise mit Zielwerten versehen werden.

I Beurteilung des Nutzens

Als *Stärke* von Zielen sehen die Befragten, dass man sich als Land etwas sehr Konkretes vornimmt und dadurch auch mehr erreichen kann. Im Papier «Nationales Gesundheitsziel – Tabakkonsum reduzieren» des Kooperationsverbundes wird ausserdem erwähnt, dass Gesundheitsziele mit Zielwerten konkretere Anhaltspunkte über die Erreichung der Ziele und die Wirksamkeit der entsprechenden Massnahmen liefern, als dies Gesundheitsziele ohne klare Zielwerte tun.²² Eine *Schwäche* bleibt jedoch, dass auch bei quantifizierten Gesundheitszielen keine unmittelbare Wirksamkeitsprüfung der einzelnen Massnahmen möglich ist, da die Indikatoren teilweise durch andere, zum Teil schwer messbare Prozesse beeinflusst werden.

Eine *Chance* von evidenzbasierten Zielen mit Zielwerten ist, dass diese als gute Argumentationsgrundlage dienen, um die Politik zur Sprechung von Geldern für die Finanzierung von entsprechenden Massnahmen zu bewegen. Weiter verstehen sie es als Chance, dass man international mit der Definition von Zielwerten der Gesundheitsziele Ansehen erlangt, weil die WHO und weitere WHO-Staaten ebenfalls Gesundheitsziele mit Zielwerten definieren. *Risiken* von Zielen mit Zielwerten werden von den Interviewpartnern/-innen aus Deutschland keine genannt.

2.2.2 Schweden

Der Fall Schweden wurde ausgewählt, weil das Land über eine ähnliche Sucht-Strategie wie die Schweiz verfügt. Die Ziele von Schweden sind nicht mit Zielwerten versehen, aber die Zielerreichung wird, ähnlich wie in der Schweiz, anhand von Indikatoren mittels eines Monitoring-Systems überprüft. Das Interview wurde mit Anna Månsdotter und Eva Forsberg Falk (Analystin bzw. Chefin der Einheit für Koordination und Analyse ANDT) geführt.

I Erfahrung mit quantifizierten Zielen und Zielwerten

Für die Jahre 2016 bis 2020 hat die Regierung Schwedens eine nationale Alkohol-, Drogen-, Doping- und Tabakstrategie (ANDT-Strategie²³) verabschiedet. Diese Strategie zeigt auf, wie mit legalen und illegalen Suchtmitteln umgegangen werden soll. Der Ausgangspunkt dieser Strategie ist das Staatsverständnis, dass alle Bewohner/-innen Schwedens das Recht auf die bestmögliche physische und mentale Gesundheit haben. Nach diesem Verständnis werden persönliche Einschränkungen für den Schutz der öffentlichen Gesundheit in Kauf genommen. Das übergeordnete Ziel der ANDT-Strategie 2016–2020 ist es, eine drogen- und dopingfreie Gesellschaft zu erreichen, in der ausserdem der Tabakkonsum und die alkoholbedingten medizinischen und sozialen Schäden reduziert werden. Um dieses übergeordnete Ziel zu erreichen, hat die Regierung fünf Zielvorgaben (Objectives) und 23 Aktionsbereiche benannt, die in den Jahren 2016–2020 priorisiert bearbeitet werden sollen. Das statistische Instrument «Indikatorlabbet» dient dem Monitoring und Analyse der Entwicklungen bei Alkohol, Drogen, Doping und Tabak.²⁴ Wie in den Schweizer-Strategien geben die Ziele eine Richtung vor, sind aber nicht mit Zielwerten versehen. In Schweden gibt es auf nationaler Ebene ein Ziel mit einem Zielwert welches den Tabakkonsum betrifft. Es besagt, dass der Anteil Raucher/-innen

²² http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1247/BMG_Tabakkonsum_reduzieren_Onlineversion.pdf, Zugriff am 15.05.2020.

²³ https://www.ndphs.org/documents/5620/6_1%20Sweden%20Anna%20M_ANDT%20strategy_20170925.pdf, Zugriff am 03.04.2020.

²⁴ http://www.andtuppfoljning.se/globalassets/user-guide-indikatorlabbet_eng.190702_slutgiltig.pdf, Zugriff am 03.04.2020.

in Schweden bis 2025 auf unter 5 Prozent reduziert werden soll^{25,26}. Dieses Ziel hat seinen Ursprung in einer Initiative von «Tobacco Endgame», eine Bewegung, die es bereits in Neuseeland, Irland, Finnland und Schottland gibt und langfristig einen Ausstieg aus dem Rauchen anstrebt und ist nicht in der ANDT-Strategie beinhaltet. Momentan ist Schweden nicht mehr weit von diesem Zielwert entfernt; die Gruppenunterschiede innerhalb der Bevölkerung sind dabei aber gross und Tabakprodukte wie beispielsweise Snus, der in Schweden sehr verbreitet ist, sind nicht in den Zielen abgebildet.

I Prozess zur Definition der Ziele

In Schweden gibt es, abgesehen vom Ziel, das aus der «Tobacco Endgame»-Initiative übernommen wurde, keine Sucht-Ziele mit Zielwerten. Deshalb können die Befragten lediglich Auskunft darüber geben, worauf sie in einem theoretischen Fall der Definition der Zielwerte der schwedischen Sucht-Ziele achten würden. Dabei nennen die Expertinnen folgende Punkte: Sie fänden es essenziell, dass die Zielwerte der Sucht-Ziele sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf Einschätzungen von ANDT-Experten/-innen, politischen Entscheidungsträgern/-innen und Praktikern/-innen basieren würden. Weil es ein Fokus der politischen Strategie Schwedens ist, die Ziele auf die verschiedenen Gruppen der Gesellschaft abzustimmen, wäre es ausserdem wichtig, die Niveaus, Trends und Unterschiede zwischen den entsprechenden Verhaltensweisen einzelner Bevölkerungsgruppen zu verstehen und die wichtigsten Determinanten und Risikofaktoren für eine Sucht zu berücksichtigen. Auch wichtig wäre es, dass zu den Zielwerten entsprechende Indikatoren im Indikatorlabbet gefunden würden, die bereits über eine längere Zeitperiode konstant erhoben werden.

I Beurteilung des Nutzens

Schweden hat sich bisher grundsätzlich gegen Zielwerte innerhalb seiner Suchtstrategie entschieden. Dafür nennen die Befragten verschiedene Gründe. Eine *Schwäche* von Zielwerten liegt darin, dass sich nicht alle Sucht-Themen dafür anbieten. Die Reduktion des Tabakkonsums kann relativ einfach quantifiziert werden. Die Definition von Zielwerten, die illegale Drogen betreffen, ist schwieriger, da hier einerseits ein Wert von 0 Prozent Konsum erwünscht, aber nicht realistisch wäre, und andererseits die Messung weniger einfach ist. Eine weitere Schwäche liegt in der epidemiologischen Zeitverzögerung vom Drogenkonsum bis zu den Folgen des Konsums. Es besteht die Frage, wie diese Zeitverzögerung in der Definition von Zielwerten der Sucht-Ziele am besten berücksichtigt werden kann. Weiter wurde gesagt, dass Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung für Schweden ein so relevantes Thema ist, dass die reine Betrachtung von Durchschnittswerten als Ziele zu wenig Aussagekraft hat. Die meisten Trends der öffentlichen Gesundheit in Schweden sind positiv. Die Ziele müssten sowohl die gesamte Gesellschaft als auch die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen berücksichtigen. Gesundheitsziele müssten somit stets für Teilgruppen formuliert werden, um zu verhindern, dass die Bevölkerung sich gesamthaft verbessert, Ungleichheiten jedoch verstärkt werden. Trotz dieser Bedenken schlägt eine vorliegende Evaluation der ANDT-Strategie vor, bei der Nachfolgestrategie Zielwerte zu formulieren. Als *Stärke* von Zielwerten nennen die Vertreterinnen Schwedens die einfachere Bestätigung des Erreichten als bei Zielen, die nur eine anzustrebende Tendenz vorgeben.

²⁵ <https://tobaksfakta.se/the-swedish-government-aims-at-smoke-free-sweden-2025/>, Zugriff am 15.5.2020.

²⁶ Schweden ist nicht in der Tabelle D 2.2 aufgeführt, da die dort verwendete Datenquelle keine Angaben zu Schweden beinhaltet. Die Information zum mit Zielwert versehenen Ziel im NCD-Zielbereich Tabakkonsum auf nationaler Ebene stammt aus dem Interview mit den schwedischen Interviewpartnerinnen.

2.3 Fazit

Die Erkenntnisse aus dieser Dokumentenanalyse sind, dass bisher rund zwei Drittel der OECD-Länder quantifizierte Zielwerte für NCD und Sucht formuliert haben. Gibt es in diesen Staaten Zielwerte, dann wird fast immer mehr als ein Ziel ausgewählt. Die Ziele beziehen sich am häufigsten auf die Reduktion von spezifischen Risikofaktoren wie Übergewicht, Tabakkonsum oder schädlicher Alkoholkonsum. Deutschland verfügt bereits über Erfahrung, was die Definition von Zielwerten betrifft, aber nicht, was den tatsächlichen Nutzen einer solchen Definition anbelangt. Schweden hat mit Ausnahme des Tabaks bisher darauf verzichtet, Ziele mit Zielwerten zu formulieren. Wenn Zielwerte festgelegt werden, müssten diese gemäss den befragten Expertinnen jedoch auf die einzelnen Bevölkerungsgruppen aufgeschlüsselt werden, um deren Situationen gerecht zu werden. Der Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit bildet somit eine wichtige Richtschnur für die Quantifizierung von Zielwerten für NCD und Sucht.

Obwohl sich die Schweiz gegenüber der WHO verpflichtet hat, basierend auf den NCD-Zielen der WHO entsprechende Zielwerte auf nationaler Ebene zu definieren, hat sie dies bisher nicht umgesetzt. Der Vergleich der Ziele der WHO mit den Indikatoren von MonAM zeigt aber auf, dass die Schweiz bereits über Indikatoren verfügt, die einen Grossteil der Ziele der WHO abdecken. Basierend auf diesen Indikatoren könnte die Schweiz somit Ziel- oder Soll-Werte festlegen. Konkret müsste sie – ausgehend von den Zielen der NCD-Strategie beziehungsweise der Strategie Sucht – geeignete Indikatoren auswählen und die Höhe der entsprechenden Zielbeziehungsweise Soll-Werte definieren. Aus Sicht des Interviewpartners der WHO wäre es sinnvoll, wenn die Schweiz – falls sie quantifizierte Ziele verabschieden sollte – ihre Ziele an jene der WHO anlehnen würde, da sich verschiedene Experten/-innen bereits umfassend mit diesen Zielen beschäftigt haben. Auch wenn die WHO ihrerseits über keine Zielwerte auf der Leistungsebene verfügt, würde es der Vertreter der WHO unter Umständen begrüssen, wenn die Schweiz auch auf dieser Ebene Zielwerte definieren würde, da ohne geeignete Massnahmen keine Wirkungen zu erwarten sind. Die WHO wäre zudem bereit, die Schweiz in diesem Prozess zu unterstützen.

3. Nationale Erfahrungen

Kapitel 3 beschreibt Schweizer Strategien und Programme mit Zielwerten sowie Expertenerfahrungen mit der Definition von Zielwerten, deren Messung, Bewertung und Kommunikation.

In diesem Kapitel wird eine Übersicht über nationale Strategien, Programme und Aktionspläne des BAG mit Zielwerten gegeben. Zudem werden die Ergebnisse der befragten nationalen Akteure zu ihren Erfahrungen in Bezug auf die Definition, Messung und Bewertung sowie Kommunikation von Zielwerten präsentiert.

3.1 Übersicht über Strategien mit quantifizierten Zielwerten

Die nachfolgende Darstellung D 3.1 gibt eine Übersicht über aktuelle nationale Gesundheitsstrategien und Aktionspläne des BAG mit Zielwerten. Wir sind dabei von den 16 nationalen Strategien/Programmen und sechs Aktionsplänen ausgegangen, die das BAG auf seiner Website publiziert.²⁷

Die Analyse zeigt auf, dass eine der 16 nationalen Strategien/Programme und drei der sechs Aktionspläne Zielwerte enthalten. Die Strategien Gesundheit 2020 und Gesundheit 2030 als übergeordnete Gesundheitsstrategien der Schweizer Regierung beinhalten keine Ziele mit Zielwerten.²⁸ Beim Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung, das 2012 vom Ständerat abgelehnt wurde, waren quantifizierte Ziele mit Zielwerten vorgesehen. Dies wurde damit begründet, dass nur so sichergestellt werden kann, dass der Bundesrat und die Kantone den Stand der Zielerreichung regelmässig beurteilen können.²⁹ Aktuell gibt es mit der «Nationalen Strategie zu Impfungen» nur eine Strategie des BAG, die Zielwerte beinhaltet. Dabei handelt es sich um eine Strategie der Abteilung «Übertragbare Krankheiten». Diese Abteilung formulierte bereits in der nationalen Strategie zur Masernelimination von 2011–2015 Zielwerte.³⁰

Die aktuellen Aktionspläne, die Zielwerte enthalten, sind hinsichtlich der Themen und der Formulierung der Zielwerte sehr divers. Im Aktionsplan «Suizidprävention in der Schweiz» wird eine relative Reduktion der Anzahl Suizidtote angestrebt, im Aktionsplan «Radon 2021–2030» besteht der Zielwert aus einer maximalen anzustrebenden Radonkonzentration und im Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen 2019–2021» aus einer absoluten Anzahl gewünschter Spender/-innen. Die Analyse zeigt, dass Zielwerte in den Strategien eher selten sind und in den Aktionsplänen etwas häufiger vorkommen und dass kein klares Muster in der Art und Weise erkennbar ist, wie die Ziele formuliert werden.

²⁷ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik.html>, Zugriff am 15.05.2020.

²⁸ www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html, Zugriff am 15.5.2020.

²⁹ <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/7071.pdf>, Zugriff am 15.05.2020.

³⁰ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/masernstrategie/maserneliminations-strategie-2011-2015.pdf.download.pdf/masernstrategie-12-d-A5.pdf>, Zugriff am 03.04.2020.

D 3.1: Übersicht über nationale Strategien und Programme mit Zielen und quantifizierten Zielwerten

Strategie/Programm	Ziel mit quantifiziertem Zielwert
«Nationale Strategie zu Impfungen» (2018–2023) ³¹	Mindestens 50 Prozent aller Pädiater/-innen und Hausärzte/-innen verwenden bis 2022 einen mit dem Expertensystem verbundenen elektronischen Impfausweis, entweder direkt via eigenes Praxissystem oder via eine Portallösung.
	Mindestens 60 Prozent der Kinder bis sieben Jahre besitzen bis 2022 einen mit dem Expertensystem verbundenen elektronischen Impfausweis.
	Mindestens 10 Prozent der Bevölkerung besitzen bis 2022 einen mit dem Expertensystem verbundenen elektronischen Impfausweis.
Aktionsplan «Suizidprävention in der Schweiz» (2016) ³²	Die Anzahl Suizidtote pro 100'000 Einwohner/-innen soll bis 2030 um rund 25 Prozent reduziert werden. Dadurch liessen sich jährlich rund 300 Suizidtote verhindern.
Aktionsplan «Radon 2021–2030» ³³	Für Neubauten wird eine möglichst tiefe Radonkonzentration angestrebt (100 Bq/m ³) und die Innenraumluftqualität generell verbessert.
	Personen am Arbeitsplatz dürfen nicht ohne begleitende Massnahmen dauerhaft über 1'000 Bq/m ³ exponiert werden.
Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen 2019–2021» ³⁴	Die Spenderate beträgt über 22 Spender/-innen pro Million Einwohner.

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Übersicht auf der Website des BAG.³⁵

3.2 Erfahrungen von nationalen Akteuren

Gibt es quantifizierte Ziele in Gesundheitsstrategien, müssen in einem ersten Schritt konkrete Zielwerte definiert werden. Um zu überprüfen, ob die definierten Zielwerte erreicht wurden, braucht es eine Messung der entsprechenden Indikatoren und eine anschliessende Bewertung der Zielerreichung. Zielwerte haben vor allem dann einen Mehrwert, wenn die Bewertung über eine Erreichung beziehungsweise Nichterreichung zuhanden der Entscheidungsträger/-innen beziehungsweise der Öffentlichkeit kommuniziert wird. Welche nationalen Erfahrungen gibt es bereits zu diesen Schritten? Diese Frage wurde im Rahmen von neun Interviews mit nationalen Experten/-innen aus den fünf Stakeholder-Gruppen nationale Verwaltung, kantonale Verwaltung, Politik, Stiftung und Wissenschaft exploriert und ihre Antworten im vorliegenden Kapitel dargestellt. Die Übersicht über die Interviewpartner/-innen befindet sich in Anhang A 2.

3.2.1 Definition von Zielwerten

Wie bereits die Darstellung D 3.1 vermuten lässt, weist auch die Befragung der neun Experten/-innen darauf hin, dass in der Schweiz nur wenig Erfahrung mit der Definition von Zielwerten im Gesundheitsbereich besteht. Ein interviewter Experte aus der Wissenschaft führt

³¹ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/insi/insi-strategie-vollversion.pdf.download.pdf/insi-strategie-vollversion-de.pdf>, Zugriff am 15.05.2020.

³² <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/psychische-gesundheit/politische-auftraege/motion-ingold/bericht-suizidpr%C3%A4vention.pdf.download.pdf/Bericht%20Suizidpr%C3%A4vention%20Aktionsplan%202016.pdf>, Zugriff am 15.05.2020.

³³ https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/str/srr/broschueren-radon/paradon2130.pdf.download.pdf/255.018.052%20Radon-Aktionsplan%202021-2030_DE%20RZ.pdf, Zugriff am 15.05.2020.

³⁴ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/transplantationsmedizin/projektorganisation-aktionsplan-mehr-organe-2019-2021.pdf>, Zugriff am 03.04.2020.

³⁵ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik.html>, Zugriff am 15.05.2020.

dies auf den fehlenden Veränderungsdruck in der Schweiz in den Bereichen NCD und Sucht zurück. Solange ein Land die Behandlung dieser Krankheiten finanzieren kann, besteht wenig Anreiz, Zielwerte zu deren Bekämpfung zu definieren. In Ländern des globalen Südens hingegen seien Zielwerte insbesondere im Bereich der übertragbaren Krankheiten üblich, da sich diese Länder solche Krankheiten schlicht nicht leisten könnten.³⁶ Ein Experte der Verwaltung sieht die schwer erkennbaren Kausalketten im Bereich NCD und Sucht als Grund, weshalb es in diesen Bereichen bisher wenig Zielwerte gegeben hat. Der Zusammenhang zwischen Impfungen und der Verbreitung von Infektionskrankheiten beispielsweise ist direkter belegbar, was die Motivation für konkrete Ziele in diesem Bereich steigert. Auch in Ländern mit integrierten Versorgungssystemen wie beispielsweise in den USA, wo Versicherer und Anbieter teilweise in einer Institution vereinigt sind, seien Zielwerte verbreitet.³⁷ Eine ähnliche Situation besteht bei der SUVA, wo Unfallversicherung, Prävention, Versicherung und Rehabilitation in einer Unternehmung vereint sind. So verfügt auch die SUVA über Strategien mit Zielwerten.³⁸ Auch Versicherungen wie die CSS kennen Massnahmen, die mit Zielwerten die Gesundheitsprävention ihrer Kunden/-innen fördern. So etwa das Programm «myStep», bei dem die Teilnehmer/-innen ab 7'500 Schritte pro Tag einen gewissen Geldbetrag erhalten.³⁹

Obwohl in der Schweiz Zielwerte wenig verbreitet sind, haben sich dennoch einzelne Interviewpartner/-innen bereits mit der Thematik auseinandergesetzt. Ihre entsprechenden Erfahrungen werden nachfolgend beschrieben.

I Bund/Kantone

Ein Befragter aus der Bundesverwaltung hat das nationale Programm Tabak⁴⁰ 2012–2016, ein Vorgängerprogramm der NCD-Strategie und der Strategie Sucht, erwähnt, das einzelne Ziele mit quantifizierten Zielwerten enthielt. So lauteten die übergeordneten Ziele, den Anteil der Raucher/-innen in der Wohnbevölkerung sowie den Anteil der Raucher/-innen in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen um 20 Prozent und den Anteil der Personen, die dem Tabakrauch anderer Personen über sieben Stunden pro Woche ausgesetzt sind, um 80 Prozent zu senken. Die Ziele wurden in einem breiten Konsensprozess festgelegt, und sie wurden mit entsprechenden Massnahmen verknüpft. Ein weiterer Befragter der Bundesverwaltung wurde in Zusammenhang mit seinen Erfahrungen als Sonderbeauftragter für die internationale Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung zum Thema Quantifizierung von Zielen interviewt. Gemäss seiner Aussage ist ein Grossteil der 169 Unterziele der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung quantifiziert⁴¹. So gibt es beispielsweise zum Hauptziel «Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern» neun Unterziele, wovon drei quantifiziert sind. Eines der quantifizierten Unterziele lautet etwa: «Bis 2030 die Frühsterblichkeit⁴² aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Be-

³⁶ <https://extranet.who.int/ncdccs/documents/Db>, Zugriff am 03.04.2020.

³⁷ https://extranet.who.int/ncdccs/Data/USA_United%20States%20of%20America_NCD_tar-gets_2019.pdf, Zugriff am 03.04.2020.

³⁸ <https://www.ekas.ch/download.php?id=5534>, Zugriff am 03.04.2020. Mit dem Präventionsprogramm «Vision 250 Leben» hat sich die Suva zum Ziel gesetzt, zwischen 2010 und 2020 die jährliche Anzahl Berufsunfälle mit Todesfolge zu halbieren.

³⁹ www.css.ch/de/privatkunden/meine-gesundheit/bewegung/messen-tracken/mystep.html, Zugriff am 03.04.2020.

⁴⁰ <https://repository.publisso.de/resource/fri:5398271-1/data>, Zugriff am 03.04.2020.

⁴¹ <https://www.are.admin.ch/are/de/home/nachhaltige-entwicklung/internationale-zusammenarbeit/agenda2030.html>, Zugriff am 03.04.2020.

⁴² Der Begriff der Frühsterblichkeit wird hier nicht definiert. In Zusammenhang mit Zielen der nachhaltigen Entwicklung wird die Frühsterblichkeit als Sterblichkeit vor dem 70. Lebensjahr definiert.

handlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern.»⁴³ Um die Ziele der internationalen Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung zu entwickeln, wurden verschiedene Stakeholder und Experten/-innen einbezogen. Verabschiedet wurde die Strategie in einem politischen Prozess. Dabei galt es als grosser Erfolg, dass die Strategie von den UNO-Mitgliedsstaaten einstimmig angenommen wurde. Dieser Erfolg war wohl vor allem deshalb möglich, weil die Ziele für die Länder nicht bindend sind. In einem zweiten Schritt sollten die Ziele auf den Länderkontext übertragen und in diesem Rahmen quantifiziert werden. Verschiedene UNO-Mitgliedsstaaten haben diesen Schritt vollzogen, die Schweiz gehört aber nicht dazu. Die Übertragung auf die Schweizer Ebene geriet ins Stocken, als die Strategie auf politischer Ebene verhandelt und in einen bürokratischen Prozess eingebunden wurde. Zwar wurde noch eine Bestandsaufnahme in Bezug auf die Zielformulierung gemacht, was bereits ein langer und aufwendiger Prozess darstellte. Der befragte Experte geht davon aus, dass die Quantifizierung der Ziele auf Bundesebene nicht mehr vollzogen wird, sondern dass es bei einem Aktionsplan mit den bestehenden Massnahmen bleiben wird. Dies, weil erstens die Quantifizierung einem weiteren aufwendigen Prozess bedürfte, zweitens, weil die benötigten Strukturen mittlerweile aufgelöst sind, da es die Funktion des Sonderbeauftragten für die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung für die Schweiz nicht mehr gibt und drittens, weil befürchtet wird, dass die Schweiz im Vergleich mit anderen Staaten in gewissen Punkten schlechter abschneiden könnte. Im Gegensatz dazu wurden in Deutschland in einem breit angelegten Prozess Ziele für die nationale Ebene formuliert, was sich nun durch eine hohe nationale Akzeptanz dieser Ziele auszahlt.

Ein weiterer Interviewpartner der Bundesverwaltung war im Rahmen seiner evaluatorischen Tätigkeit häufig in Diskussionen rund um die Quantifizierung von Zielen und Zielwerten involviert. Gemäss seiner Erfahrung kamen Personen, die sich zuerst für eine Quantifizierung eingesetzt hatten, wieder davon ab, sobald die Diskussion konkreter wurde. Aus seiner Wahrnehmung befürchteten diese, dass die Definition der Zielwerte zu viel Zeit in Anspruch nehmen würde und dass negative Konsequenzen resultierten, wenn die Ziele nicht erreicht würden, und sie dafür geradestehen müssten.

I Stiftungen

Die Interviewpartner/-innen aus dem Bereich Stiftungen berichteten von diversen Diskussionen rund um das Thema quantifizierte Zielwerte, in die sie involviert waren. So wurde im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme darüber diskutiert, ob ein quantifizierter Zielwert zum Thema Körpergewicht formuliert werden sollte. Gesundheitsförderung Schweiz hat sich schliesslich gegen die Definition eines entsprechenden Ziels beziehungsweise Zielwerts entschieden. Der Grund ist, dass der Anteil der übergewichtigen Kinder im frühkindlichen Bereich sank, ohne dass diese Veränderung direkt auf die Aktivitäten im Rahmen der Strategie zurückgeführt werden konnte. Vielmehr ging man davon aus, dass noch andere, stärkere Einflussfaktoren diese Veränderung bewirkt haben, da die Kausalkette zwischen Intervention und Wirkung sehr lang ist. Die Stiftung hat deshalb befürchtet, dass mit der Definition von quantifizierten Zielwerten auf Ebene Outcome ein falscher Anspruch an die Stiftung entstehen könnte. Die Verantwortlichen überlegen sich nun, für zukünftige Strategien von Gesundheitsförderung Schweiz quantifizierte Output-Ziele mit Zielwerten zu formulieren, da diese direkter durch die Organisation selbst beeinflusst werden können.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet-2030/alle-nach-themen/3-gesundheit/verlorene-potenzielle-lebensjahre.html>, Zugriff am 10.11.2020.

⁴³ <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung/ziel-3--ein-gesundes-leben-fuer-alle-menschen-jeden-alters-gewae.html>, Zugriff am 03.04.2020.

Als weiteres Beispiel wurde eine der Vorgängerstrategien der Nationalen Strategie Sucht, das «Massnahmenpaket Drogen» mit seinem Aktionsplan, genannt. Gemäss Aussage eines Interviewpartners hatten die Verantwortlichen in diesem Zusammenhang ebenfalls die Formulierung von quantifizierten Zielen diskutiert, sich aber schliesslich dagegen entschieden. Vor der Verabschiedung der NCD-Strategie war eine Interviewpartnerin in Diskussionen rund um die Quantifizierung von Zielen zum Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen involviert. Auch hier hatten sich die Verantwortlichen schliesslich gegen eine Quantifizierung entschieden, da die Zielwerte der WHO als nicht realistisch und die Kausalität in der Prävalenz der Krankheit als zu komplex erachtet worden sind.

I Politik

Die Interviewpartner aus dem Bereich der Politik kamen im Rahmen der «konsolidierten Entwicklung und Finanzplanung» des Kantons Zürich mit quantifizierten Zielen in Berührung. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass Politiker/-innen messbare Zielwerte grundsätzlich schätzen, weil so die Wirksamkeit der von ihnen bewilligten Massnahmen beurteilt werden kann. Gleichzeitig sei das Interesse seitens der Politik eher gering, wenn es darum geht, neue Indikatoren oder quantifizierte Zielsetzungen in Strategien zu integrieren; dies deshalb, weil damit meist die Bewilligung von Geldern für entsprechende Massnahmen verbunden ist. Ob dies erwünscht ist, hängt oft mit der politischen Einstellung zusammen.

Die Erfahrungen der interviewten nationalen Experten/-innen zeigen, dass ein Grossteil von ihnen bereits mit dem Thema Definition von Zielwerten konfrontiert war – zumindest im Rahmen von Diskussionen. Sie zeigen aber auch, dass man sich auf nationaler Ebene oft gegen Zielwerte entschieden hat und es gar in Fällen wie der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, wo Zielwerte auf nationaler Ebene vorgesehen waren, Hürden in Bezug auf die tatsächliche Umsetzung gibt.

3.2.2 Messung und Bewertung der Zielwerte

Obwohl die Schweiz bisher nur wenige Strategien im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung mit Zielwerten versehen hat, gibt es mit MonAM bereits heute ein Monitoring-System zum Thema Sucht und NCD, das mit 115 Indikatoren sehr gut ausgebaut ist und eine wichtige Grundlage darstellt, um die Erreichung zukünftiger Zielwerte zu überprüfen. Wie in Darstellung D 1.4 aufgezeigt wurde, werden die Ziele der NCD-Strategie und der Strategie Sucht bereits heute durch verschiedene Indikatoren des MonAM operationalisiert, obwohl die heutigen Ziele lediglich eine Richtung und keinen quantifizierten Zielwert anstreben.

I Stiftungen

Die Erfahrung eines Experten aus dem Bereich der Stiftungen im Zusammenhang mit dem «Massnahmenpaket Drogen» zeigte, dass Zielwerte helfen können, ein Monitoring-System weiter auszubauen und bestehende Lücken zu schliessen.

I Bund/Kantone

Die Erfahrung des interviewten ehemaligen Sonderbeauftragten der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung bestätigt diese Erkenntnis. Auch wenn die quantifizierten Ziele der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung nicht wie geplant auf den Schweizer Kontext übertragen wurden, haben bereits die quantifizierten Ziele der internationalen Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung dazu geführt, dass das Monitoring-System des BFS zum Thema Nachhaltige Entwicklung von rund 60 auf ungefähr 100 Indikatoren ausgebaut wurde (MONET 2030)⁴⁴.

⁴⁴ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/nachhaltige-entwicklung/monet-2030/informationensystem.html>, Zugriff am 03.04.2020.

3.2.3 Kommunikation der Zielwerte und ihrer Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass in der Schweiz noch wenig Erfahrung mit der Kommunikation von Zielwerten vorhanden ist. Keine der befragten Personen konnte ein Beispiel nennen, bei welchem der festgelegte Zielwert von den Verantwortlichen bewusst für die Kommunikation eingesetzt wurde. Einzig der Zielwert des Passivrauchens wurde von den Medien aufgegriffen. Aus Sicht eines Stiftungs-Vertreters wäre es aber hilfreich, wenn Zielwerte von den verschiedenen Akteuren systematisch und unisono für die Kommunikation verwendet würden. Mehr Erfahrungen gibt es bezüglich der Kommunikation beim Erreichen/Nicht-Erreichen eines Zielwerts, wobei diese Erfahrungen sehr unterschiedlich, aber überwiegend positiv, ausfallen.

I Bund/Kantone

Ein Befragter aus der Verwaltung erzählt vom nationalen Programm Alkohol, bei dem die ursprünglich vorgesehenen wirksamen und strukturellen Massnahmen im Verlaufe der Zeit gestrichen wurden. Die Ziele (die jedoch keine Zielwerte umfassten) aber blieben bestehen und konnten entsprechend nicht mehr erreicht werden. Die Folge war in diesem Fall mediale Kritik. Ein weiterer Befragter aus der Bundesverwaltung berichtete von der nationalen Strategie zur Masernelimination 2011–2015, wo die Zielwerte ebenfalls nicht erreicht wurden.⁴⁵ Die Indikatoren halfen aber dabei aufzuzeigen, dass die Richtung der Entwicklung stimmte, und die Begründung der Nicht-Erreichung der Zielwerte wurde von der Politik problemlos akzeptiert. Ähnliche Erfahrungen wurden beim nationalen Programm Tabak gesammelt: Bei der Verlängerung des Programms halfen die Ziele und die dazugehörigen Indikatoren der Regierung aufzuzeigen, dass man auf einem guten Weg war, obwohl die Ziele noch nicht erreicht worden waren. In der Folge blieb grosse Kritik aus. Der befragte Experte der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung hat auf internationaler Ebene ähnliche Erfahrung gesammelt. Dadurch, dass aufgezeigt werden konnte, dass eine Verbesserung erzielt worden ist, blieb grosse politische Kritik auf internationaler Ebene aus, obwohl die formulierten Zielwerte nicht erreicht worden sind.

Anekdotisch wurde auch über die Erfahrung auf kantonaler Ebene mit dem Übertreffen von Zielwerten berichtet. Das Schwerpunktprogramm Suizidprävention des Kantons Zürich beinhaltet ein Ziel mit der angestrebten maximalen Anzahl Suizidtoten pro Jahr.⁴⁶ Als dieser Zielwert erfreulicherweise untertroffen wurde, forderten gewisse Politiker/-innen, Gelder der Suizidprävention zu kürzen. Eine interviewte Person aus dem Bereich Stiftung hat hingegen die Erfahrung gemacht, dass die Erreichung eines Zielwertes das Vertrauen der Politik in die Institutionen gesteigert hat und dadurch weitere Projekte genehmigt wurden.

I Politik

Die befragten Politiker berichteten, dass die Politik genauer hinschaut, wenn gesetzte Ziele nicht erreicht werden. Durch das Stellen von Fragen versuchen die Politiker/-innen herauszufinden, ob der Grund für das Nicht-Erreichen der Ziele darin lag, dass zu wenige oder die falschen Massnahmen umgesetzt worden sind. Der Versuch einer Erklärung ist aus ihrer Sicht in jedem Fall notwendig. Eine offene und frühzeitige Kommunikation werde geschätzt, falls sich abzeichnet, dass bestimmte Ziele nicht erreicht werden können. Dies erhöhe das Verständnis seitens der Politik. Werden gewisse Risiken bereits von Beginn an erkannt, sollten diese auch bereits dann offengelegt werden.

Die unterschiedlichen Erfahrungen der interviewten Personen mit der Reaktion auf das Erreichen/Nicht-Erreichen von Zielwerten wird von Akteuren der Politik, der Stiftungen und der

⁴⁵ <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-i/masernstrategie/maserneliminations-strategie-2011-2015.pdf.download.pdf/masernstrategie-12-d-A5.pdf>, Zugriff am 03.04.2020.

⁴⁶ https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Kantonale_Konzepte/ZH_2015_Schwerpunktprogramm_Suizidpraevention.pdf, Zugriff am 03.04.2020.

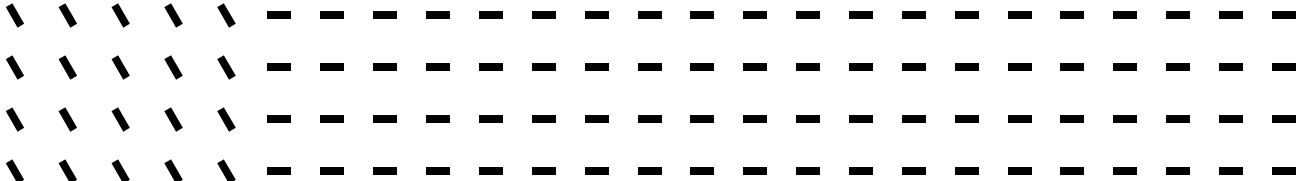
Bundesverwaltung damit erklärt, dass die Reaktion der Politiker/-innen massgeblich von ihren (politischen) Einstellungen geprägt ist: Politiker/-innen, die der Gesundheitsförderung und Prävention kritisch gegenüberstehen, nehmen ein Unter- oder Übertreffen der Ziele zum Anlass, für das Streichen von Massnahmen zu plädieren. Die präventionsfreundlichen Politiker/-innen nutzen diese Informationen, um sich für verstärkte Massnahmen einzusetzen, damit die Ziele zukünftig erreicht werden können.

3.3 Fazit

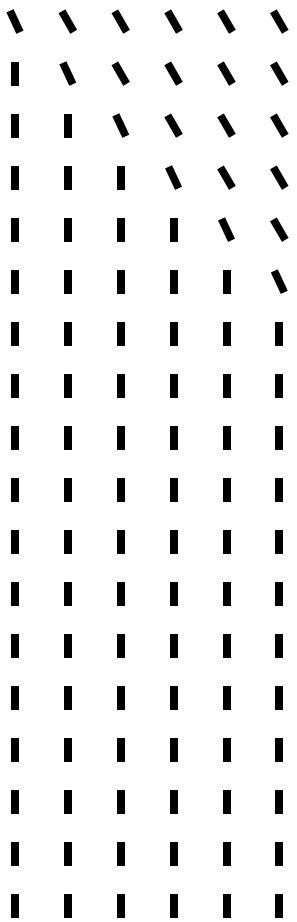
Wie die Analyse zeigt, existieren in der Schweiz erst punktuelle Erfahrungen mit quantifizierten Zielwerten auf Wirkungsebene. Zwar wurde eine Quantifizierung in den vergangenen Jahren immer wieder geprüft, aber meist nicht realisiert. Die Gründe sind vielfältig:

- *Fehlender Druck*: Da sich ein reiches Land die Behandlung chronischer Krankheiten bisher leisten konnte und da die Kausalität zwischen Präventionsmassnahmen und Wirkungen schwierig zu belegen sind, bestand für die Akteure wenig Anreiz, solche Ziele zu definieren und diese mit geeigneten Massnahmen auch tatsächlich zu erreichen. Auch das Interesse seitens der Politik, neue Indikatoren oder quantifizierte Zielsetzungen in Strategien zu integrieren, wird als eher gering betrachtet, da dies meist mit der Bewilligung von Geldern für Präventionsmassnahmen verbunden ist. Und letzteres hängt primär von der jeweiligen politischen Einstellung ab.
- *Zeitaufwändiger Prozess mit den Partnern*: Im Rahmen der Entwicklung von Strategien und Programmen bestanden jeweils Bedenken bezüglich des hohen zeitlichen Aufwands für die Definition der Zielwerte und dem Kosten-Nutzen-Verhältnis, insbesondere, wenn die Definition im Rahmen eines partizipativen Prozesses erfolgt.
- *Schwierige Auswahl und Quantifizierung*: Nebst dem befürchteten grossen Aufwand wurde von Einzelnen auch die Wahl von geeigneten Zielen/Indikatoren und die Definition von realistischen Ziel- beziehungsweise Soll-Werten aufgrund der langen Kausalkette als zu grosse Herausforderung erachtet. Um dies zu vermeiden, wurde vorgeschlagen, ausschliesslich Outputziele mit quantifizierten Zielwerten zu versehen, da solche Ziele weniger von externen Faktoren beeinflusst werden, sondern von der umsetzenden Organisation selber kontrolliert werden können.
- *Negative Konsequenzen*: Weiter wurde befürchtet, dass das allfällige Nicht-Erreichen der Ziele – insbesondere, wenn sich die Wahl der Ziele und die Höhe der Zielwerte als unrealistisch herausstellen oder keine geeigneten Massnahmen zur Erreichung der Ziele umgesetzt werden sollten – mit negativen Konsequenzen verbunden sein könnte (politische Vorstösse, Streichung von Mitteln usw.).
- *Fehlen einer federführenden Stelle*: In einem Beispiel «versandete» das Vorhaben der Quantifizierung von Zielwerten im bürokratischen Prozess, da die ursprünglich federführende Stelle aufgehoben worden ist.

Positiv wurde von der Erfahrung berichtet, dass die Quantifizierung von Zielwerten in Strategien oder Aktionsprogrammen den Ausbau von Monitoring-Systemen vorangetrieben habe. Ebenfalls kann davon ausgegangen werden, dass Zielwerte in integrierten Modellen beispielsweise von Versicherungen, wo erfolgreiche Präventionsmassnahmen direkt mit Einsparungen auf Leistungsebenen verknüpft sein können, als positiv erachtet werden. Konkrete negative Erfahrungen mit der Definition, Messung und Bewertung sowie Kommunikation von quantifizierten Zielwerten wurden, mit Ausnahme von einzelnen anekdotischen Beispielen, nicht erwähnt. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die Politik quantitativen Zielwerten positiv gegenübersteht und die damit verbundene Transparenz in der Kommunikation schätzt. Wie sie bezüglich der Bewilligung von Geldern für Massnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung entscheidet, hängt aus Sicht der Befragten jedoch weniger vom Stand der Zielerreichung, als vielmehr von der politischen Einstellung von Politikern/-innen ab.



4. Beurteilung des Nutzens



Kapitel 4 beschreibt die Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken von Zielwerten aus Sicht der nationalen Experten/-innen.

Der Massnahmenplan der NCD-Strategie sieht vor, bis im Jahr 2020 Vorarbeiten zur allfälligen Definition von Zielen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (PGF-Ziele) zu leisten.⁴⁷ Dafür sollen die Stärken und Schwächen wie auch die Chancen und Risiken von Zielwerten im Rahmen der NCD-Strategie und der Strategie Sucht ergründet werden. Aus diesem Grund wurden die neun Experten/-innen ebenfalls zu ihrer Einschätzung im Hinblick auf die Massnahmenumsetzung, den politischen Entscheidungsprozess sowie auf Public Health befragt. Die Ergebnisse sind nachfolgend ausgeführt und in den Darstellungen D 4.1 und D 4.2 in Form einer SWOT-Analyse zusammengefasst.⁴⁸

4.1 Stärken und Chancen

I Massnahmenumsetzung

Im Hinblick auf die Massnahmenumsetzung empfindet der befragte Wissenschaftler die Definition von Zielwerten in Präventionsstrategien als sinnvoll, weil diese als eine Art «Kompass» dienen können, um die Richtung der Strategie deutlich zu machen. Dadurch könne der Konkretisierungsgrad der Strategie gesteigert werden. Ohne Zielwerte sei das anvisierte Ziel weniger klar. Ein befragter Experte aus dem Bereich der Stiftungen vergleicht das Setzen von Zielwerten mit dem «plastisch Machen» von gemeinsamen Zielen.

Die Interviewten gehen davon aus, dass Zielwerte die Kommunikation vereinfachen würden. Wenn alle wichtigen Stakeholder hinter den Zielen stehen, hilft dies, die gemeinsame Vision unisono zu kommunizieren und so sichtbarer zu machen. Dies etwa, weil Ziele mit Zielwerten im Vergleich zu den heutigen Zielen ohne Zielwerten weniger «schwammig» seien und eindeutige Zahlen gut für die Verankerung von Ideen in den Köpfen der Bevölkerung verwendet werden können. Ein Beispiel dafür sind die angestrebten fünf Portionen Gemüse und Früchte pro Person und Tag. Ausserdem können solche konkreten Ziele den NGOs und auch der Verwaltung helfen, Massnahmen für die Erreichung der Zielwerte einzufordern. Aus Sicht des kantonalen Vertreters können Zielwerte von den Kantonen gut übernommen werden und als Diskussions- und Orientierungsgrundlage dienen.

I Politischer Entscheidungsprozess

In Bezug auf den politischen Entscheidungsprozess argumentieren die befragten Politiker, dass Zahlen und Zielwerte den politischen Diskurs bereichern und mithelfen können, den Handlungsbedarf zu erkennen. Ausserdem betonen sie, dass sie als Politiker Gelder für Massnahmen sprechen und gerne sehen möchten, ob diese auch etwas bewirken. Dies wiederum ist auch im Interesse der Stiftungen: Die befragten Vertreter/-innen schätzen, dass anhand von

⁴⁷ Siehe Massnahme C1.5 des Massnahmenplans zur NCD-Strategie 2017–2024.

⁴⁸ Das englische Akronym SWOT steht dabei für **S**trengths (Stärken), **W**eaknesses (Schwächen), **O**pportunities (Chancen) und **T**hreats (Risiken). SWOT-Analysen dienen als Instrument der strategischen Planung und analysieren einerseits Chancen und Gefahren, die sich aus den äusseren Umweltbedingungen ergeben, und andererseits Stärken und Schwächen, die sich aus den inneren Eigenschaften selbst ergeben.

Zielwerten gut aufgezeigt werden kann, was dank Gesundheitsförderung und Prävention erreicht wird. Dies wiederum kann dem Ansehen dieser Aktivitäten dienen und helfen, mehr Gelder für ähnliche Massnahmen zu erhalten. Selbst wenn die gesetzten Zielwerte nicht erreicht werden, kann dies zum Anlass genommen werden aufzuzeigen, warum die Ziele mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht erreicht werden konnten – und auch dadurch weitere finanzielle Mittel für zusätzliche Massnahmen zu erhalten.

I Public Health

Im Hinblick auf Public-Health-Massnahmen hilft es laut den Befragten, über Zahlen und Zielwerte zu verfügen, die mit anderen Ländern verglichen werden können. So kann der Handlungsbedarf in der Schweiz eruiert und abgeschätzt werden, welche Wirkungen durch welche Massnahmen erreicht werden können. Als Beispiel wurde das Tabakproduktegesetz genannt, das zurzeit auf nationaler Ebene überarbeitet wird. Im Hinblick auf die Formulierung von Zielen helfe es bei der Überarbeitung, Erfahrungswerte aus anderen Ländern zur Verfügung zu haben; unabhängig davon, ob es Ziele mit oder ohne Zielwerte betrifft. Der befragte kantonale Suchtexperte findet es zudem sinnvoll, wenn die Ziele kostspieliger Massnahmen mit Zielwerten versehen werden, um klar beurteilen zu können, ob diese die angestrebte Wirkung auch tatsächlich erzielen und ob das Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmt.

Weiter wird die Fokussierung angesprochen, die durch eine Quantifizierung einzelner Ziele entsteht. Die Befragten sehen diese Fokussierung und Priorisierung im Sinne einer Public-Health-Vision als Chance für Sichtbarkeit und (nachhaltige) Fortschritte in einem Thema. Aus Sicht der Befragten aus dem Bereich der Stiftungen würden Zielwerte helfen, das Umfeld auf diese einzuschwören und mehr Gelder für die Finanzierung von Monitoring-Systemen zu erhalten. Ausserdem könnte die Definition von Zielwerten als Chance genutzt werden, visionäre Entscheidungen zu treffen und von einem blossen Verwalten wegzukommen, wie es ihrer Meinung nach heute oft getan wird. Als positives Beispiel für mutige Entscheidungen hat einer der Befragten die Drogenpolitik der Neunzigerjahre erwähnt.

D 4.1: Stärken und Chancen von quantifizierten Zielen mit Zielwerten

Stärken der Definition von Zielwerten - Aktionen und Wirkungen, die das BAG selber beeinflussen kann

- Unterstützung der Entwicklung von Visionen, der Priorisierung der Ziele und der Schwerpunktsetzung.
- Auslösen eines Prozesses bei den beteiligten Akteuren aufgrund einer gemeinsamen Stossrichtung.
- Erhöhung der Transparenz, der Verbindlichkeit und des Konkretisierungsgrades der Strategie.
- Intensivierung der Kommunikation, dadurch verstärkte öffentliche Diskussion, grössere mediale Resonanz und bessere Verankerung der Ziele in den Köpfen aller Beteiligten.

Chancen der Definition von Zielwerten - äussere Rahmenbedingungen, die das BAG nur bedingt beeinflussen kann

- Unterstützung der Forderung nach mehr finanzieller Unterstützung.
- Förderung des Ausbaus von Monitoring-Systemen zur Überwachung der zugehörigen Indikatoren.
- Diskussionsgrundlage und Orientierungshilfe für Kantone.
- Erhöhung der Akzeptanz von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wenn die Zielerreichung belegt werden kann.
- Bessere Sichtbarkeit des Anliegens durch das Sprechen der diversen Akteure mit einer Stimme
- Überprüfung und Bewertung von kostspieligen Massnahmen.
- Transparenz darüber, welche Wirkungen gesprochene Gelder entfalten.
- Steigerung der Qualität politischer Diskussionen.
- Handlungsbedarf erkennbar machen dank Vergleich mit Zahlen von anderen Ländern.

Legende: Einschätzung Interface, basierend auf Interviews mit neun Schweizer Experten/-innen.

4.2 Schwächen und Risiken

I Massnahmenumsetzung

Im Hinblick auf den Umsetzungsprozess wurde der grosse Ressourcenaufwand erwähnt, der mit der Entwicklung einer Strategie mit Zielwerten verbunden wäre. Befragte aus der Verwaltung und der Stiftungen sind der Ansicht, dass sich ein solcher Aufwand nur dann lohnt, wenn ein Konsens aller Akteure bezüglich der Zielsetzungen besteht. Weiter müssten ausreichende Mittel für die Umsetzung von adäquaten Massnahmen zur Verfügung stehen, denn ohne Massnahmen könnten die Ziele nicht erreicht werden.

Weil von Zielwerten eine höhere Verbindlichkeit ausgeht, befürchten die befragten Personen aus der Verwaltung, dass dies die Akteure abschrecken könnte, sich zu einer Strategie zu bekennen. Auch wenn man davon ausgeht, dass Zielwerte stets mit entsprechenden Massnahmen verknüpft werden sollten, kann es schwieriger sein, einen Konsens aller Akteure zu finden; insbesondere seitens der Industrie, und gerade weil der Handlungsdruck in der Schweiz nicht all zu gross zu sein scheint. Es wurde jedoch von anderer Seite darauf hingewiesen, dass beispielsweise bei der Erarbeitung der Schweizer Salzstrategie erfolgreich mit der Lebensmittelindustrie zusammengearbeitet worden ist. Gerade wenn es sich um multinationale Organisationen handelt, sind sich diese teilweise an strengere Auflagen in anderen Ländern gewohnt.

Eine befragte Person der Stiftungen ist zudem der Ansicht, dass die Wirkung einer Strategie, selbst mit Zielwerten auf der Impact-Ebene relativ gering sei, da die Mitwirkung bei der Umsetzung der Strategie freiwillig, das Interesse der Stakeholder klein und das Verständnis für das föderale System der Schweiz gering sei. Aus Sicht eines Befragten der Verwaltung sind die heutige NCD-Strategie und die Strategie Sucht ein Konglomerat aus Zielen, aber ohne ausreichende Mittel, um diese Ziele tatsächlich erreichen zu können. Weil die Strategien auf freiwilliger Basis beruhen, bräuchte es jedoch eine Steuerung über finanzielle Anreize oder ein Benchmarking mit anderen Ländern.

I Politischer Entscheidungsprozess

In Bezug auf den politischen Entscheidungsprozess besteht ein Risiko, dass das Unter- oder Übertreffen eines Ziels von (präventionskritischen) Politikern/-innen als Argument verwendet wird, um Gelder für die entsprechenden Massnahmen zu kürzen. Gerade bei Public-Health-Themen, die oft nicht monokausal mit Massnahmen in Verbindung zu setzen sind, ist es schwierig, geeignete Zielwerte zu setzen, diese mittels konkreter Massnahmen zu erreichen und die Wirkung innerhalb von kurzer Zeit aufzuzeigen.

I Public Health

Im Hinblick auf die Public Health kann es eine Gefahr darstellen, wenn durch die Quantifizierung von Zielwerten ein zu starker Fokus auf einzelne Themen gelegt wird und so die ganzheitliche Betrachtung verloren geht. Darüber hinaus muss jedes quantifizierte Ziel anhand bestimmter Indikatoren operationalisiert werden. Es besteht die Gefahr, dass die Akteure ihre ganze Energie in die Verbesserung der einzelnen Indikatoren investieren und das Gesamtziel aus den Augen verlieren. Eine weitere Gefahr ist, dass dadurch die Ressourcen einseitig verteilt und Synergien nicht gleich gut genutzt werden. Zur Untermuerung dieses Arguments erzählt ein befragter Politiker von einem Negativbeispiel aus Grossbritannien, wo als Zielwert eine bestimmte maximale Anzahl von Tagen für das Warten auf die Erstberatung formuliert wurde. Die Wartezeit für die Erstberatung wurde tatsächlich kürzer, im Gegenzug wurde aber die Zeit bis zum zweiten Arzttermin deutlich verlängert. Das Ziel wurde somit zwar erreicht, das Problem aber nur verschoben. Wenn also eine Messung nicht gut durchdacht ist, besteht die Gefahr, dass sich das Problem in einen nicht gemessenen Bereich verlagert und zu unerwünschten Nebenwirkungen führt. Ausserdem ist es laut einer interviewten Person einer Stiftung im Bereich NCD und Sucht schwierig, Zielwerte und Zeithorizonte so abzuschätzen, dass sie mit den verfügbaren Mitteln auch tatsächlich zu erreichen sind.

Von Seiten der Verwaltung wurde ausserdem das Risiko genannt, dass die Schweiz durch Zielwerte besser mit anderen Ländern verglichen werden kann. Schneidet die Schweiz in gewissen Themen schlechter ab als vergleichbare Länder, kann sie dies in ein schlechtes Licht rücken. Aber auch ein gutes Abschneiden der Schweiz im Vergleich mit anderen Staaten könnte von der Politik als Argument für die Kürzung der Gelder genutzt werden.

D 4.2: Schwächen und Risiken von quantifizierten Zielen mit Zielwerten

Schwächen der Definition von Zielwerten - Aktionen und Wirkungen, die das BAG selber beeinflussen kann

- Bindung vieler finanzieller und zeitlicher Ressourcen aufgrund des Aushandlungsprozesses.
- Sollen einzelne Ziele einer Strategie quantifiziert werden, muss eine Priorisierung stattfinden. Dies bringt die Gefahr mit sich, dass ...
 - eine gesamtheitliche Betrachtung der Problematik verloren geht und
 - die Ressourcen einseitig verteilt werden.
- Die Messung kann negative Nebenwirkungen zur Folge haben (z.B. Problem wird auf einen Bereich verschoben, der nicht gemessen wird)

Risiken der Definition von Zielwerten - äussere Rahmenbedingungen, die das BAG nur bedingt beeinflussen kann

- Geringe Wirkung der nationalen Strategien aufgrund des föderalistischen Systems, der Freiwilligkeit der Umsetzung und den beschränkten Kompetenzen des BAG (Steuerung über Wissen und Koordination).
- Vergleich mit Ergebnissen in anderen Ländern kann Schweiz in ein schlechtes Licht rücken.
- Unter- oder Übertreffen von Zielwerten liefert Politikern/-innen mit kritischer Haltung Argumente zur Streichung von Mitteln.
- Politiker/-innen interpretieren Ziele, unabhängig von deren Quantifizierung, stets entsprechend ihrer politischen Einstellung.
- Die akute Bedrohung durch NCD und Sucht ist in der Schweiz zu klein, als dass alle wichtigen Stakeholder hinter den Zielen stehen würden und bereit wären, entsprechende Massnahmen zu unterstützen. Ohne adäquate Massnahmen sind Zielwerte nutzlos.

Legende: Einschätzung Interface, basierend auf Interviews mit neun Schweizer Experten/-innen.

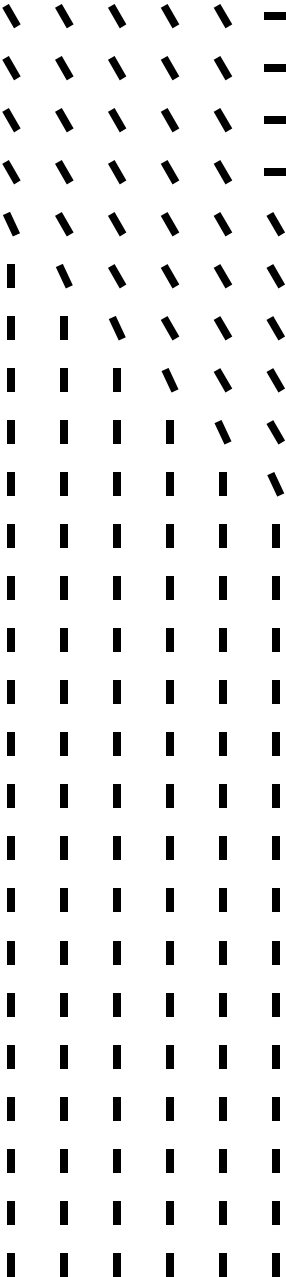
4.3 Fazit

Wie Kapitel 3 aufgezeigt hat, bestehen erst wenige konkrete Erfahrungen mit Zielwerten auf nationaler Ebene. Somit beziehen sich die in diesem Kapitel genannten Stärken und Chancen sowie Schwächen und Risiken auf Einschätzungen und Vermutungen der befragten Personen. Zwar hält sich die Zahl der genannten positiven und negativen Aspekte einer Definition von Zielwerten insgesamt die Waage. Berücksichtigt man jedoch die Antworten nach Absender, so werden folgende Unterschiede sichtbar:

- *Akteure, die Herausgeber einer Strategie sind:* Diese sehen tendenziell mehr Risiken als Chancen einer Definition von Zielwerten. Insbesondere wird befürchtet, dass die Absender einer Strategie für Ziele verantwortlich gemacht werden, auf deren Erreichen sie aufgrund der beschränkten Kompetenzen, infolge der Multikausalität der Krankheitsentstehung sowie der Freiwilligkeit der Strategien keinen Einfluss haben. Weiter werden langwierige und schwerfällige Aushandlungsprozesse befürchtet. Falls eine Quantifizierung vorgenommen wird, so müssten die Ziele mindestens vom Departement und den Kantonen mitgetragen werden. Schliesslich bestehen Bedenken, dass eine Quantifizierung zu einer einseitigen Priorisierung von Zielen und Massnahmen führen könnte, was nicht im Sinne des Bundes ist. Positiv hervorgehoben wird – wie auch von den übrigen Akteuren – die Ermöglichung des Vergleichs der Schweiz mit dem Ausland.
- *Übrige Akteure (nicht direkt für die Strategie verantwortlich):* Diese beurteilen eine Quantifizierung von Zielwerten tendenziell positiver. Besonders wird betont, dass quantifizierte Zielwerte auf der strategischen Ebene das Profil einer Strategie schärfen und als Kompass dienen, an dem sich die Kantone und weitere Akteure orientieren können. Die Zielwerte könnten für die Kommunikation eingesetzt werden und Botschaften transportieren, die in

den Köpfen der Menschen hängen bleiben. Ebenso könnte das Nicht-Erreichen von Zielwerten beispielsweise von NGO genutzt werden, um Druck auf die Politik auszuüben. Schliesslich ist die Politik an der Wirksamkeit der von ihnen gesprochenen Mittel interessiert und schätzt die geschaffene Transparenz.

Ausgehend von dieser Analyse ist somit kein eindeutiger Entscheid für oder gegen eine Definition von Zielwerten der NCD-Strategie und der Strategie Sucht möglich. Sie zeigt jedoch auf, dass die von den Strategieherausgebern vermuteten Risiken von den übrigen Akteuren nur bedingt gesehen werden, und dass Zielwerte insgesamt mehr Chancen beinhalten könnten, wenn diese geschickt umgesetzt werden.



5. Vorgehensvarianten

In Kapitel 5 werden mögliche Vorgehensweisen zur Festlegung von Zielwerten im Rahmen der NCD-Strategie und der Strategie Sucht aufgezeigt.

Wenn nach Abwägung aller Argumente entschieden wird, die Zielsetzungen in den weiterführenden NCD-Strategien und Sucht Strategien mit Zielwerten zu versehen, so sind grundsätzlich verschiedene Varianten möglich. Dieses Kapitel zeigt auf, welche Rahmenbedingungen definiert werden müssen, welche Vorgehensweisen in Frage kommen und wie die Ziele und Zielwerte ausgewählt werden sollen.

5.1 Definition der Rahmenbedingungen

In einem ersten Schritt sollen die Rahmenbedingungen festgelegt werden. Dazu gehört die Auswahl der Themenbereiche und der Wirkungsebenen, für die Zielwerte definiert werden sollen.

5.1.1 Auswahl der Themenbereiche

Zuerst sollte geklärt werden, welche Themenbereiche mit Zielwerten versehen werden sollen.

Die Befragten sind sich einig, dass in einem ersten Schritt nur eine beschränkte Anzahl Ziele mit Zielwerten versehen werden sollte, da die Entwicklung von Strategien, insbesondere, wenn sie partizipativ erfolgt wie bei der NCD-Strategie und der Strategie Sucht, ein aufwendiger Prozess sei, der nicht noch weiter verkompliziert werden sollte. Ausserdem können ausgewählte, besonders anschauliche Ziele mit Zielwerten bewusst für die Kommunikation eingesetzt werden.

Eine interviewte Person von Seiten der Stiftungen schlägt vor, für alle sieben Handlungsfelder der NCD-Strategie je ein quantifiziertes Ziel mit Zielwert zu definieren. Dieser Vorschlag stimmt mit dem Expertenvorschlag im Rahmen der Ausarbeitung der NCD-Strategie überein, der lautete, den vier übergeordneten und sechs spezifischen Zielen der Strategie je einen Zielwert zuzuordnen.⁴⁹ Ein Experte der Verwaltung schlägt sogar vor, dass übergeordnete Ziele für die Quantifizierung ausgewählt werden sollten, um eine zu starke Fokussierung auf einzelne Ziele und Handlungsfelder zu vermeiden. Als Beispiel nennt er das Stichwort «Gesundes Leben». Die zweite interviewte Person einer Stiftung ist hingegen der Meinung, dass die Definition von Zielwerten für die bewusste Priorisierung von Zielen eingesetzt werden sollte. So könnten beispielsweise gerade diejenigen Ziele priorisiert werden, für die noch keine guten Monitoring-Daten existieren, um auf diese Weise das Monitoring-System gezielt auszubauen.

Die Vertreter der Politik betonen, dass man sich bei der Festlegung der Themen an anderen Ländern orientieren soll. Dies diene einerseits dazu, sich mit anderen Ländern vergleichen zu können, und andererseits könne so von den gemachten Erfahrungen dieser Länder profitiert werden. Zudem sei es wichtig, dass die gewählten Themen eine grosse Gesellschaftsrelevanz aufweisen, denn durch die Festlegung von Zielwerten entstehe eine Fokussierung.

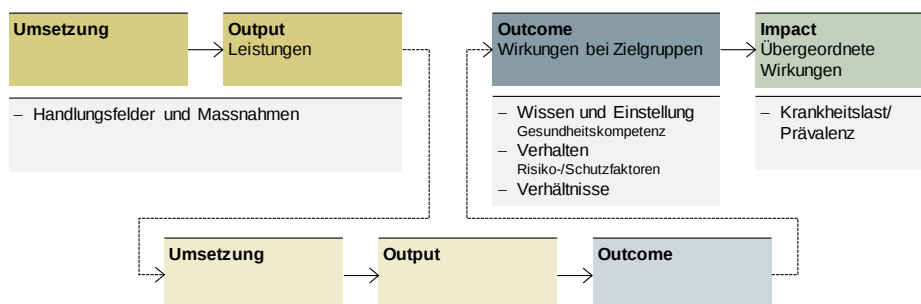
⁴⁹ BAG (2019): Pflichtenheft: Quantifizierung der Ziele der Strategien NCD und Sucht: Eine Analyse des Nutzens und der Machbarkeit. Bern.

5.1.2 Wirkungsebenen

Die Experten/-innen wurden gefragt, auf welchen Ebenen der Wirkungsentfaltung (Umsetzungs-, Leistungs- und/oder Wirkungsebene) die Zielwerte definiert werden sollen (vgl. Darstellung D 5.1).⁵⁰ Grundsätzlich fänden es die Befragten sinnvoll, wenn man auf jeder Ebene der Wirkungsentfaltung Zielwerte definieren würde. Falls dies aufgrund der verfügbaren Ressourcen nicht möglich ist, muss man sich dennoch für eine Ebene entscheiden.

D 5.1: Entscheidungs- und Wirkungsebenen

Strategische Ebene/
Programmebene



Legende: Darstellung Interface.

Vertreter/-innen aus der Politik und der Stiftungen bevorzugten eher eine Definition von Zielwerten auf der Wirkungsebene (Outcome und Impact). Die Politiker nennen als Grund, dass Ziele auf dieser Ebene spannender sind für die Politik. Ein Vertreter der Stiftungen ist der Meinung, dass sich diese Ebene besser für visionäre Zielwerte eignet. Aus Sicht eines Bundesvertreters sollte der Entscheid, ob quantifizierte und allenfalls visionäre Zielwerte auf einer strategischen Ebene definiert werden sollten, in der Geschäftsleitung gefällt werden, damit sichergestellt ist, dass auch genügend Ressourcen zur Erreichung der Zielwerte gesprochen werden. Da die Kausalität zwischen Präventionsmassnahmen und der Prävalenz einer Krankheit schwierig nachzuvollziehen ist, plädiert eine befragte Person von Seiten der Stiftungen eher für quantifizierte Zielwerte auf Ebene der Risikofaktoren. Beispielsweise sei es sinnvoller, ein Ziel zum Anteil erreichter Kinder aus suchtbelasteten Familien zu formulieren, als zum Anteil Kinder, die unter psychischen Krankheiten leiden. Risikofaktoren wurden auch gemäss der internationalen Übersicht am häufigsten mit Zielwerten quantifiziert; und auch Deutschland hat als ersten Themenbereich die Tabakpräventionsstrategie mit Zielwerten versehen (vgl. Abschnitt 2.2.1). Trotzdem schloss die befragte Person nicht aus, auch ein sehr übergeordnetes Ziel zu formulieren, wie beispielsweise, dass die Prävalenz der NCD in der Schweiz nicht zunimmt. Von den Befragten wurden häufig die Themen Alkohol, Tabak, Bewegung und Ernährung, welche Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren im Hinblick auf NCD und Suchterkrankungen sind, als mögliche Startpunkte für die Definition von Zielwerten genannt. Der befragte Wissenschaftler würde es zudem befürworten, wenn nicht nur Ziele bezüglich des Risikoverhaltens formuliert würden, sondern auch Gesundheitskompetenzen eine Rolle spielten.

Vertreter der Verwaltung beziehungsweise Stiftung hingegen würden eher Zielwerte auf der Umsetzungs- und Leistungsebene (Output) favorisieren. Dies, weil die Strategieverantwortlichen die Umsetzung und Outputs besser steuern könnten. In diesem Zusammenhang wurde das Thema Prävention in der Gesundheitsversorgung erwähnt. Der Vertreter der kantonalen Verwaltung wiederum spricht sich dafür aus, Wirkungsketten mit zusammenhängenden Umsetzungs-, Output- und Outcome-Zielen auszuwählen und mit Zielwerten zu versehen. Er führt dazu ein Beispiel aus dem Kanton Waadt an, wo als Massnahme der Alkoholverkauf nach

⁵⁰ Balthasar, Andreas (2000): Evaluationssynthesen: Bedingungen, Möglichkeiten und Grenzen. LeGes – Gesetzgebung & Evaluation, 11 (1), S. 13–25.

Ladenschluss verboten wurde, was einen Rückgang von notfallmässigen Spitaleinweisungen aufgrund von Alkoholvergiftungen zur Folge hatte. Aufgrund der verfügbaren Daten war es möglich, gegenüber der Politik die Wirksamkeit der Massnahme zu belegen. Aus seiner Sicht sollten deshalb für ausgewählte Massnahmen und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen Zielwerte definiert und, davon abgeleitet, realistische Zielwerte für die Wirkung auf Ebene Outcome definiert werden. Auch der Vertreter der Wissenschaft ist der Meinung, dass Zielwerte auf der Impact-Ebene sowie der Output- und Outcome-Ebene sinnvoll wären. Erstere würden als «grosser Kompass» dienen und die Stossrichtung einer Strategie verdeutlichen, während letztere «kleine Kompass» in Bezug auf die Umsetzung darstellten.

5.2 Vorgehensweisen

Bezüglich der Vorgehensweise wurden drei Varianten genannt.

5.2.1 Partizipatives Vorgehen

Um die Zielwerte zu definieren, schlägt die Mehrheit der befragten Experten/-innen vor, die wichtigsten Stakeholder in den Prozess einzubeziehen. Aus Sicht der Befragten ist deren Einbezug unerlässlich, um eine breite Akzeptanz der Ziele zu erreichen; insbesondere auch aufgrund der beschränkten Kompetenzen des Bundes in diesem Feld.

Der Befragte aus der kantonalen Politik betont, dass es besonders wichtig sei, die Kantone früh in den Prozess einzubeziehen, weil diese massgeblich für die Umsetzung zuständig seien. Komme eine Strategie nur von nationaler Ebene, treffe diese seiner Einschätzung nach auf kleine Akzeptanz auf kantonaler Ebene. Er geht aber auch davon aus, dass die Kantone dankbar sind, wenn der Bund den Lead für die Strategieentwicklung übernimmt. Ein weiterer Befragter der Politik betont, dass von Anfang an alle Stakeholder, die für die Umsetzung der Massnahmen verantwortlich sind, in die Ausarbeitung der Strategien einbezogen werden müssen. Allenfalls könnten Leistungsvereinbarungen zwischen den Verantwortlichen der Strategie und den Verantwortlichen für die Umsetzung der Massnahmen vereinbart werden. Ein Experte aus der Verwaltung betont, dass die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und das Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern (GS-EDI) zwingend hinter den formulierten Zielen (mit Zielwerten) stehen müssen, damit die Ziele breit mitgetragen werden. Die befragte Expertin für das Thema Sucht auf internationaler Ebene regt zudem an, die anvisierten Zielgruppen selber in den Prozess der Zieldefinition miteinzubeziehen. Gleichzeitig sind die Befragten der Ansicht, dass es schwierig sein wird, die verschiedenen Meinungen zu vereinen. Dennoch sind sich die Experten/-innen, die sich für einen partizipativen Prozess aussprechen, einig, dass sich der aufwendige Prozess durch hohe Legitimation auszahlen würde.

Auch beim abgelehnten Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung war ein solches Vorgehen vorgesehen. Die Federführung für den Zielformulierungsprozess sollte beim Bundesrat liegen und durch das BAG initiiert werden. Die Ziele sollten in einem partizipativen Prozess mit vier Phasen ausgestaltet sein. In der ersten Phase war angedacht, dass Fachpersonen von Bund, Kantonen, Fachorganisationen und Wissenschaft in einem vom EDI und der GDK eingesetzten Gremium wissenschaftliche Grundlagen für die Zielformulierung erstellen und erste Visionen der Ziele formulieren sollten. In der zweiten Phase sollte diese Version vom Bund, von Kantonen und interessierten Kreisen und per politischer Diskussion von Mitgliedern parlamentarischer Kommissionen und von Entscheidungsträgern aus Politik, Gesellschaft und Wirtschaft überarbeitet werden. In der dritten Phase sollte eine schriftliche Anhörung durchgeführt werden und in der vierten Phase die Ziele durch den Bundesrat und durch

die Plenarversammlung der GDK verabschiedet werden. Nichtstaatliche Akteure sollten eine Erklärung unterzeichnen, wonach sie sich freiwillig zur Umsetzung der Ziele verpflichten.⁵¹

5.2.2 Expertengremium

Als ein weiterer möglicher Weg wurde genannt, in einem ersten Schritt die Quantifizierung von Zielwerten auf der Grundlage von Evidenz, mit Blick auf die Ziele vergleichbarer Länder und in Absprache mit Experten, festzulegen. Dies könnte beispielsweise durch das BAG oder ein Gremium wie die Eidgenössische Expertenkommission für Sucht und Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (EKS/N) erfolgen. Alternativ könnten die Zielwerte der erwarteten Wirkungen, ausgehend von den umzusetzenden Massnahmen, definiert werden. Dies würde gestützt auf die Literatur und auf bisherige Erfahrungen mit vergleichbaren Massnahmen geschehen.

Die Mehrheit der Befragten, die für dieses Vorgehen plädieren, ist der Meinung, die erarbeiteten Vorschläge sollten in einem zweiten Schritt im Rahmen eines Konsultationsprozesses mit den relevanten Akteuren weiterentwickelt werden. Ein Vertreter der Stiftungen kann sich auch vorstellen, den partizipativen Prozess schmal anzulegen beziehungsweise ganz auf diesen zu verzichten, da die unterschiedlichen Meinungen im polarisierten System der Schweiz in einem solchen Prozess die Ziele auf ein Minimum verwässern und es schwierig ist, einen Konsens zu erreichen. Insbesondere wenn die Ziele visionär sein sollen, sei ein partizipatives Verfahren kontraproduktiv, da die Ziele unweigerlich nivelliert würden.

Die Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass es sich bewährt hat, dass ein erster Vorschlag durch Experten/-innen erfolgt, der dann in einem partizipativen Verfahren weiter ausgehandelt wird. Dass alle relevanten Akteure (zumindest in einem zweiten Schritt) in den Prozess miteinbezogen werden, scheint im Schweizer System und aufgrund der Freiwilligkeit der Strategien unerlässlich zu sein.

5.2.3 Pilotkantone

Als weiterer Vorschlag von Seiten der Wissenschaft und Stiftungen wurde die Festlegung von Zielwerten durch Verantwortliche in Pilotkantonen genannt. Auf diese Weise könnten die für die Umsetzung zuständigen Stakeholder ihre anzustrebenden Ziele selber festlegen, unterstützt durch den Bund. So könnte ein aufwendiges partizipatives Verfahren auf nationaler Ebene vermieden und Erfahrungen bezüglich der Definition, Messung und Bewertung sowie Kommunikation von Zielwerten und Ergebnissen gesammelt werden. Falls die Erfahrungen positiv ausfallen, könnte wieder über eine Quantifizierung der NCD-Strategie und der Strategie Sucht nachgedacht werden. Die Aufgabe des Bundes wäre es dabei, auf nationaler Ebene zu multiplizieren, was auf kantonaler Ebene gut funktioniert.

5.3 Operationalisierung der Ziele und Quantifizierung der Zielwerte

5.3.1 Operationalisierung der Ziele

Sind die Themenbereiche und Wirkungsebenen ausgewählt und ist der Prozess bestimmt, so müssen die Ziele operationalisiert beziehungsweise die Zielwerte quantifiziert werden.

Wichtig ist gemäss allen Befragten, dass die Ziele und Zielwerte so ausgewählt werden, dass die Zielerreichung auch überprüft werden kann. Konkret heisst das, dass entsprechende Monitoringdaten zur Verfügung stehen müssen. Mit MonAM steht ein entsprechendes, breit angelegtes Monitoring-System zur Verfügung. Es beinhaltet jedoch ausschliesslich Indikatoren zu Zielen auf Ebene Outcome und Impact. Sollten auch Ziele und Zielwerte auf Ebene Umsetzung und Output definiert werden, so müssten – sofern die ganze Wirkungskette einbezogen

⁵¹ <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/7071.pdf>, Zugriff am 15.05.2020.

wird – neue Indikatoren auf Ebene Umsetzung und Output formuliert und in MonAM integriert werden.

Falls keine quantifizierten Ziele mit Zielwerten definiert werden, sondern den relevanten Zielen Indikatoren mit quantifizierten Soll-Werten zugeordnet werden sollen, so muss festgelegt werden, ob die Zielerreichung pro Ziel mit einem Indikator oder mit mehreren Indikatoren überprüft werden soll. Der Vorteil, wenn einem Ziel mehrere Indikatoren zugeordnet werden, ist, dass die Zielerreichung mehrdimensional beurteilt werden kann, als wenn nur ein Indikator für die Beurteilung der Zielerreichung beigezogen wird. Der Nachteil liegt darin, dass die Zielerreichung schwierig zu beurteilen ist, wenn einige der zugehörigen Indikatoren in die eine und die anderen Indikatoren in die entgegengesetzte Richtung weisen.

5.3.2 Festlegung der Höhe des Zielwertes

Wenn es um die Festlegung der Höhe des quantifizierten Zielwertes geht, dann stellt sich die Frage, ob diese eher realistisch (ausgehend von der Baseline und unter Berücksichtigung des politisch und finanziell Machbaren) oder visionär formuliert werden sollen. Die Mehrheit der befragten Experten/-innen (aus der Politik, Verwaltung und Wissenschaft) würde ehrgeizige, aber realistische Ziele befürworten. Um die Höhe der Werte festzulegen, könnte man sich wie die WHO an Ländern mit entsprechenden Werten orientieren oder die Verläufe der Indikatoren der letzten Jahre extrapolieren und diese Extrapolation für die Definition der Höhe des Zielwertes beziehen. Auch eine Modellierung mit den Zahlen der Bevölkerung wäre aus Sicht des Vertreters der Wissenschaft denkbar.

Vertreter einer Stiftung und der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung empfinden quantifizierte Ziele mit Zielwerten dann sinnvoll, wenn sie eine mutige und strategische Vision verfolgen und abbilden. Solche visionären Ziele übten Druck auf die Politik und Medien aus und könnten so selber als Massnahmen dienen. Entscheidet man sich für visionäre Ziele, so bedingt dies jedoch, dass die Akteure der Strategie Folge leisten, auch wenn sie den Zielen nicht unbedingt zustimmen. Aus seiner Sicht könnte sich mit der momentanen Zusammensetzung des Parlaments eine Gelegenheit für eine mutigere Strategie ergeben. Die Vertreter der Politik äussern die Befürchtung, dass zu visionäre Ziele, die von der Politik als utopisch und unerreichbar eingeschätzt werden, die Bereitschaft von Politikern/-innen, Geld auszugeben, verringern würden. Dies, weil die Ziele unerreichbar scheinen. Einer der beiden Vertreter könnte sich aber auch einen Zwischenweg mit visionären langfristigen und realistischeren kurzfristigeren Zielen vorstellen.

5.4 Fazit

Sofern sich die Strategieverantwortlichen für eine Quantifizierung von Zielwerten für die NCD- beziehungsweise Sucht-Strategie entscheiden sollten, ist der Prozess für deren Definition festzulegen. Bezüglich einzelner Aspekte besteht ein Konsens, wie ein solcher Prozess zu erfolgen hat, bei anderen ergeben sich verschiedene Optionen:

- *Anzahl der zu quantifizierenden Ziele:* Hierzu besteht Konsens, dass mit einer beschränkten Zahl von Zielen begonnen werden soll, und nicht alle Ziele einer Strategie gleichzeitig mit quantifizierten Zielwerten versehen werden sollen.
- *Charakteristika der Zielbereiche:* Verschiedene Befragte sind der Meinung, dass Zielbereiche ausgewählt werden sollen, die erstens von anderen Ländern quantifiziert sind und somit eine Vergleichbarkeit erlauben, die zweitens eine gesellschaftliche Relevanz aufweisen und mit kostspieligen Massnahmen verbunden sind und die drittens die Gewährleistung der Chancengleichheit nicht beeinträchtigen.
- *Abdeckung der Zielbereiche:* Hierzu bestehen unterschiedliche Meinungen: Einige der Befragten würden in jedem Handlungsfeld Ziele berücksichtigen oder sogar ausschliesslich

übergeordnete Ziele mit Zielwerten quantifizieren, andere hingegen würden die Quantifizierung dazu nutzen, einzelne als besonders relevant erachtete Bereiche zu priorisieren.

- *Auswahl der Themen:* In Bezug auf die Themen hat eine Mehrheit Tabak, Alkohol sowie Bewegung und Ernährung genannt, da hierzu bereits international Zielwerte bestehen und Zielwerte auf Ebene der Risikofaktoren quantifiziert werden können.
- *Wirkungsebenen:* Bei den Wirkungsebenen kann zwischen einer strategischen und einer operativen Ebene unterschieden werden:
 - Auf der *strategischen Ebene* sind übergeordnete (Impact-)Ziele angesiedelt, die eine gemeinsame Vision versinnbildlichen; wie beispielsweise das Ziel, dass bis in einem bestimmten Jahr die Zunahme der Prävalenz einer bestimmten NCD in der Gesamtbevölkerung gestoppt ist. Diese Ziele müssen aus Sicht der Befragten nicht zwingend realistisch sein, da sie durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Sie sollen primär aufzeigen, in welche Richtung die Schweiz steuern will. Sie dürfen mutig sein und dazu beitragen, die Handlungsfelder und Massnahmen zu priorisieren. Insbesondere die Befragten aus Wissenschaft, Politik und NGO denken eher von der übergeordneten Wirkung her, um ausgehend von einer gemeinsamen Vision Ziele zu definieren und Massnahmen einzufordern.
 - Auf der *operativen Ebene* sind die Leistungs- beziehungsweise Outputziele und Wirkungs- beziehungsweise Outcomeziele in Bezug auf einzelne Massnahmen verortet. Sie beziehen sich auf Massnahmen konkreter Akteure sowie Wirkungen bei den anvisierten Zielgruppen. Bei der Definition des Outcomes können folgende Dimensionen berücksichtigt werden: die Erreichung der Zielgruppen, die Veränderung von Wissen und der Einstellungen (z.B. in Bezug auf die Gesundheitskompetenz) und die Veränderung des Verhaltens (z.B. in Bezug auf die Risiko- oder Schutzfaktoren). Diese Ziele sollen realistisch sein, das heisst politisch und finanziell umsetzbar sowie mit Budget, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten versehen. Naturgemäss denken die Herausgeber von Strategien und Programmen eher vom Output her, da sie diesen steuern und die anvisierten Wirkungen so eher beeinflussen können.
- *Vorgehen:* In Bezug auf das Vorgehen wurden drei verschiedene Varianten genannt:
 - Erstens ein *partizipativer Prozess*, in dem die Zielwerte gemeinsam ausgehandelt werden. Der Vorteil ist, dass diese Zielwerte breit abgestützt sind, der Nachteil, dass es ein aufwendiger Prozess ist und die Gefahr besteht, dass die Ziele aufgrund der Partikularinteressen der Akteure verwässert werden. Die Mehrheit der Befragten befürwortet ein solches konsensorientiertes Verfahren
 - Zweitens ein *Expertengremium*, wie zum Beispiel die EKS, das die wichtigsten Akteure vereint und im Konsens basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen und politischen Einschätzungen Zielwerte quantifiziert und diese in einem Konsultativverfahren überprüft. Diese Variante wurde insbesondere von einem der Stiftungsvertreter vorgebracht, um einer allfälligen Nivellierung der Ziele entgegenzutreten. Dabei sollte aber berücksichtigt werden, dass Vertretende aller Themen – inklusive des Themas Psychische Gesundheit – in diesem Gremium mitarbeiten.
 - Drittens ausgewählte *Pilotkantone*, die zusammen mit dem Bund und abgestimmt auf ihre Bedürfnisse und Verhältnisse sowie auf die gemeinsame Vision Zielwerte für ihren Kanton bestimmen. Diese Variante wurde von der Strategieverantwortlichen, die seit langer Zeit eng mit den Kantonen zusammenarbeitet, sowie dem Wissenschaftsvertreter vorgebracht. Sie gehen davon aus, dass die Aktivitäten auf andere Kantone ausstrahlen und irgendwann auf nationaler Ebene zum Standard werden könnten.
- *Operationalisierung der Ziele:* Wichtig ist, dass die Ziele und Zielwerte so ausgewählt werden, dass die Zielerreichung auch überprüft werden kann. Konkret müssen entsprechende Monitoringdaten zur Verfügung stehen. Mit MonAM gibt es bereits umfassende Monitoringdaten zu Zielen und Zielwerten auf Ebene Outcome und Impact. Sollten auch

Ziele und Zielwerte auf Ebene Umsetzung und Output definiert werden, so müssten – sofern die ganze Wirkungskette berücksichtigt wird – zusätzliche Indikatoren auf Ebene Umsetzung und Output formuliert und in MonAM integriert werden.

- *Höhe des Zielwerts:* Je nach gewählter Ebene und gewählttem Prozess soll der Zielwert entweder realistisch und mit dem verfügbaren Budget erreichbar sein, einer Trendextrapolation entsprechen, sich an anderen ambitionierten Ländern orientieren oder aber visionär sein.

Abschliessend kann das Fazit gezogen werden, dass viele Wege nach Rom führen, solange die Varianten aufeinander abgestimmt werden. Im Rahmen des Workshops werden diese Varianten mit den Experten/-innen diskutiert und weiterentwickelt (vgl. Kapitel 6).

6. Gesamtfazit und Empfehlungen zuhanden des BAG

Es werden ein Gesamtfazit gezogen und Empfehlungen bezüglich der Definition von Zielwerten sowie möglicher Vorgehensvarianten formuliert.

6.1 Gesamtfazit

Die vorliegende Analyse hatte zum Ziel, im Hinblick auf die geplante Wirkungsevaluation der NCD-Strategie und der Strategie Sucht beziehungsweise die Erstellung der Nachfolgestrategien basierend auf den (inter-) nationalen Erfahrungen sowie einer Einschätzung von Nutzen und Machbarkeit Empfehlungen zu formulieren, ob und gegebenenfalls wie die Ziele der NCD-Strategie und der Strategie Sucht mit Zielwerten versehen werden sollen. Die Untersuchung basiert auf einer Dokumentenanalyse, auf 13 Interviews mit Experten/-innen der WHO, von Deutschland und Schweden, von Bund (BAG, Bundesamt für Raumentwicklung), Kantonen (Waadt), der Wissenschaft (Universität Zürich), der Politik (Nationalrat, Kantonsrat) und zwei Stiftungen (Gesundheitsförderung Schweiz und Sucht Schweiz) sowie einem Expertenworkshop, der im Juli 2020 im BAG durchgeführt worden ist (die Liste der beteiligten Personen befindet sich in Anhang A 2). Nachfolgend wird entlang der vier untersuchten Fragestellungen ein Fazit zu den Ergebnissen gezogen.

6.1.1 Fazit zu den internationalen Erfahrungen

Gemäss den öffentlich zugänglichen Daten der WHO haben aktuell 24 der 37 OECD-Länder Zielwerte für NCD und Sucht formuliert. Diese beziehen sich am häufigsten auf die Reduktion von Diabetes und Übergewicht, sowie Tabakkonsum. Deutschland hat bereits erfolgreich in einem breit angelegten partizipativen Prozess ausgewählte Zielwerte definiert, verfügt aber über praktisch keine Erfahrungen bezüglich der Kommunikation und Überprüfung der Zielwerte. Schweden hat die Definition von entsprechenden Daten geprüft, aber in einem ersten Schritt (abgesehen von einem Ziel zum Tabakkonsum) verworfen. Die Schweiz hat sich gegenüber der WHO verpflichtet, Zielwerte auf nationaler Ebene zu definieren. Mit MonAM würde sie über Indikatoren verfügen, die einen Grossteil der von der WHO vorgegebenen Zielbereiche abdecken würden. Die WHO wäre bereit, die Schweiz im Prozess der Definition von Zielwerten zu unterstützen.

Der Workshop hat gezeigt, dass die Teilnehmenden an einem Vergleich der Schweiz mit anderen Ländern grundsätzlich interessiert sind, dass sie aber teilweise der Ansicht sind, dass die Ziele der WHO unrealistisch sind und diese deshalb an die Schweizer Begebenheiten angepasst werden müssten. Somit lässt sich folgern, dass eine Zusammenarbeit mit der WHO in dieser Frage in Betracht gezogen werden sollte.

6.1.2 Fazit zu den nationalen Erfahrungen

In der Schweiz existieren nur wenige nationale Strategien und Programme und somit auch nur punktuelle Erfahrungen mit Zielwerten auf Wirkungsebene. Ausschlaggebend, dass eine solche Quantifizierung bisher praktisch nicht erfolgte, waren unter anderem der (vermutete) fehlende Leidensdruck in der Schweiz; die schwer belegbare Kausalität von Präventionsmassnahmen; der (vermutete) hohe Aufwand für den partizipativen Findungs- und Einigungsprozess; die Herausforderung, die «richtigen» Ziele und Zielwerte zu definieren oder befürchtete negative Konsequenzen, wenn die Zielwerte nicht erreicht werden. Konkrete negative Erfahrungen mit der Definition, Messung und Bewertung sowie Kommunikation von Zielwerten wurden

kaum erwähnt. Als positive Erfahrung wurde der Ausbau eines Monitoring-Systems aufgrund von vorgegebenen Zielwerten genannt. Die Erfahrungen mit der Politik weisen zudem darauf hin, dass die Mittelvergabe weniger von der durch die Zielwerte geschaffenen Transparenz als vielmehr durch die politische Einstellung beeinflusst wird.

Der Expertenworkshop hat diese Ergebnisse nochmals bestätigt. Es kann somit gefolgert werden, dass bezüglich des Entscheides, ob Zielwerte definiert werden sollen, nur bedingt auf einen nationalen Erfahrungsschatz zurückgegriffen werden kann.

6.1.3 Fazit zu den Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken

Als *Chance* der Festlegung von Zielwerten auf der Wirkungsebene wurde die Möglichkeit eines Ländervergleichs betont. Weiter wurden die folgenden *Stärken und Chancen* genannt: Die stärkere Fokussierung und Kohärenz der Strategien (die heute eher als ein Konglomerat von Zielen und Massnahmen wahrgenommen werden) im Sinne eines Kompasses und damit verbunden die Konzentration der Mittel und die einheitliche Kommunikation der Akteure; die Möglichkeit, im Falle einer Nicht-Erreichung der Ziele politische Forderungen zu stellen, sowie die verbesserte Transparenz gegenüber der Politik. Als *Risiko* wurde erwähnt, dass die Herausgeber der Strategie für Ziele verantwortlich gemacht werden könnten, auf deren Erreichen sie mangels Steuerungsmöglichkeiten wenig Einfluss haben. Als weitere *Schwächen* wurden aufwendige Prozesse und die Fokussierung auf ausgewählte Zielbereiche, verbunden mit einer allenfalls einseitigen Priorisierung von Massnahmen, angeführt.

Der Workshop hat aufgezeigt, dass sich die Mehrheit der Teilnehmenden eher für als gegen eine Definition von Zielwerten ausspricht, wobei sich die Herausgeber der heutigen Strategien im Vergleich zu den übrigen Akteuren tendenziell kritischer äussern. Insgesamt lässt sich folgern, dass der Entscheid, ob Zielwerte der NCD-Strategie und der Strategie Sucht quantifiziert werden sollen, immer mit dem Entscheid einhergeht, wie fokussiert, kohärent und transparent die Zielsetzungen der Strategien sein sollen und dürfen. Um bei der Umsetzung einer allenfalls zu einseitigen Fokussierung auf Ziele mit Zielwerten entgegenzuwirken, sollten die Kommunikation und die Evaluation der Strategie deshalb gesamtheitlich ausgerichtet werden, so dass auch die übrigen Zielbereiche angemessen berücksichtigt werden. Falls auf eine Zielwertdefinition verzichtet werden würde, könnten die Verantwortlichen auf die Messwerte ausgewählter Indikatoren von MonAM zurückgreifen, um die Trends auf Wirkungsebene zu kommunizieren und sich mit anderen Ländern zu vergleichen. Zudem könnten ausgewählte Indikatoren zusätzlich mit Soll-Werten versehen werden. Sie müssten aber auch in diesem Fall entscheiden, welche Resultate sie kommunizieren wollen, könnten jedoch die Auswahl rückwirkend und nach eigenem Ermessen vornehmen.

6.1.4 Fazit zum Definitionsprozess

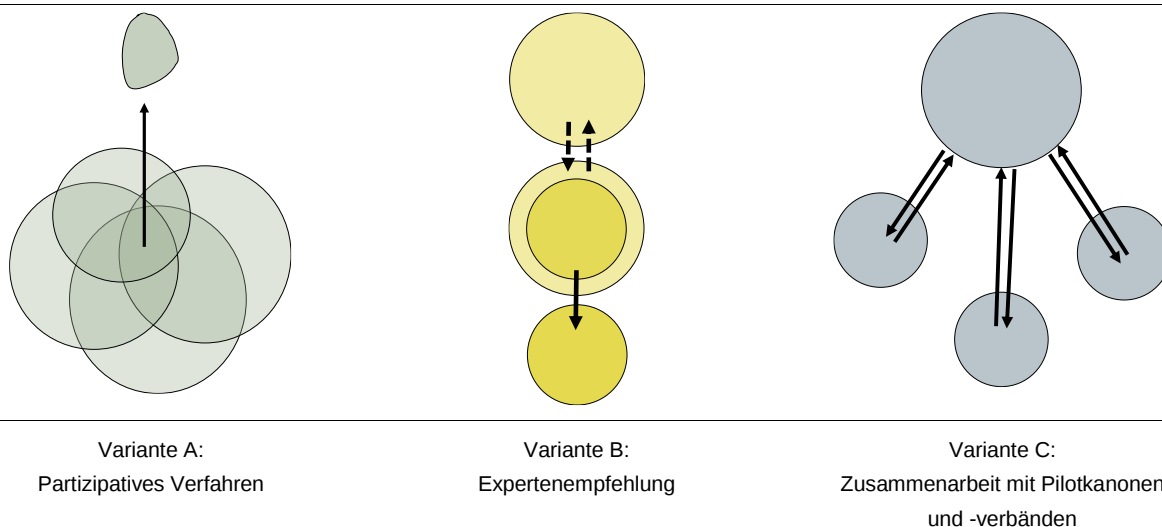
Falls der Entscheid zugunsten einer Zielwertdefinition fällt, so sind sich die Beteiligten in Bezug auf die folgenden Prozessaspekte einig:

- *Start mit wenigen Zielen:* Der Definitionsprozess soll mit ausgewählten Zielen begonnen und erst ausgeweitet werden, wenn erste Erfahrungen vorliegen.
- *Anlehnung an internationale Ziele:* Es sollen solche Ziele für die Zielwertdefinition gewählt werden, die einen Vergleich mit anderen Ländern erlauben.
- *Relevanz für die Schweiz:* Die gewählten Ziele sollen relevant sein für die Schweiz.
- *Berücksichtigung der Chancengleichheit:* Die Ziele mit Zielwerten sollen die Chancengleichheit der verschiedenen Bevölkerungsgruppen gewährleisten.
- *Zielwerte auf strategischer Ebene (Impactziele):* Zielwerte können auf der strategischen Ebenen angesiedelt sein und aufzeigen, in welche Richtung die Schweiz steuern will; sie dürfen mutig sein und dazu beitragen, die Handlungsfelder und Massnahmen zu priorisieren.

- *Zielwerte auf operativer Ebene (Output- und Outcomeziele)*: Sie können aber auch die operative Ebene betreffen und Leistungs- sowie Wirkungsziele wie die Erreichung der Zielgruppen, die Veränderung von Wissen, Einstellungen (zum Beispiel bei der Gesundheitskompetenz) und Verhalten (in Bezug auf Risiko- und Schutzfaktoren) umfassen. Diese Ziele sollen realistisch und mit Budget, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten versehen sein.

Aus den Interviews kristallisierten sich drei grundsätzliche Vorgehensvarianten heraus, die im Rahmen des Workshops mit den Teilnehmenden diskutiert und modifiziert wurden (vgl. Darstellung D 6.1).

D 6.1: Grundsätzliche Vorgehensvarianten zur Definition von Zielwerten



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf den Interviewergebnissen.

I Variante A: Partizipatives Verfahren

Variante A beschreibt einen partizipativen Prozess, in dem die Zielwerte unter breiter Beteiligung der relevanten Akteure definiert werden. Die Federführung des Verfahrens liegt bei den Herausgebern der Strategien.

Der Vorteil dieser Variante liegt in einer breiten Abstützung der Ergebnisse. Die Nachteile bestehen einerseits darin, dass der Prozess als aufwendig erachtet. Andererseits kann das auf dem Konsensprinzip basierende partizipative Verfahren zu einer verwässerten Strategie führen, da nur der kleinste gemeinsame Nenner in die Strategie einbezogen wird oder aber, da alle Wünsche und Bedürfnisse der verschiedenen Akteure berücksichtigt werden.

Variante A wurde von den Workshop-Teilnehmenden nicht favorisiert. Zwar waren sich die Teilnehmer/-innen einig, dass die Akteure in die Definition eingebunden werden sollten, jedoch nicht von Anfang an und nicht auf der grünen Wiese.

I Variante B: Expertenempfehlung

Die Vorgehensvariante B sieht ein Expertengremium vor, das die Zielwerte basierend auf wissenschaftlichen Grundlagen und politischen Einschätzungen auswählt und quantifiziert und in einem Konsultativverfahren überprüft. Auch in diesem Verfahren liegt die Federführung bei den Herausgebern der Strategie.

Die Vorteile dieser Variante sind, dass der Prozess evidenzbasiert ist und sich an anderen Ländern orientiert, dass er eine Fokussierung auf ausgewählte Inhalte ermöglicht und mit eher

geringem Aufwand realisiert werden kann. Der Nachteil besteht darin, dass das anschliessende Konsultativverfahren eine weniger breite Abstützung der Zielwerte bei den Akteuren als bei einem partizipativen Verfahren ermöglicht.

Die Workshop-Teilnehmenden favorisieren diese Variante insbesondere in Bezug auf die Festlegung von Zielwerten auf der strategischen Ebene. Das Expertengremium (bspw. bestehend aus Vertretern/-innen der Forschung, des Bundes, der GDK und Gesundheitsförderung Schweiz) soll sich dabei auf bestehende Indikatorensysteme stützen, die internationale Vergleichbarkeit sicherstellen und neue Tendenzen, wie beispielsweise das Thema der nicht substanzgebundenen Süchte, aufzugreifen. Der anschliessende konsultative Prozess wird als zwingend erachtet, um eine Abstützung der Zielwerte bei den verschiedenen Akteuren von Bund, Kantonen, Forschung, NGO, Gesundheitsligen, Leistungserbringer, Politik und den Wirtschaftsverbänden zu erreichen. Vorgeschlagen wurde, dass der konsultative Prozess nicht in schriftlicher Form, sondern im Rahmen von Workshops erfolgt, wobei die Resultate mehrmals zwischen Expertengremium und Akteuren hin und her gespielt werden sollten. Das Expertengremium müsste für die Ausarbeitung des Vorschlages legitimiert sein. Als mögliches Gremium wurde etwa die Eidgenössische Kommission für Fragen zu Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (EКСN) genannt. Anderen ist dieses Gremium zu wenig breit abgestützt.

I Variante C: Zusammenarbeit mit Pilotkantonen und -verbänden

Variante C sieht vor, Zielwerte zusammen mit ausgewählten Partnern wie Pilotkantonen oder -verbänden festzulegen. Diese sollten einerseits abgestimmt auf die Bedürfnisse der jeweiligen Partner sein und andererseits die Ziele auf strategischer Ebene anvisieren. Die Verantwortung für diesen Prozess liegt dabei auf nationaler Ebene, zusammen mit den für das Thema zuständigen Partnern. Die Variante lehnt sich an die Vorgehensweisen der WHO bei der Entwicklung der NCD-Strategie oder der UNO bei der Entwicklung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung an.

Der Vorteil dieser Variante liegt darin, dass sich die Zielwerte der Massnahmen der Kantone und Verbände sowohl an den übergeordneten strategischen Zielen als auch an ihren spezifischen Bedürfnissen orientieren. Zudem können innovative Ideen der Kantone und Verbände genutzt und ein Benchmarking- und Nachahmungseffekt geschaffen werden. Ein Nachteil dieser Variante ist, dass der Wirkungsbeitrag der Pilotkantone oder -verbände auf die übergeordneten strategischen Ziele vermutlich nicht belegt werden kann.

Die Workshop-Teilnehmenden favorisieren diese Variante insbesondere zur Festlegung von Zielwerten auf operativer Ebene. Ausgehend von den übergeordneten strategischen Zielen soll den Partnern ein möglichst grosser Handlungsspielraum bei der Massnahmenumsetzung gewährt werden. Zudem sollte geprüft werden, ob von GFCH und TPF finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden könnten, um die Massnahmenumsetzung zu fördern. Es stellt sich hier die Frage, ob Mittel nach dem Giesskannenprinzip vergeben werden sollen oder ob primär ambitionierte Kantone, Verbände oder NGO unterstützt werden sollen. Dies führt wieder zurück zur Frage, ob die künftigen Strategien NCD und Sucht eher Strategien sein sollen, in der sich alle wiederfinden, oder ob sie fokussierte und ambitionierte Strategien sein sollen.

In Bezug auf die Kantone betonten insbesondere die Kantonsvertreter/-innen die Notwendigkeit, dass sie ihre Massnahmen an nationalen Vorgaben ausrichten können, um eine Argumentationshilfe gegenüber der Politik zu haben. Dabei sei es auch wichtig, die GDK für diese Ziele zu sensibilisieren, um Hürden bei der Umsetzung abzubauen. Aus Sicht der Teilnehmenden sollten kantonale Zielwerte primär für Massnahmen auf der Verhältnisebenen definiert werden, da Zielwerte auf der Verhaltensebene aufgrund der zu geringen Stichprobe und dem überproportional grossen Aufwand für einen Durchschnittskanton nicht überprüft werden können.

Falls dennoch Ziele auf Verhaltensebene quantifiziert werden sollen, so sollen die Zielwerte auf die Multiplikatoren und nicht auf die Zielgruppen ausgerichtet werden – wie dies Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der kantonalen Aktionsprogramme bereits tut. Generell waren die Teilnehmenden eher kritisch, was den Vorbildeffekt auf andere Kantone anbelangt. Kantone argumentieren gerne so, dass in ihrem Kanton die Rahmenbedingungen völlig anders sind. Deshalb sollten die Kantone auch heterogen ausgewählt werden. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Wirkung einer Massnahme schwierig nachzuweisen ist, da die Zeitspanne zwischen Massnahme und Wirkung oft lang ist.

In Bezug auf die Verbände betonte ein Vertreter der Leistungserbringer, dass eine enge Zusammenarbeit mit den beteiligten Berufsgruppen bereits bei der Festlegung der Zielwerte, aber auch der Messmethodik von eminenter Wichtigkeit ist. Insbesondere geht es darum sicherzustellen, dass die relevanten Ziele quantifiziert werden (und nicht die weniger relevanten Ziele, bloss, weil sie einfach zu messen sind). Zudem soll die Erhebungsmethodik unter Berücksichtigung des Aufwands für die Berufsgruppen mit den Verbänden diskutiert werden. Ziel sollte sein, dass die Berufsgruppen einen Nutzen aus dem Prozess ziehen und dieser Nutzen den Aufwand überwiegt. Als Beispiel für eine gelungene Zusammenarbeit wurde diejenige des Bundesamtes für Statistik und der FMH bei der MAS-Erhebung der Praxisdaten genannt.

6.2 Empfehlungen zuhanden des BAG

Basierend auf der vorliegenden Untersuchung formulieren wir nachfolgend drei Empfehlungen zuhanden des BAG.

Empfehlung 1: Definition von Zielwerten in den Nachfolgestrategien

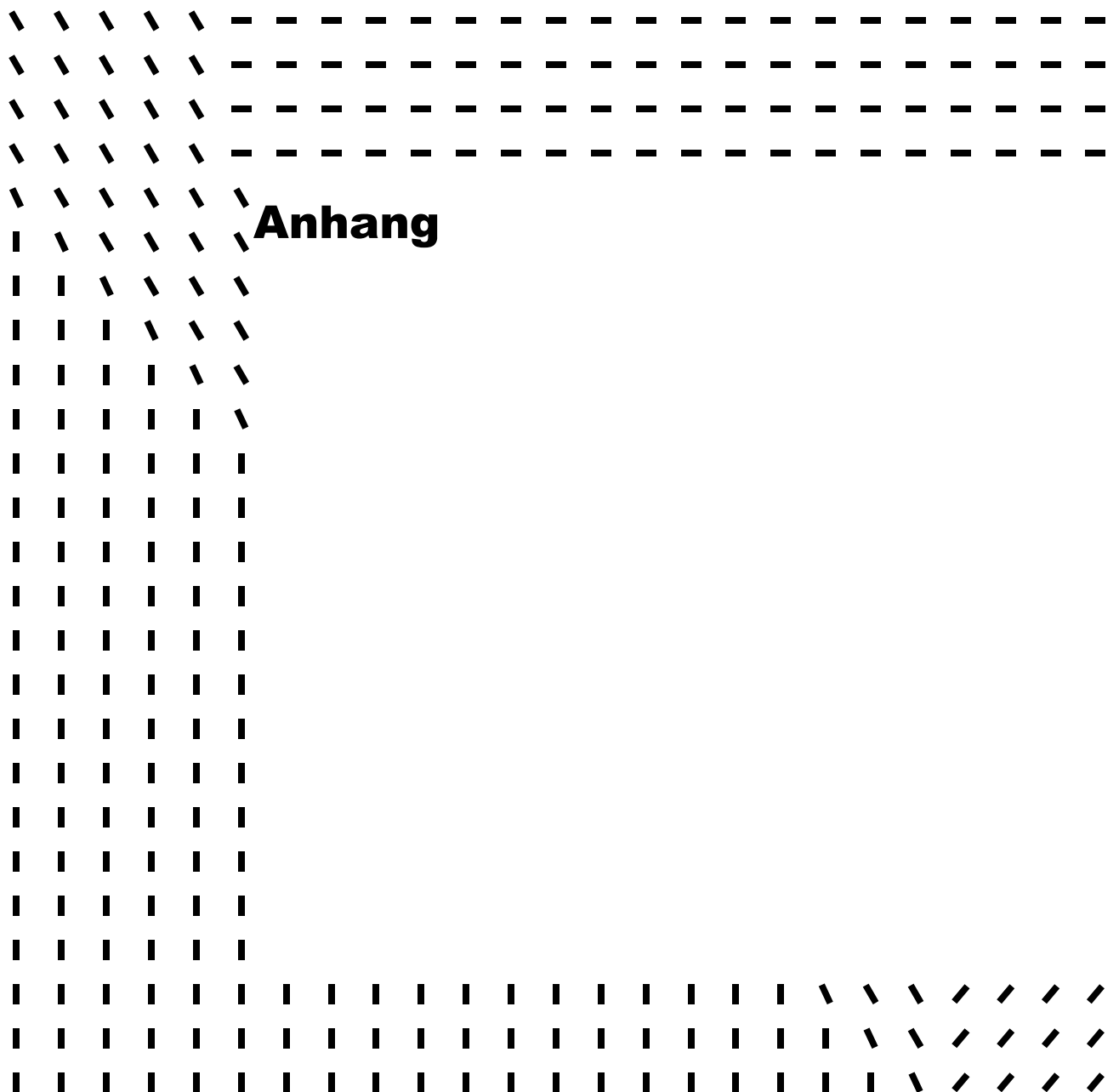
Wir empfehlen dem BAG, im Rahmen der Entwicklung der Nachfolgestrategien für ausgewählte Ziele Zielwerte festzulegen. Der Zweck der Festlegung von Zielwerten ist primär, eine Datengrundlage zu schaffen, die eine fokussierte und einheitliche Kommunikation der Präventionsanliegen gegenüber der Politik und Bevölkerung ermöglicht. Es sollen sowohl Ziele auf strategischer wie auch auf operativer Ebene quantifiziert werden, um den Strategien mehr Profil zu verleihen und gleichzeitig die spezifischen Bedürfnisse von engagierten Akteuren zu berücksichtigen. Zudem sollte geprüft werden, ob die Zielwerte je nach Bevölkerungsgruppe variiert werden, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten.

Empfehlung 2: Quantifizierung von strategischen Zielen in Anlehnung an die NCD-Ziele der WHO durch Expertengremium mit anschliessendem Konsultativverfahren

Auf der strategischen Ebene soll ein Expertengremium, wie in Variante B beschrieben, einen Vorschlag mit Zielen und Zielwerten auf nationaler Ebene ausarbeiten. Dieser Vorschlag wird basierend auf einer Konsultation der wichtigsten Akteure, wie in Variante A oder B beschrieben, weiterentwickelt und schliesslich verabschiedet. Bei der Definition der Zielwerte empfehlen wir eine Anlehnung an die bereits bestehenden NCD-Ziele der WHO. Dabei soll es nicht um eine Orientierung an der Höhe der Zielwerte an sich gehen, sondern viel mehr um die Orientierung an der Art der Ziele. Dies ermöglicht eine Vergleichbarkeit mit anderen OECD-Staaten. Die WHO wäre bereit, die Schweiz bei der Definition von Zielwerten zu unterstützen. Zur Festlegung der Höhe der Zielwerte soll man sich entweder an den ambitioniertesten Ländern orientieren (visionäre Variante), oder aber eine Trendextrapolation, ausgehend von der Situation in der Schweiz, vornehmen (realistische Variante). Der Zeitpunkt für die Einbeziehung wichtiger Akteure und die Entscheidung, wer einbezogen wird, muss sorgfältig geplant werden.

Empfehlung 3: Quantifizierung von operativen Zielen abgestimmt auf die strategischen Ziele und die Bedürfnisse von ambitionierten Kantonen und/oder Verbänden

Bei der Definition von Zielwerten auf operativer Ebene empfehlen wir eine enge Zusammenarbeit mit ambitionierten Pilotkantonen und/oder Pilotverbänden, wie in Variante C beschrieben. Dabei sollen die strategischen Ziele auf die kontextspezifischen Bedürfnisse von Kantonen beziehungsweise Verbänden heruntergebrochen und operative Output- und Outcomeziele mit Zielwerten definiert werden. Diese sollen sich auf eine (Leuchtturm-)Massnahme (idealerweise auf Verhältnisebene) beziehen und der Erreichung der Ziele auf strategischer Ebene dienen. Die Massnahme soll relevant und der Aufwand der Zielüberprüfung für die Berufsgruppen vertretbar sein. Innovative Ideen könnten durch Gesundheitsförderung Schweiz und den Tabakpräventionsfonds mitfinanziert werden. Durch das gezielte Unterstützen von entsprechenden Massnahmen kann das Innovationspotential von verschiedenen Akteuren genutzt werden. Die Höhe der Zielwerte soll sich am Potenzial der Massnahme und an den verfügbaren Mitteln orientieren (realistische Variante).



A 1 NCD-Ziele der WHO

DA 1: Zielkategorie: Vorzeitige Mortalität durch NCD

		Vorzeitige Mortalität durch NCD				
		Senkung der grundsätzlichen Sterblichkeit durch NCD	Senkung der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch Krebs	Senkung der Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch zerebrale Gefässerkrankung
OECD-Staaten mit quantifizierten NCD-Zielen	Chile			5% Reduktion von 2010 bis 2020	10% Reduktion von 2010 bis 2020	
	Costa Rica	17% relative Reduktion der vorzeitigen Sterblichkeit durch Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, chronisches Nierenversagen, Diabetes und Bluthochdruck bis 2021 (Basisjahr 2013)				
	Estland		Reduktion von 94 pro 100'000 Bürger/-innen im Jahr 2011 auf 56 bis 2020			
	Finnland	Senkung der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder chronische Atemwegserkrankungen bei Menschen unter 70 Jahren um 25% bis 2025				
	Japan		Bis 2022 von 36,9 (2010) auf 31,8, pro 100'000 Bürger und von 15,3 (2010) auf 13,7 pro 100'000 Bürgerinnen unter 75 Jahren			Bis 2022 von 49,5 (2010) auf 41,6 pro 100'000 Bürger und von 26,9 (2010) auf 24,7 pro 100'000 Bürgerinnen unter 75 Jahren

Vorzeitige Mortalität durch NCD					
	Senkung der grundsätzlichen Sterblichkeit durch NCD	Senkung der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch Krebs	Senkung der Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch zerebrale Gefässerkrankung
Kanada	Reduktion der vorzeitigen Sterblichkeit durch NCDs um ein Drittel bis 2030 durch Prävention sowie Behandlung und Förderung des psychischen Wohlbefindens				
Kolumbien	Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit durch NCDs in der Bevölkerung zwischen 30 und 70 Jahren um 25% bis 2021				
Lettland		Reduktion von 157,6 pro 100'000 Bürger/-innen im Jahre 2012 auf 130 bis 2020	Von 108,6 pro 100'000 Bürger/-innen im Jahre 2012 auf 96 bis 2020		
Litauen		Reduktion von 451,1 pro 100'000 Bürger/-innen im Jahre 2012 auf 310,4 bis 2025	Reduktion auf von 182,1 pro 100'000 Bürger/-innen im Jahre 2012 auf 165,5 bis 2025		
Norwegen	Reduktion der frühzeitigen Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronische Lungenkrankheiten und Krebs um 25% bis 2025				
Portugal	20% Reduktion der allgemeinen vorzeitigen Sterblichkeit bei unter 70-Jährigen bis 2020				
Südkorea		Von 19,3 Herzinfarkte (2008) pro 100'000 Bürger/-innen auf 19,0 (2020)	Von 103,8 (2008) pro 100'000 Bürger/-innen auf 82,3 (2020)		Von 56,5 Schlaganfällen (2008) pro 100'000 Bürger/-innen auf 45,8 (2020)

	Vorzeitige Mortalität durch NCD				
	Senkung der grundsätzlichen Sterblichkeit durch NCD	Senkung der Sterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch Krebs	Senkung der Sterblichkeit durch Atemwegserkrankungen	Senkung der Sterblichkeit durch zerebrale Gefäßerkrankung
Slowakei		Senkung der durch Krankheiten des Kreislaufsystems verursachten Todesfälle pro 100'000 Einwohner von 674,2 auf 328 bis 2030	Senkung der durch Tumore verursachten Todesfälle pro 100'000 Einwohner von 261,2 auf 187,2 bis 2030		
Slowenien	1,5% relativer Rückgang der vorzeitigen Sterblichkeit aufgrund der vier wichtigsten NCDs				
Türkei	25 % relative Senkung der Gesamtsterblichkeit durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder chronische Atemwegserkrankungen bis 2025				
Ungarn		Verringerung der Frühsterblichkeit (bei unter 65-Jährigen) aufgrund von koronarer Herzkrankheit um 20% bis 2025	Reduktion der Krebsmortalität in der Bevölkerung unter 65 Jahren um 10% bis 2020		
USA		Reduktion der Sterblichkeitsrate bei koronarer Herzkrankheit um 20% von 126,0 Todesfällen pro 100 000 Einwohner im Jahr 2007 auf 100,8 Todesfälle im Jahr 2020	Reduktion der Rate der Todesfälle durch Krebs um 10% von 178,4 pro 100'000 Einwohner im Jahr 2007 auf 160,6 Todesfälle im Jahr 2020	Reduktion der Sterblichkeitsrate bei chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege von 40,8 Todesfällen pro 100'000 Einwohner im Jahr 2007 auf 35,1 Todesfälle im Jahr 2020	Reduktion der Sterblichkeitsrate bei Schlaganfällen um 20% von 42,2 Todesfällen pro 100 000 Einwohner im Jahr 2007 auf 33,8 Todesfälle im Jahr 2020

DA 2: Zielkategorie: Alkoholkonsum

		Alkoholkonsum			
		Grundsätzlicher Alkoholkonsum	Reduktion des jährlichen Verbrauchs von absolutem Alkohol pro Bürger/-in	Rauschtrinken	Schädlicher Alkoholkonsum
OECD-Staaten mit quantifizierten NCD-Zielen	Chile				10% Reduktion in der Prävalenz bei Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren von 15,1% (2010) auf 14,8% (2020)
	Estland		Von 10,2 Liter im Jahr 2012 auf unter 8 Liter bis 2020		
	Finnland				Mindestens 10% Reduktion bis 2025
	Irland		Reduktion auf 9,2 Liter im Jahr bei über 15-Jährigen		
	Japan				Bis 2022 Reduktion von 15,3% (2010) zu 13% bei Männern, von 7,5% (2010) auf 6,4% bei Frauen
	Kolumbien				Bis 2021 die Rate des schädlichen Alkoholkonsums in der allgemeinen Bevölkerung unter 12% halten
	Lettland		Von 10,3 Liter (2012) bei über 15-Jährigen auf 9,5 Liter bis 2020		
	Litauen		Reduktion von 13 Liter (2012) auf 8,5 Liter bis 2025		

	Alkoholkonsum			
	Grundsätzlicher Alkoholkonsum	Reduktion des jährlichen Verbrauchs von absolutem Alkohol pro Bürger/-in	Rauschtrinken	Schädlicher Alkoholkonsum
Niederlande	Bis 2040 ist die Zahl der Schüler/-innen (12 bis 16 Jahre), die irgendwann in ihrem Leben Alkohol getrunken haben, von 45 % auf höchstens 25% gesunken und der Anteil der Schüler/-innen, die im letzten Monat Alkohol getrunken haben, von 25% auf 15%		Der Anteil der Binge-Trinker an der Zahl der Schüler/-innen, die im letzten Monat getrunken haben, sinkt von 71% auf 45% bis 2040 Bis 2040 sinkt der Anteil der Niederländer ab 18 Jahren, die zu viel trinken, von 8,8% auf 5%, wobei dem Anteil der Trinker über 50 Jahren besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird Bis 2040 ist die Gesamtzahl der Niederländer ab 18 Jahren, die stark trinken, von 8,5% auf 5% zurückgegangen, wobei dem Anteil der starken Trinker unter den 18- bis 30-Jährigen besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird	
Norwegen				10% Reduktion bis 2020
Südkorea				Reduktion des übermäßigen Alkoholkonsums bei Erwachsenen von 22,5% (2013) auf 19,0% (2020) bei Männern und von 7,2% (2013) auf 5,1% (2020) bei Frauen
Slowakei		Senkung des Alkoholkonsums (Liter pro Kopf) bis 2030 unter den über 15-Jährigen von 10,7 auf 8,9		
Slowenien		Senkung des jährlichen Gesamtalkoholkonsums (Liter reinen Alkohols) unter den über 15-Jährigen von 9,53 (2015) auf 9 bis 2025		Senkung der Prävalenz des übermäßigen Alkoholkonsums von 10,2% (2015) auf 8% bis 2025

	Alkoholkonsum			
	Grundsätzlicher Alkoholkonsum	Reduktion des jährlichen Verbrauchs von absolutem Alkohol pro Bürger/-in	Rauschtrinken	Schädlicher Alkoholkonsum
Tschechien	5% Reduktion bei der Prävalenz von Alkoholkonsum der unter 18-Jährigen bis 2020	5% Reduktion von purem Alkohol bei Erwachsenen bis 2020		
Türkei	Zunahme von Alkoholkonsum bis 2025 aufhalten			
USA			Reduktion des Rauschtrinkens in den vergangenen 30 Tagen bei Erwachsenen ab 18 Jahren von 27,0% (2008) auf 24,3% (2020)	

DA 3: Zielkategorie: Körperliche Inaktivität

		Körperliche Inaktivität		
		Senkung der Quote körperlich Inaktiver	Erhöhung von körperlicher Aktivität	Körperliche Aktivität mit Mindestangabe
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Chile		30% Steigerung von Prävalenz körperlicher Aktivität bei 15- bis 24-Jährigen von 23,1% (2010) auf 30% (2020)	
	Costa Rica	7% relative Reduktion bis 2021		
	Estland		Steigerung regelmässiger körperlicher Aktivität bei 16- bis 64-Jährigen von 36,3% (2010) auf 53% (2020)	
	Finnland	10% Reduktion bis 2025		
	Irland		Steigerung des Anteils der Bevölkerung mit regelmässiger körperlicher Aktivität um 20%	
	Grossbritannien	Jährliche Reduktion des Anteils körperlich inaktiver Personen		Jährliche Zunahme des Anteils Erwachsener, die mind. 150min/Woche körperlich aktiv sind
	Japan		Erhöhung bis 2022 bei 20- bis 64-jährigen Männern von 26,3% (2010) auf 36% und bei 20- bis 64-jährigen Frauen von 22,9% (2010) auf 33%	
	Kanada		Zunahme der durchschnittlichen Minuten pro Tag an körperlicher Aktivität bei Erwachsenen um 20% und bei Kindern und Jugendlichen um 10% bis 2025	
	Kolumbien		Bis 2021 steigt die Zahl der Personen, die zu Fuss gehen oder Fahrrad fahren, auf über 33,8% bzw. 5,6%	
	Lettland			Erhöhung des Anteils Bürger/-innen, die mind. 1 bis 2 mal pro Woche körperlich aktiv sind von 27% (2009) auf 40% bis 2020
	Litauen	Reduktion von 18,6% (2019) auf 17,6% bis 2023		
	Niederlande		Bis 2040 üben 75% der niederländischen Bevölkerung Übungen nach den niederländischen Übungsrichtlinien aus, gegenüber 47% im Jahr 2017	
	Norwegen	10% Reduktion bis 2020		
	Südkorea		Steigerung der körperlichen Aktivität bei Erwachsenen von 57,1% (2014) auf 62,8% (2020)	

		Körperliche Inaktivität		
		Senkung der Quote körperlich Inaktiver	Erhöhung von körperlicher Aktivität	Körperliche Aktivität mit Mindestangabe
	Türkei	Reduzierung der Prävalenz von unzureichender körperlicher Aktivität um 10% bis 2025		
	USA		Zunahme der Erwachsenen, die die (föderalen) Richtlinien für aerobe körperliche Aktivität erfüllen, von 43,5% (2008) auf 47,9% und von Jugendlichen, welche die aerobe körperliche Aktivität und Muskelstärkung erfüllen von 18,4% (2008) auf 20,2% bis im Jahre 2020	

DA 4: Zielkategorie: Natriumaufnahme

		Natriumaufnahme	
		Reduktion von durchschnittlichem Salzkonsum	Reduktion absoluter Werte
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Costa Rica	15% relative Reduktion bis 2021	
	Deutschland	30% Reduktion bis 2025	
	Finnland	30% Reduktion bis 2025	
	Frankreich	30% relative Reduktion der mittleren Bevölkerungsaufnahme von Salz bis 2023	
	Grossbritannien		Reduktion von durchschnittlich 8,1g/täglich auf 6g/täglich
	Japan		Reduktion von durchschnittlich 10,6g (2010) auf durchschnittlich 8g/Tag bis 2022
	Norwegen	30% Reduktion bis 2020	
	Tschechien	20% Reduktion bis 2020	
	Türkei	30% Reduktion bis 2025	
	USA		Reduktion von durchschnittlich 3'641mg auf 2'300mg/täglich

DA 5: Zielkategorie: Tabakkonsum

		Tabakkonsum			
		Reduktion von Tabakkonsum	Senkung der Prävalenz von Rauchern	Reduktion des täglichen Tabakkonsums	Reduktion der Einstiegsraten in das Rauchen
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Chile		5% Reduktion bei 12- bis 64-Jährigen von 40,9% (2010) auf 35,6% (2020)		
	Costa Rica		12% relative Reduktion bei Personen über 15 Jahren bis 2021		
	Deutschland	Senkung der Raucherquote unter jungen Menschen (12- bis 17-Jährige) auf 7% und unter Erwachsenen (15 Jahre und älter) auf 19% bis 2030.			
	Estland			Senkung der Prävalenz täglicher Raucher/-innen bei 16- bis 64-Jährigen senken von 26,2% (2010) auf 18,3% (2020)	
	Finnland	30% Reduktion bis 2025			
	Irland		Senkung der Gesamtprävalenz des Rauchens in der Bevölkerung um 1% pro Jahr		Reduktion der Einstiegsraten in das Rauchen um 1% pro Jahr
	Grossbritannien		Bis 2022 Reduktion der Prävalenz bei unter 15-Jährigen von 8% auf höchstens 3%, bei Erwachsenen von 15,5% auf höchstens 12% und bei Schwangeren von 10,7% auf höchstens 6%		
	Japan	Senkung der Raucherquote bei Erwachsenen von 19,5% (2010) auf 12% (2022)			
	Kanada	Reduktion des Anteiles der Kanadier/-innen ab 15 Jahren, die in den letzten 30 Tagen irgendein Tabakprodukt konsumiert haben, von 17,4% (2015–16) auf 5% bis 2035			

	Tabakkonsum			
	Reduktion von Tabakkonsum	Senkung der Prävalenz von Rauchern	Reduktion des täglichen Tabakkonsums	Reduktion der Einstiegsraten in das Rauchen
Kolumbien	Bis 2021 den Tabakkonsum unter den 18- bis 69-Jährigen um 10% reduzieren			
Lettland			Reduktion des Anteils täglicher Raucher/-innen zwischen 15- und 64-Jährigen von 34,3% 2012 auf 28% bis 2020	
Litauen	Reduktion um 3% bis 2020 und um zusätzliche 3% bis 2025			
Niederlande	Bis 2020 soll der Anteil der Erwachsenen Raucher/-innen weniger als 20% betragen			Bis 2020 wird sich die Zahl der Jugendlichen, die mit dem Rauchen beginnen, von 75 pro Tag auf weniger als 40 pro Tag halbiert haben.
Norwegen	30% Reduktion bei über 15-Jährigen bis 2020		Reduktion bei 16- bis 24-Jährigen, die täglich rauchen, auf unter 6%, Gesamtpopulation auf unter 10%	
Südkorea		Senkung der Prävalenz des Rauchens bei erwachsenen Männern von 42,1% (2013) auf 29,0% (2020)		
Slowakei			Reduktion des Anteils der über 15-Jährigen, die täglich rauchen, von 19,5% auf 17,3% bis 2030	
Slowenien		Senkung der Prävalenz regelmässiger Raucher/-innen von 18,9% (2015) auf 15% bis 2025		
Tschechien	Mind. 30% Reduktion bei über 15-Jährigen bis 2025			
Türkei	30% Reduktion bei über 15-Jährigen bis 2025			

		Tabakkonsum			
		Reduktion von Tabakkonsum	Senkung der Prävalenz von Rauchern	Reduktion des täglichen Tabakkonsums	Reduktion der Einstiegsraten in das Rauchen
	USA	Reduktion von 20,6% (2008) auf 12% (2020) bei Erwachsenen und Reduktion von 19,5 (2008) auf 16% (2020) bei Jugendlichen die angeben, in den letzten 30 Tagen geraucht zu haben			

DA 6: Zielkategorie: Erhöhter Blutdruck

		Erhöhter Blutdruck	
		Reduktion der Prävalenz von Bluthochdruck	Reduktion um absoluten Wert
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Finnland	25% Reduktion bis 2025	
	Japan		Senkung des durchschnittlichen systolischen Wertes von 138mmHg (2010) auf 134mmHg (Männer) und von 133mmHg auf 129mmHg (Frauen) bis 2022
	Kolumbien	Bis 2021 die Prävalenz von Bluthochdruck bei Erwachsenen über 25 Jahren um 25% senken (Basisjahr 2014)	
	Norwegen	25% Reduktion bis 2020	
	Südkorea	Von 27,3% (2013) auf 23% (2020)	
	Tschechien	10% Reduktion bei Kindern und Erwachsenen bis 2020	
	Türkei	20% Reduktion bis 2025	

DA 7: Zielkategorie: Diabetes und Übergewicht

		Diabetes und Übergewicht				
		Zunahme von Diabetes stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit stoppen	Prävalenzrate von Diabetes reduzieren	Prävalenzrate von Fettleibigkeit reduzieren	Prävalenzrate von erhöhtem Blutzuckerwert reduzieren
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Australien			Senkung der alters-angepassten Prävalenzrate für Typ-2-Diabetes auf das Niveau von 2000 (entspricht einer nationalen Prävalenzrate von 7,1 Prozent) bis 2023		
	Chile				10% Reduktion bei Kindern unter 6 Jahren von 9,6% (2010) auf 8,6% (2020)	
	Costa Rica		Stoppen des relativen Anstiegs von Fettleibigkeit in der Bevölkerung bis 2021			
	Deutschland		Anstieg der Fettleibigkeitsrate bei Erwachsenen (18 Jahre und älter) dauerhaft stoppen			
	Estland				Reduktion bei 16- bis 64-Jährigen von 15,2% (2006) auf 12% (2020) Reduktion von Übergewichtigen Schüler/-innen von 7,8% (2006/07) auf 6% (2020)	
	Finnland	Stoppen des Anstiegs von Diabetes bis 2025	Stoppen des Anstiegs von Fettleibigkeit bis 2025			
	Frankreich		Stabilisierung des Übergewichts bei Erwachsenen bis 2023		Reduktion um 15% bei Erwachsenen und um 20% bei Kindern und Jugendlichen bis 2023	

	Diabetes und Übergewicht				
	Zunahme von Diabetes stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit stoppen	Prävalenzrate von Diabetes reduzieren	Prävalenzrate von Fettleibigkeit reduzieren	Prävalenzrate von erhöhtem Blutzuckerwert reduzieren
Grossbritannien				Erreichen eines nachhaltigen Abwärtstrends von Übergewicht bei Kindern und Erwachsenen bis 2020	
Japan				Reduktion bei 20- bis 60-jährigen Männern von 31,2% (2010) auf 28% und bei 40- bis 60-jährigen Frauen von 22,2% (2010) auf 19% bis 2022	Rückgang des Prozentsatzes von Personen mit erhöhten Blutzuckerwerten von 1,2% (2009) auf 1,0% (2022)
Kanada	Stoppen des Anstiegs von Diabetes bis 2020	Zunahme von Fettleibigkeit bis 2020 stoppen			
Lettland				Reduktion des Anteils von übergewichtigen und fettleibigen Bürgern/-innen zwischen 15 und 64 Jahren von 49,1% (2012) auf 46% bis 2020	
Litauen		Stabilisierung der Rate für 20- bis 64-Jährige bis 2025			
Niederlande				Reduktion des Anteils übergewichtiger Jugendlicher von 13,5% auf unter 9,1%, des Anteils adipöser Jugendlicher von 2,8% auf unter 2,3%, den Anteil übergewichtiger Erwachsener von 48,7% auf 38% und den Anteil adipöser Erwachsener von 14,5% auf 7,1% bis im Jahr 2040	
Norwegen	Zunahme von Diabetes bis 2020 stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit bis 2020 stoppen			

	Diabetes und Übergewicht				
	Zunahme von Diabetes stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit stoppen	Prävalenzrate von Diabetes reduzieren	Prävalenzrate von Fettleibigkeit reduzieren	Prävalenzrate von erhöhtem Blutzuckerwert reduzieren
Portugal				Zunahme bei Kindern und Schülern bis 2020 limitieren	
Südkorea	Die Prävalenz von Diabetes bis 2020 auf 11,0% halten (2013)			Senkung der Prävalenz von Adipositas von 37,6% (2013) auf 27% oder weniger (2020) bei Männern und von 27,5% (2013) auf 27% oder weniger (2020) bei Frauen	
Slowakei				Verringerung des Anteils der fettleibigen Bevölkerung von 16,9% auf 15,8% bis 2030	
Slowenien				Verringerung der Fettleibigkeit unter den über 15-Jährigen von 18,7% (2015) auf 15% und der Prävalenz von überfütterten und adipösen Kindern von 17,1% (2015) auf 10% bis 2025	
Tschechien		Zunahme von Fettleibigkeit bei Kindern und Erwachsenen bis 2020 stoppen	Verringerung der Zunahme von Diabetes mellitus bis 2020		
Türkei	Zunahme von Diabetes bis 2025 stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit bis 2025 stoppen			
Ungarn	Zunahme von Diabetes bis 2020 stoppen	Zunahme von Fettleibigkeit bis 2020 stoppen			
USA				Reduktion der Fettleibigkeit bei Erwachsenen ab 20 Jahren von 34,0% (2008) auf 30,6% (2020) und bei Kindern und Jugendlichen von 16,2% (2008) auf 14,6% (2020)	

DA 8: Zielkategorie: Medikamentöse Therapie zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen

		Medikamentöse Therapie zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen			
		Risikoassessment	Steigerung der Behandlung von Bluthochdruck	Steigerung der Behandlung von Diabetes	Medikamententherapie und Behandlung
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Chile		50% relativer Anstieg der wirksamen Behandlung von 16,8% (2010) auf 25,2% (2020)	20% relativer Anstieg der wirksamen Behandlung von Typ-2-Diabetes von 29,8% (2010) auf 35,8% (2020)	
	Costa Rica				50% der über 40-Jährigen, die ein kardiovaskuläres Risiko von über 30% haben, erhalten bis 2021 Beratung, medikamentöse und pharmazeutische Versorgung zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen
	Finnland				Bis 2025 erhalten 50% der Menschen, die Medikamente benötigen, diese zur Vorbeugung und Behandlung von koronarer Herzkrankheit und Schlaganfällen
	Grossbritannien	100% der Anspruchsberechtigten im Alter von 40–74 Jahren werden (einmal alle 5 Jahre) eingeladen, sich hinsichtlich ihres Risikos für Herzerkrankungen, Schlaganfall, Nierenerkrankungen und Diabetes beurteilen zu lassen, und erhalten Unterstützung und Beratung bezüglich Verringerung und Bewältigung des Risikos			
	Slowenien			Erhöhung des Zugangs zu Diabetes-Aufklärung in Einrichtungen der medizinischen Grundversorgung auf 75% bis 2025	

		Medikamentöse Therapie zur Vorbeugung von Herzinfarkten und Schlaganfällen			
		Risikoassessment	Steigerung der Behandlung von Bluthochdruck	Steigerung der Behandlung von Diabetes	Medikamententherapie und Behandlung
	Türkei				Mindestens 50% Verbesserung der kardiovaskulären medikamentösen Therapie und Beratung (einschliesslich Menschen, die Herzinfarkt und Schlaganfall hatten) bis 2025
	USA		Anstieg bei Erwachsenen mit Hypertonie, deren Blutdruck unter Kontrolle ist, von 43,7% (2005-2008) auf 61,2% (2020)	Rückgang der erwachsenen Personen mit diagnostiziertem Diabetes, deren Diabetes nicht unter Kontrolle ist, von 17,9% (2005-2008) auf 16,1% (2020)	

DA 9: Zielkategorie: Wesentliche Medikamente gegen NCD- Krankheiten und Basistechnologien zur Behandlung wichtiger nichtübertragbarer Krankheiten

		Wesentliche Medikamente gegen NCD- Krankheiten und Basistechnologien zur Behandlung wichtiger nichtübertragbarer Krankheiten		
		Erhöhung der ACEi-/ARB-Verschreibungsrate	Versorgung mit Herz-Rehabilitation	Medizinische Versorgung zur Behandlung wichtiger NCDs
OECD-Staaten mit NCD-Zielwerten	Costa Rica			80% Verfügbarkeit von Basistechnologien und erschwinglichen essentiellen Medikamenten (inkl. Generika), gemäss dem umfassenden Ansatz für NCDs in der medizinischen Grundversorgung, sowohl in öffentlichen als auch in privaten Gesundheitszentren bis 2021
	Finnland			80 % erhalten bis 2025 die Behandlung, die sie für NCD Krankheiten benötigen
	Grossbritannien	In allen Trusts auf 91%, für Beta-Blocker auf 85%	Erhöhung auf 65% unter AMI, CABG- und PCI-Patienten/-innen, Erhöhung von 4% auf 33% unter Herzinsuffizienz-Patienten	
	Kolumbien			Bis 2021 die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Qualität und Erschwinglichkeit sicherer und wirksamer unentbehrlicher Arzneimittel (inkl. Generika) zur Behandlung von NCDs um 20% erhöhen (Basisjahr 2014)

Legende: ACEi = Hemmer des Angiotensin Converting Enzymes; ARB = Angiotensin-II-Rezeptor-Blocker; AMI = akuter Myokardinfarkt; CABG = Koronararterien-Bypass; PCI = Perkutane koronare Intervention

A 2 Interviewpartner/-innen

DA 10: Interviewpartner/-innen

<i>Name, Vorname</i>	<i>Bereich</i>	<i>Themenschwerpunkt</i>	<i>Institution</i>
<i>Interviewpartner/-innen international</i>			
Backhaus, Tobias	Deutschland	NCD	Gesundheitsziele.de
Brännström, Linda	Schweden	Sucht	Public Health Agency Schweden
Maier, Larissa	UNODC	Sucht	UCSF – School of Pharmacy
Månsdotter, Anna	Schweden	Sucht	Public Health Agency Schweden
Masewsky, Ulrike	Deutschland	NCD	Gesundheitsziele.de
Rakovac, Ivo	WHO	NCD	WHO – NCD Surveillance
<i>Interviewpartner/-innen national</i>			
Abel, Bettina	Stiftung	NCD	Gesundheitsförderung Schweiz
Balthasar, Hugues	Kantonale Verwaltung	Sucht	Service de la santé publique du canton Vaud
Barrile, Angelo	Politik	–	Nationalrat SP
Brunold, Herbert	Nationale Verwaltung	–	BAG – Fachstelle Evaluation und Forschung
Daurù, Andreas	Politik	–	Kantonsrat Zürich SP
Gerber, Michael	Nationale Verwaltung	–	Ehemaliger Sonderbeauftragter Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung
Puhan, Milo	Wissenschaft	NCD	Universität Zürich – Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention
Salveter, Roy	Nationale Verwaltung	NCD	BAG – Abteilung Prävention NCD
Zobel, Frank	Stiftung	Sucht	Sucht Schweiz