



WHITE PAPER

GESUNDHEITSSTRATEGIEN

Herausgegeben von QualiCCare

1. Version (von der GV am 2.12.2016 verabschiedet)

Autoren: Dr. Astrid Czock, Dr. Tania Weng-Bornholt

Experten: Dr. Christoph Bosshard, Doris Fischer-Taeschler, Dr. Werner Karrer, Dr. Christian Köpe, Dr. Marc Müller

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Executive Summary | 2 |
| 2. Ausgangslage und Zielsetzung..... | 4 |
| 3. Übersicht bestehender Gesundheitsstrategien in der Schweiz | 5 |
| 3.1. Krankheitsübergreifende Strategien | 6 |
| 3.2. Krankheitsspezifische Strategien..... | 9 |
| 3.3. Versuch einer systematischen Übersicht | 10 |
| 4. Gemeinsamkeiten bestehender Gesundheitsstrategien | 11 |
| 4.1. Ebene Prinzipien | 12 |
| 4.2. Ebene Handlungsfelder und Massnahmen | 12 |
| 5. Kritische Würdigung der bestehenden Gesundheitsstrategien | 13 |
| 6. Grundsätzliche Forderungen an zukünftige Gesundheitsstrategien..... | 14 |
| 6.1. Bezüglich Population und Patienten | 14 |
| 6.2. Bezüglich Koordination und Schnittstellen | 16 |
| 6.3. Bezüglich Partnerschaften und Zusammenarbeit | 17 |
| 6.4. Bezüglich Prozessen und Organisation..... | 18 |
| 6.5. Bezüglich Payment und Finanzierung..... | 19 |
| 6.6. Bezüglich Performancemessung und Qualität | 20 |
| 7. Schlussfolgerungen..... | 21 |

1. Executive Summary

Dieses White Paper wurde von QualiCCare geschrieben, um bei der Entwicklung zukünftiger nationale Strategien als Rahmenkonzept zu dienen. Es stellt explizit keine eigene Strategie dar, sondern zielt darauf ab, eine konzeptionelle Grundlage für zukünftige strategische Überlegungen im Bereich der Versorgung chronischer Krankheiten zu liefern.

Ausgehend von einem Überblick der heutigen Situation, zeigt dieses White Paper die unterschiedlichen nationalen Gesundheitsstrategien auf und fasst die wichtigsten Punkte zusammen, um der Multimorbidität der heutigen Bevölkerung in der Schweiz Rechnung zu tragen. Die folgende Tabelle fasst die in diesem Papier erarbeiteten Empfehlungen im Sinne einer „Guideline“ für die Erarbeitung einer Gesundheitsstrategie im Bereich chronischer Krankheiten zusammen:

| Empfehlungen im Überblick |
|--|
| Ebene Population und Patienten |
| Massnahmen müssen sich daran ausrichten, die persönliche Krankheitslast der Betroffenen zu reduzieren oder ihre Lebensqualität zu steigern. |
| Massnahmen der Vorsorge und Versorgung müssen derart umgesetzt werden, dass Leistungen zeitlich und räumlich zugänglich sind und der Leistungsbezug unabhängig ist von Geschlecht, Ethnie, sozioökonomischem Status, etc. |
| Massnahmen müssen sich in den Alltag der im Zentrum stehenden Menschen integrieren lassen. Dies gilt insbesondere für Massnahmen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen, Massnahmen zum Empowerment und zur Stärkung von Self-Care bzw. Self-Management. |
| Massnahmen im Bereich der Versorgung müssen Personen mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) adäquat berücksichtigen. |
| Ebene Koordination und Schnittstellen |
| Die Entwicklung neuer nationaler Strategien muss koordiniert erfolgen, damit übergreifenden Themen wie der Multimorbidität besser Rechnung getragen wird und gleichzeitig krankheitsspezifische Handlungsfelder zielgerecht festgelegt werden. |
| Die Massnahmen der nationalen Strategien müssen kohärent entwickelt und koordiniert umgesetzt werden. |
| Schnittstellen zwischen den Aktivitäten der verschiedenen Berufsgruppen, aber auch zwischen Prävention und Kuration müssen klar definiert werden. |
| Ebene Partnerschaften und Zusammenarbeit |
| Strategien und Umsetzungspläne für konkrete Massnahmen müssen gemeinsam durch die verschiedenen Akteure erarbeitet werden. |
| Die Schnittstellen zwischen den Disziplinen, Professionen und Sektoren müssen geklärt sein. |
| Gegenseitiges Vertrauen bei der gemeinsamen Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen aufbauen. |
| Massnahmen müssen praktische Umsetzung von interdisziplinärer, interprofessioneller und idealerweise multisektorieller Zusammenarbeit und Koordination aufzeigen. |

Ebene Prozesse und Organisation

Massnahmen zur Klärung, Abbildung und gegebenenfalls Vereinfachung von Prozessen müssen entwickelt werden, um Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Evidenz für bisher nur im Ausland erprobte Modelle ist für die Schweiz zu schaffen, um deren Zweckmässigkeit für die Schweiz zu beurteilen.

Investition in Prozessinnovation und wirtschaftliche Durchführung von Massnahmen.

Ebene Payment und Finanzierung

Massnahmen müssen Aussagen zu den erwarteten Kosten machen, mögliche Finanzierungsmechanismen aufzeigen und priorisieren.

Die vorgeschlagenen Finanzierungsmechanismen dürfen keine spezifischen Organisationsmodelle bevorzugen, sondern sich an den (ggf. regionalen) Bedürfnissen der Menschen ausrichten.

Bei der Entwicklung von Strategien das Kosten/Nutzen Verhältnis für multisektorale Investitionen bewerten.

Ebene Performancemessung und Qualität

Strategien müssen nicht nur die Umsetzung von Massnahmen evaluieren, sondern auch die Erfolge einzelner Massnahmen (i.S. von Outcomes).

Es müssen Massnahmen zur Messung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen entwickelt werden. Bei Datenlücken ist auf eine qualitative Beurteilung der Erfolge abzustützen.

Transparenz der Qualität gegenüber Professionals, Patienten und der Öffentlichkeit.

2. Ausgangslage und Zielsetzung

Im schweizerischen Gesundheitswesen wurden im Verlauf der letzten zehn Jahre von verschiedenen Akteuren – einerseits der Bund, andererseits private Organisationen – Strategien formuliert, wie die unterschiedlichen Herausforderungen im Gesundheitswesen bewältigt werden können. Alle Strategien stellen den Patienten im Mittelpunkt. Je nach Autorenschaft, werden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt, wobei die meisten Strategien eine krankheitsspezifische, versorgungsorientierte Ausrichtung aufweisen. Lediglich drei Präventionsstrategien – die nationale Impfstrategie, die nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) und die Nationale Suchtstrategie haben einen krankheitsübergreifenden Fokus, mit Ausrichtung auf alle Stufen der Prävention sowie der Verbesserung der Lebensqualität. Im Bereich Betreuung und Versorgung in späteren Lebensphasen haben der Bericht zur Langzeitpflege und die Strategie Palliative Care ebenfalls einen krankheitsübergreifenden Fokus.



Abb. 1: Verortung der verschiedenen Strategien im Rahmen der NCD-Strategie des BAG¹

Im Rahmen der Arbeiten von QualiCCare zur Entwicklung von Empfehlungen und praktischen Instrumenten zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker in der Schweiz zeigte sich in den letzten Jahren, dass auch bei den Versorgungsstrategien im Bereich chronischer Krankheiten eine Abkehr vom „siloartigen“ Denken in Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen notwendig ist, um geeignete Massnahmen zu entwickeln, um zukünftige Herausforderungen in der Versorgung chronisch Kranker meistern zu können. Hintergrund hierfür ist insbesondere die steigende Zahl multimorbider Patien-

¹ BAG and GDK, zweiter Stakeholderanlass; „Präsentation Stakeholderanlass: Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten,“ 2015.

tinnen und Patienten mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen. Bei detaillierter Betrachtung der in jüngerer Zeit erarbeiteten, krankheitsspezifischen Versorgungsstrategien, aber auch der NCD-Strategie, zeigen sich zahlreiche Gemeinsamkeiten, die im Rahmen eines übergreifenden Konzepts zusammengeführt werden könnten.

Ziel dieses White Papers ist es, einen Überblick über bestehende Strategien zu schaffen und deren Gemeinsamkeiten, aber auch deren Schwachstellen zu identifizieren. Auf dieser Grundlage, sollen die wichtigsten Punkte herausgearbeitet werden, die bei der Erstellung künftiger Strategien zu beachten wären. Somit stellt dieses Papier explizit keine eigene Strategie dar, sondern ist als konzeptionelle Grundlage für zukünftige strategische Überlegungen im Bereich der Versorgung chronischer Krankheiten anzusehen.

Dieses Papier kann als Guideline für die Erarbeitung zukünftiger Gesundheitsstrategien genutzt werden. Es soll als „Working Paper“ angesehen werden, welches in regelmässigen Abständen überarbeitet wird.

3. Übersicht bestehender Gesundheitsstrategien in der Schweiz

Grundsätzlich lassen sich die in den letzten Jahren erarbeiteten Präventions- und Versorgungsstrategien im Gesundheitswesen in zwei Kategorien einteilen: einerseits in krankheitsspezifische Strategien mit einer, im allgemeinen, stärkeren Ausrichtung auf die Versorgung der von diesen Erkrankungen betroffenen Patientinnen und Patienten, andererseits in krankheitsübergreifende Strategien, die sich allerdings bisher im Wesentlichen auf die Bereiche «Prävention» und «Betreuung in späteren Lebensphasen» konzentriert haben.

| Krankheitsübergreifende Strategien |
|---|
| Nationale Strategie zur Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)² |
| Nationale Strategie zu Impfungen (NSI) |
| Nationale Strategie Palliative Care |
| Nationale Strategie Sucht |
| Bericht Langzeitpflege |

² Hierbei orientieren wir uns an der NCD-Strategie des BAG, der die NCD-Strategie der WHO zugrunde liegt, mit dem Unterschied, dass in der Schweiz die Kosten für muskuloskeletale Krankheiten höher eingeschätzt werden als im globalen Vergleich.

| |
|---|
| Krankheitsspezifische Strategien |
| Nationale Demenzstrategie |
| Nationale Strategie gegen Krebs |
| Nationale Herz-, Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes Strategie |
| Bericht Psychische Gesundheit |
| Nationale Strategie gegen muskuloskelettale Krankheiten (in Erarbeitung) |
| Ev. Nationale Lungenstrategie (ist zu diskutieren) |

Tabelle 1: Übersicht über aktuelle nationale Gesundheitsstrategien in der Schweiz

3.1. Krankheitsübergreifende Strategien

Im Bereich «allgemeine Krankheitsvorbeugung» (Nationale Strategie für Impfungen - NSI, Nationale Strategie für die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten - NCD-Strategie, Nationale Suchtstrategie) sowie im Bereich «Versorgung von Personen in späteren Lebensphasen» (Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege und Nationale Strategie Palliative Care) wurden in der jüngeren Vergangenheit auf nationaler Ebene krankheitsübergreifende strategische Papiere – in Form von Berichten und Strategien – erarbeitet. Sie stützen sich alle auf die Handlungsfelder der Agenda Gesundheit2020 des Bundesrats ab.³

Die NCD-Strategie wurde im April 2016 publiziert und stellt eine Rahmenstrategie dar. Sie zeigt auf, wie sich nichtübertragbare Krankheiten verhindern, verzögern oder deren Folgen vermindern lassen. Viele dieser Krankheiten können durch Anpassung des individuellen Lebensstils beeinflusst werden, wobei die wichtigsten Einflussfaktoren Tabak- und Alkoholkonsum sowie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sind. Angebote und Zugänge für Menschen in vulnerablen Situationen sollen optimiert sowie die Prävention in der Gesundheitsversorgung und die multisektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden. Die Strategie will die Eigenverantwortung stärken, indem Menschen in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert werden und so ihre Entscheide in Kenntnis der Risiken und der möglichen Folgen treffen können. Gleichzeitig fördert die Strategie die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen.⁴

³ Mehr Informationen sind verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

⁴ Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, S. 4; Download: <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de>

Die Arbeit an der Nationalen Strategie zu Impfungen (NSI) begann Ende 2012, seit März 2016 liegt ein Entwurf vor.⁵ Die NSI soll als Rahmenstrategie die Voraussetzungen für einen koordinierten, effektiven und effizienten Einsatz der Impfungen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit schaffen. Die gesamte Impfstrategie ist auf das Erreichen drei Grundziele ausgerichtet: Einerseits sollen die Akteure angeregt werden, das Thema Impfung ernst zu nehmen, die Bevölkerung soll durch eine optimierte Information ihre Entscheidungen in Kenntnis der Sachlage treffen können und der Zugang zu den Impfungen soll erleichtert werden. Zur Erreichung der Ziele lassen sich die Massnahmen in fünf Gruppen unterteilen. Die erste, „Stärkung des Verantwortungsbewusstseins und Unterstützung der Akteure“ umfasst beispielsweise Verbesserungen beim schweizerischen Impfplan, bei dessen Erarbeitung ebenso wie bei der Präsentation. Die zweite Gruppe, „Kommunikation und Angebote für die Bevölkerung“ beinhaltet unter anderem den erleichterten Zugang zu Impfangeboten. Bei der dritten Gruppe, „Ausbildung und Koordination“, stehen die Gesundheitsfachpersonen und der Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen im Zentrum. Themen der vierten Gruppe, „Überwachung, Forschung und Evaluation“, sind etwa die Durchimpfung sowie Wirkungsanalysen. In der letzten Gruppe geht es um „Spezifische Strategien“ für Krankheiten, welche sich durch eine Impfung vermeiden lassen. Die NSI befand sich bis Juli 2016 in der Vernehmlassung und soll bis Ende 2016 vom Bundesrat verabschiedet werden.

Die Nationale Strategie Sucht 2017-2024, wurde Ende 2015 publiziert als Weiterführung der bisherigen Strategie und basiert auf dem Gleichgewicht zwischen Eigenverantwortung und Unterstützung für jene, die diese nötig haben. Als Teil der gesundheitspolitischen Prioritäten Gesundheit2020 entwickelt sie die erfolgreiche Viersäulenstrategie weiter: Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression werden ergänzt mit den Handlungsfeldern Koordination und Kooperation, Wissen, Sensibilisierung und Information, sowie internationalen Erfahrungsaustausch.⁶ Heute sehen wir uns damit konfrontiert, dass viele Substanzen und Verhaltensweisen gleichzeitig auftreten und immer wieder neue Formen der Abhängigkeit hinzukommen. Neben Süchten wie Alkohol, Heroin oder Tabak muss die Gesellschaft heute auch Antworten finden auf Medikamentenmissbrauch, Spielsucht oder Internetabhängigkeit. Die Nationale Strategie Sucht stellt das Wohl und die Gesundheit des Menschen ins Zentrum. Grundsätzlich geht die Strategie davon aus, dass die Menschen verantwortlich sind für ihre Lebensweisen und ihr Verhalten. Sie will die Eigenverantwortung stärken, indem Menschen in ihrer Gesundheitskompetenz gefördert werden. Dies ermöglicht den Menschen, ihre Entscheide in Kenntnis der Risiken und der möglichen Folgen treffen zu können. Gleichzeitig fördert

⁵ Nationale Strategie zu Impfungen; Download:
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/15472/index.html?lang=de>

⁶ <http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=de>

die Strategie die Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen. Um dies zu erreichen, wird die Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen immer wichtiger, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Menschen haben können. Auch wenn die Rahmenbedingungen eine gesunde Lebensweise erleichtern, gelingt es manchen Menschen mit der Zeit nicht mehr, ihren Substanzkonsum oder ihr Verhalten zu kontrollieren. Diesbezüglich sichert die Strategie im Rahmen des Möglichen die Hilfe im Krankheitsfall über die gesellschaftlichen Solidarsysteme ab.⁷

Die Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 wurde durch die Strategie 2013-2015 ergänzt.⁸ Hauptziel dieser Rahmenstrategie ist es, zusammen mit den wichtigsten Akteuren, Palliativ Care im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen zu verankern. Dabei geht es um die Sicherstellung der an die Bedürfnisse der Schwerkranken und sterbenden Menschen angepasste Versorgung und der Verbesserung ihrer Lebensqualität. Es hat sich gezeigt, dass zwischen den sechs Teilprojekten der ersten Strategiephase grosse Synergien und Abhängigkeiten bestanden, weshalb es in der zweiten Strategiephase nur noch vier Teilprojekte hatte. Um die im 2015 noch bestehenden Lücken zu bearbeiten, hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik beschlossen, die Nationale Strategie Palliative Care ab 2017 in eine Plattform zu überführen.

Der Bericht Langzeitpflege hat seinen Fokus vor allem auf die nachhaltige Sicherstellung einer adäquaten Versorgung und Finanzierung der Langzeitpflege gerichtet und dient als Grundlage für die nun zu entwickelnde Strategie in diesem Bereich.⁹ Trotzdem wurde auch Handlungsbedarf im Bereich der Prävention von Pflegebedürftigkeit und Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten ausgemacht, so dass die zukünftige Strategie idealerweise eine enge Verzahnung zu anderen Gesundheitsstrategien aufweisen sollte. Der Bericht liefert bereits einen sehr detaillierten Überblick über die zu priorisierenden strategischen Massnahmen und wird daher ebenfalls in die Übersicht der bestehenden Gesundheitsstrategien aufgenommen.

⁷Seite 7, Nationale Strategie Sucht 2017-2024

http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCM3t8fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

⁸ Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012 bzw. 2013-2015; Downloads:

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/index.html?lang=de>

⁹ Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege, S. 5; Download:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de>

3.2. Krankheitsspezifische Strategien

Angesichts der Zunahme chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten hat sich der Bundesrat in seiner Strategie «Gesundheit2020» ganz allgemein für die Stärkung und die verbesserte Koordination der verschiedenen Aktivitäten ausgesprochen.

Auf Grundlage der Agenda von Gesundheit2020 und als Antwort auf zwei Motionen (09.3509 Steiert Jean-François und 09.3510 Wehrli Reto) wurde daher durch den Dialog Nationale Gesundheitspolitik – die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen – im November 2013 die Nationale Demenzstrategie 2014-2017 veröffentlicht.¹⁰ Ziel war die Identifikation prioritärer Handlungsfelder entlang der fünf Phasen von Demenzerkrankungen.

Für das Thema «Psychische Gesundheit» wurde Ende 2013 eine Projektgruppe eingesetzt, in der das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vertreten waren. Diese Projektgruppe erarbeitete im Jahr 2014 den Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz», der die Situation auf nationaler, regionaler und kantonaler Ebene beschreibt und Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit aufzeigt. Dieser krankheitsspezifische Bericht hebt sich jedoch von den übrigen krankheitsspezifischen Strategiepapieren ab, indem er explizit keine Handlungsfelder und somit Massnahmen im Bereich der *Versorgung* verortet, sondern die Bereiche *Prävention und Früherkennung* von psychischen Erkrankungen in der Schweiz beleuchtet.

Ebenfalls als Antwort auf eine Motion erhielt Oncosuisse im gleichen Zeitraum wie die oben genannten Strategien vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik den Auftrag, eine «nationale Strategie für eine verbesserte Krebsvermeidung und –bekämpfung» zu erarbeiten.¹¹ Diese wurde im Jahr 2013 durch den Dialog gutgeheissen und vom Bundesrat zur Kenntnis genommen. Basierend auf den Handlungsfeldern, Zielen und Massnahmen des Nationalen Krebsprogramms 2011-2015 wurden durch die Strategie in den Bereichen Vorsorge, Betreuung und Forschung die für den Zeitraum 2014-2017 zu priorisierenden Projekte festgelegt, wobei im Bereich der Prävention auf bestehende Bundesprogramme abgestützt wurde.

¹⁰ Nationale Demenzstrategie 2014-2017, S.6; Download: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de

¹¹ Nationale Strategie gegen Krebs 2014-2017, S. 4; Download: <http://www.oncosuisse.ch/seiten/95/?oid=1837&lang=de>

Jeweils unter der Leitung der entsprechenden Interessensgemeinschaften, bzw. Fachgesellschaften gehen die Nationale Herz, Gefässkrankheiten, Hirnschlag- und Diabetesstrategie 2017-2024 und die Nationale Strategie gegen muskuloskelettale Krankheiten 2017-2022 zurück.

Die von CardioVasc Suisse erarbeitete Herz-, Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes Strategie verfolgt das Hauptziel, in Ergänzung zur NCD-Strategie, eine gemeinsame Fokussierung und Priorisierung der wichtigsten Stossrichtungen zu schaffen, einen strategischen Handlungsrahmen zu erarbeiten und so die Synergien der Akteure, insbesondere im Bereich der Behandlung und Therapie bereits erkrankter Menschen zu stärken. Die Strategie setzt folgende Prioritäten: die Prävention und Früherkennung stärken, qualitativ hochstehende, integrierte und patientenzentrierte Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten fördern, die Akutversorgung von Herzinfarkt und Hirnschlag optimieren, die Koordination und Kooperation auf allen Ebenen verstärken, die Datengrundlage für die Schweiz verbessern, sowie Finanzierungslücken zu schliessen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zu verbessern¹². Die Strategie wird im November 2016 publiziert.

Die Nationale Strategie gegen muskuloskelettale Krankheiten der Rheumaliga bezweckt in Ergänzung zur NCD- Strategie die vielfältigen Aktivitäten der Prävention und Versorgung im Bereich der muskuloskelettalen Krankheiten zu systematisieren und zu koordinieren.¹³ Die Strategie ist momentan noch in Erarbeitung.

3.3. Versuch einer systematischen Übersicht

Die Durchsicht der bestehenden Strategien hat gezeigt, dass die krankheitsspezifischen Strategien (mit Ausnahme des Berichts Psychische Gesundheit) die Massnahmenplanung in erster Linie auf die Bereiche Vorsorge bei Menschen *mit entsprechenden Krankheitsrisiken*, auf die *Früherkennung* der jeweiligen Erkrankung und auf die *Therapie bzw. Betreuung der Erkrankten* legen. Die krankheitsübergreifenden Gesundheitsstrategien hingegen, haben ihren primären Fokus auf Gesunde oder Menschen mit *generell erhöhten Risiken für chronische Krankheiten* oder aber Personen in sehr hohem *Alter oder am Lebensende*.

Wenn auch eine trennscharfe Definition der von den Strategien betroffenen Personengruppen nicht immer möglich ist und einzelne Massnahmen bisweilen vor- oder nachgelagerte Phasen im Gesund-

¹² Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, präsentiert am 8. November 2016

¹³ Seite 11/12 NCD Strategie 2017-2024

http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6iONTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMfYR3f2ym162epYbg2c_JJKbNoKSn6A--

heits-/Krankheitskontinuum betreffen, soll die nachstehende Abbildung eine grobe schematische Übersicht über die bestehenden Strategiepapiere und die Hauptzielgruppen ihrer Massnahmen liefern.

| Strategie/Bericht | Gesund | Erhöhtes Risiko | Erkrankt (akut und/oder chronisch) | Unheilbar, lebensbedrohlich krank und/oder pflegebedürftig |
|---|--------------|-----------------|------------------------------------|--|
| NCD-Strategie | [Dunkelgrün] | | | [Hellgrün] |
| Nationale Strategie zu Impfungen (NSI) | [Dunkelgrün] | | | [Hellgrün] |
| Nationale Strategie Palliative Care | [Hellgrün] | [Hellgrün] | [Hellgrün] | [Dunkelgrün] |
| Nationale Strategie Sucht | [Dunkelgrün] | | | |
| Bericht Langzeitpflege | [Hellgrün] | [Hellgrün] | [Hellgrün] | [Dunkelgrün] |
| Nationale Demenzstrategie | [Hellgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] |
| Nationale Herz-, Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes-Strategie | [Hellgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] |
| Nationale Strategie gegen Krebs | [Hellgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] |
| Bericht Psychische Gesundheit | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] | [Dunkelgrün] |
| Nationale Strategie zu muskuloskelettale Krankheiten (in Erarbeitung) | [Hellgrün] | [Rosa] | [Rosa] | [Hellgrün] |

Abbildung 2: Übersicht über die von aktuellen Gesundheitsstrategien betroffenen Personengruppen

Es ist anzumerken, dass die nationale Strategie gegen Krebs und die nationale Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes Strategie grossen Präventionsbedarf bei gesunden Personen und Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko identifizierten, im Rahmen ihrer Strategie jedoch nur sehr wenige krankheitsspezifische Massnahmen in diesem Bereich definieren – sie verweisen auf die bestehenden nationalen Präventionsprogramme bzw. die zukünftige NCD-Strategie.

4. Gemeinsamkeiten bestehender Gesundheitsstrategien

Wenn auch sich die bestehenden Gesundheitsstrategien in Bezug auf ihre Krankheitsspezifität und die von ihnen betroffenen Personengruppen (Gesunde, Personen mit Risiken, etc.) unterscheiden, bestehen auch zahlreiche Gemeinsamkeiten insbesondere bei den zugrundeliegenden Prinzipien und den definierten Massnahmen.

4.1. Ebene Prinzipien

Alle Strategien formulieren explizit den Leitgedanken, dass der **Mensch im Zentrum** der Überlegungen und definierten Massnahmen steht. In der Regel geht es um Gesunde oder von spezifischen Erkrankungen gefährdete oder bereits erkrankte Personen. Die Demenzstrategie fasst den Begriff weiter und versteht hierunter nicht nur die an Demenz erkrankten Personen, sondern auch ihre Angehörigen.

Zudem fordern sämtliche Gesundheitsstrategien für alle Menschen **Chancengleichheit** beim Zugang zu Vorsorge- und/oder Versorgungsangeboten. Je nach Strategie, werden in diesem Zusammenhang unterschiedliche Hürden identifiziert. So gibt es regionale Ungleichheiten – nach wie vor bestehen kantonale Unterschiede bei Palliative Care Angeboten, nicht alle Regionen verfügen über Kompetenzzentren für die Demenz-Diagnostik, aber in der Regel werden Ungleichheiten aufgrund sozialer Determinanten genannt, welche die zu realisierenden Massnahmen berücksichtigen sollen, um einen chancengerechten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

Eine weitere, generelle Forderung aller Strategien im Sinne eines Leitprinzips ist die verstärkte «Integration», «Vernetzung» bzw. «**Koordination**» der beteiligten Akteure und der zu realisierenden zielgruppenbezogenen Massnahmen. Dieser Leitgedanke fliesst als Einziger in allen Strategien auch konkret in die Massnahmenplanung ein.

4.2. Ebene Handlungsfelder und Massnahmen

Analog des oben genannten Leitprinzips Koordination der Akteure, welches sich in allen Strategiepapieren wiederfindet, sind auch in allen Strategien entsprechende Handlungsfelder oder Einzelmassnahmen definiert. Die Ausgestaltung der Massnahmen zur Koordination der Akteure unterscheidet sich zwar von Strategie zu Strategie, doch wird strategieübergreifend zumindest **Interdisziplinarität** (Strategie gegen Krebs), meistens **Interprofessionalität** gefordert. Entsprechende konkrete Massnahmen finden sich dann auch in einem Grossteil der Strategiepapiere in Form von interdisziplinär bzw. interprofessionell erarbeiteten Richtlinien oder Betreuungspfaden, in Form von gemeinschaftlichen Weiter- und Fortbildungsangeboten, regional zu etablierenden Netzwerken, etc.

Weitere Gemeinsamkeit sämtlicher Strategien ist die Entwicklung von Massnahmen im Bereich der **Qualitätssicherung**, die sehr eng mit Massnahmen im Bereich des **Kompetenzerwerbs** von Fachpersonen verbunden sind. So haben zahlreiche Strategien Defizite von fachspezifischen Kompetenzen

identifiziert, die sie zu erweitern bzw. zu stärken suchen, um die Sicherheit und Qualität der Leistungen sicherzustellen.

Ebenfalls sind in allen Strategiepapieren Massnahmen zur **Datenerhebung**, zum **Monitoring** und zur weiterführenden **Forschung** definiert. Sämtliche Strategien bemängeln, dass in der Schweiz verlässliche und vollständige Daten zu Epidemiologie (von Risikofaktoren wie auch Erkrankungen), aber auch zu Struktur und Inanspruchnahme von spezifischen Leistungen fehlen. Es werden allerdings sehr unterschiedliche Massnahmen in diesem Bereich vorgeschlagen, die von der zentralen Konsolidierung und Auswertung bestehender Umfragen und Datenerhebungen bis hin zur Entwicklung neuer Register reichen. Nicht zuletzt aufgrund der noch zu etablierenden Datengrundlage beschränken sich die definierten Massnahmen im Bereich Monitoring häufig auf das Monitoring der Strategieumsetzung und seltener auf die Evaluation der Erfolge einzelner Massnahmen im Sinne von Prozess- und/oder Outcome-Messungen. Die Massnahmen im Bereich Forschung zielen daher ebenfalls vielfach auf die Schaffung von Grundlagen, die finanzielle Forschungsförderung und die verstärkte Vernetzung von Forschenden ab.

Letztlich sind in allen Strategien auch Massnahmen (und teilweise auch Forderungen) in Bezug auf die **Finanzierung** der Umsetzung der strategischen Massnahmen sowie der eigentlichen Erbringung von Vorsorge- und/oder Versorgungsleistungen formuliert. Im Wesentlichen beschränken sich die definierten Projekte allerdings auf die Bedarfserhebung von Finanzmitteln und die Prüfung von allfälligen Finanzierungsmechanismen. Nicht zuletzt ist dies der Tatsache geschuldet, dass auch staatliche Gremien wie der Dialog Nationale Gesundheitspolitik keine verbindlichen Massnahmen im Finanzierungsbereich ergreifen können, sofern die gesetzliche Grundlage fehlt.

5. Kritische Würdigung der bestehenden Gesundheitsstrategien

Bei näherer Betrachtung der verschiedenen Strategiepapiere zeigen sich Übereinstimmungen bei den wesentlichen Leitgedanken und identifizierten Handlungsfeldern. Es mag daher verwundern, dass eine derartige Vielfalt an Gesundheitsstrategien besteht und eine **Konsolidierung der Strategiepapiere bisher noch nicht erfolgt** ist. Dies ist vermutlich auf die unterschiedlichen Auftrag- und Herausgeber zurückzuführen, welche die Fragmentierung auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung und Prävention in der Schweiz widerspiegelt.

Wenn auch die Koordination der Akteure rund um den zu betreuenden oder beratenden Menschen in allen Strategien einen wesentlichen Leitgedanken darstellt, beanspruchen sämtliche Strategiepapiere bzw. ihre Autorenschaft die **Koordinationshoheit in ihrem eigenen Bereich**. Dies führt den Leit-

gedanken ad absurdum, denn ein Beharren auf der eigenen Autonomie und die mangelnde Bereitschaft, sich in bestimmten Situationen auch koordinieren zu lassen, verhindert jegliche Veränderung in Richtung mehr Effizienz. Dies zeigt sich gut am Beispiel der Früherkennung und der Betreuung von Erkrankten (inkl. Sekundär-/Tertiärprävention), wo sämtliche Strategien, die auf nichtübertragbare Krankheiten ausgerichtet sind, so auch die NCD-Strategie, eigene Massnahmen definieren, die sich teilweise direkt konkurrenzieren (können). Es ist anzunehmen, dass die geringe Abstimmung der konkreten Massnahmen auch einen **negativen Einfluss auf die Qualität** der Vorsorge und/oder Versorgung haben können - entweder, weil ressourcenverschwendende Parallelprojekte geschaffen oder Herausforderungen gar nicht angegangen werden, da es den Akteuren schwerfällt, gemeinsam einheitliche Qualitätsstandards zu formulieren.¹⁴

Auch die Massnahmen im Bereich **Datenerhebung und Monitoring gehen** in den verschiedenen Strategien teilweise **weit auseinander**. So planen einige der krankheitsspezifischen Strategien Massnahmen zur Implementierung von krankheitsspezifischen Registern, während die krankheitsübergreifenden Strategien die Sammlung allgemeiner epidemiologischer Daten auf nationaler und/oder kantonaler Ebene vorantreiben wollen. Letztlich sind auch diese Differenzen in den Eigeninteressen der Trägerorganisationen begründet, von denen auch die staatlichen Organisationen sich nicht freisprechen können. Damit ein Monitoring und die Datenerhebung methodisch und inhaltlich korrekt durchgeführt werden, ist es zwingend, dass die Fragestellungen vorgängig festgelegt werden und Ziel und Zweck der Datenerhebung klar, zweckmässig und transparent dargelegt ist. Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, dann fallen die Eigeninteressen weniger ins Gewicht. Ziel einer Datenerhebung sollte den Zweck im Sinne des Patienten haben, ihm die für ihn beste Behandlung zu ermöglichen, welche zu einer höheren Lebensqualität führt.

6. Grundsätzliche Forderungen an zukünftige Gesundheitsstrategien

6.1. Bezüglich Population und Patienten

Wenn auch alle Strategien die Menschen ins Zentrum stellen, so fehlen bei einer Reihe von Strategiepapieren die entsprechenden Konsequenzen: Zu wenige orientieren sich bei der Definition von Massnahmen an Lebensphasen- oder Lebenswelten-/Setting-ansätzen und vernachlässigen damit, dass Gesundheit bzw. Krankheit Teil des Lebens sind und sich die **Massnahmen der Vorsorge und Versorgung in den Alltag der im Zentrum stehenden Menschen integrieren** lassen müssen. Denn nur

¹⁴ BAG und GDK, NCD-Strategie 2017-2024, 2016.

Strategien, die sich an den Bedürfnissen und Lebensumständen der Menschen (und ihrem Umfeld) ausrichten, werden in der Umsetzung erfolgreich sein. In diesem Zusammenhang sind Massnahmen auch derart zu entwickeln, dass sie die Chancengleichheit tatsächlich ermöglichen und diesen Leitgedanken nicht nur zu einem Lippenbekenntnis verkommen lassen. Die bisher veröffentlichten Strategien setzen bei den **Massnahmen explizit auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen, die Partizipation und das Empowerment der Betroffenen sowie Self-Care bzw. Self-Management durch die Patientinnen und Patienten**, doch fehlt vielfach die Integration dieser Konzepte in den Versorgungsalltag. Die Nutzung von digitalen Medien zur Verhaltensänderung bietet Opportunities, birgt aber auch Gefahren. Sie bieten Kommunikationsmöglichkeiten zum Patienten, ermöglichen dem Patienten aber auch die Selbstkontrolle des eigenen Verhaltens. Da diese neuen Technologien eine CE-Zertifizierung brauchen, während Medikamente eine behördliche Zulassung benötigen, muss die Prüfung dieser digitalen Medien festgelegt sein, gleichzeitig aber die Finanzierung der Qualitätskontrolle sichergestellt werden.

Allgemein fokussieren sich die einzelnen Strategien zu stark auf die eigenen Themenbereiche und nehmen übergeordnete Themen wie Multimorbidität oder integrierte Versorgungsmodelle zu wenig auf. Dies gilt insbesondere für die Krebs- und für die Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes-Strategie. Beide verzichten bis anhin auf die Thematisierung von Multimorbidität und die Empfehlung **adäquater Massnahmen zur Betreuung von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten**. Der Bericht Psychische Gesundheit thematisiert zwar den engen Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und Depressionen, verzichtet aber in der Folge auf weitere Ausführungen. So bleibt abzuwarten, ob für die im Bericht genannte Risikosituation «Erkrankung» entsprechende Umsetzungsmassnahmen entwickelt werden. Auch die Demenzstrategie formuliert in ihrem Handlungsfeld 3 die Forderung nach einer «ganzheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung von biomedizinischen, funktionalen, umfeldbezogenen und ethischen Aspekten», um die Lebensqualität der Betroffenen bis ans Lebensende aufrechtzuerhalten. Konkrete Massnahmen, um beispielsweise das Risiko von Komplikationen bei Patientinnen und Patienten mit chronischer Erkrankung und Demenz aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten oder Behandlungsverweigerung zu senken, wurden allerdings keine formuliert. Wenn auch die Entwicklung einer allgemeingültigen **Versorgungsstrategie Multimorbidität** der Quadratur des Kreises entspricht, so hat beispielsweise die NCD-Strategie aufgezeigt, welche generellen Risikofaktoren auch im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention, sprich der Versorgung, angegangen werden müssen, um **die «persönliche Krankheitslast» der Betroffenen zu reduzieren**. Weitere Ansätze mit diesem Ziel – wie z.B. das Care-Management – finden sich in der Demenzstrategie und sollten inskünftig in Gesundheitsstrategien vermehrt aufgegriffen werden.

Empfehlungen Ebene Population und Patienten

Massnahmen müssen sich daran ausrichten, die persönliche Krankheitslast der Betroffenen zu reduzieren oder ihre Lebensqualität zu steigern.

Massnahmen der Vorsorge und Versorgung müssen derart umgesetzt werden, dass Leistungen zeitlich und räumlich zugänglich sind und der Leistungsbezug unabhängig ist von Geschlecht, Ethnie, sozioökonomischem Status, etc.

Massnahmen müssen sich in den Alltag der im Zentrum stehenden Menschen integrieren lassen. Dies gilt insbesondere für Massnahmen zur Entwicklung von Gesundheitskompetenzen, Massnahmen zum Empowerment und zur Stärkung von Self-Care bzw. Self-Management.

Massnahmen im Bereich der Versorgung müssen Personen mit mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) adäquat berücksichtigen.

6.2. Bezüglich Koordination und Schnittstellen

Die Koordination der Versorgung ist zentral für die Qualität der Leistungen und die Patientensicherheit. Einerseits geht es hier um die Koordination und Schnittstellen zwischen den verschiedenen Stakeholder und ihren Aktivitäten, andererseits geht es aber auch um die Koordination der nationalen Strategien und deren Umsetzungen. Da es sowohl den krankheitsbezogenen als auch den krankheitsübergreifenden Ansatz braucht, sollten beide im Idealfall im Sinne einer Matrix aufeinander abgestimmt zur Anwendung kommen. Dies impliziert gleichzeitig auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und greift die kritische Frage der Fachhoheit auf. Sind die Schnittstellen klar definiert, die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen geregelt, und sind die Massnahmen koordiniert angepasst, spielt die Fachhoheit eine untergeordnete Rolle und der Patienten profitiert optimal von den Leistungen. Ebenfalls sollten berufsgruppenübergreifende Aktivitäten an der Schnittstelle zwischen Prävention und Kuration untereinander koordiniert durchgeführt werden, um den Transfernutzen und die Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Die Entwicklung neuer nationaler Strategien muss koordiniert erfolgen, damit übergreifende Themen wie der Multimorbidität besser Rechnung getragen und gleichzeitig krankheitsspezifische Handlungsfelder zielgerecht festgelegt werden¹⁵:

Dies verlangt Partnerschaften und interprofessionelle Zusammenarbeit, auf welches im Folgenden näher eingegangen wird.

Empfehlungen Ebene Koordination und Schnittstellen

Die Entwicklung neuer nationaler Strategien muss koordiniert erfolgen, damit übergreifende Themen wie der Multimorbidität besser Rechnung getragen wird und gleichzeitig krankheitsspezifische

¹⁵ NCD Strategie, Seite 40, download unter http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6I0NTU042I2Z6In1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMfYR3f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

sche Handlungsfelder zielgerecht festgelegt werden.

Die Massnahmen der nationalen Strategien müssen kohärent entwickelt und koordiniert umgesetzt werden.

Schnittstellen zwischen den Aktivitäten der verschiedenen Berufsgruppen, aber auch zwischen Prävention und Kuration müssen klar definiert werden.

6.3. Bezüglich Partnerschaften und Zusammenarbeit

Bereits im Rahmen der kritischen Würdigung der bestehenden Strategien wurde darauf hingewiesen, dass die Koordination der Akteure in allen Strategien eine wesentliche Rolle spielt, aber in den bestehenden Gesundheitsstrategien aufgrund des Hoheitsanspruchs verschiedenster Akteure in der Praxis nur schwer umsetzbar ist.

Interprofessionalität ist auch heute noch ein Entwicklungs- und entwicklungsfähiges Gebiet, denn es will jeder interprofessionell arbeiten, aber jeder möchte gleichzeitig den Lead haben. Nicht zuletzt ist auch die bisher fehlende Konsolidierung oder Zusammenführung der verschiedenen Gesundheitsstrategien Ausdruck der grossen Autonomie und somit bisweilen fehlenden Koordination der Akteure. Doch Koordination geht eng einher mit praktischer Zusammenarbeit. Und wo diese aktiv gefördert wird, sei es interdisziplinär, interprofessionell oder multisektoriell, in der Strategieentwicklung oder bei der praktischen Umsetzung an der Basis, lässt die Koordination zwecks Effizienz- und Qualitätssteigerung der im Verbund geleisteten Arbeit häufig nicht lange auf sich warten. Zugleich ist Vertrauen ein wichtiges Element, um gegebenenfalls auch (Koordinations-)hoheiten abzugeben, wobei **gegenseitiges Vertrauen** im Rahmen von praktischer Zusammenarbeit erst erworben werden muss.

Aufgrund seiner bisherigen Funktionsweise ist das Schweizer Gesundheitswesen nicht darauf ausgelegt, die Zusammenarbeit und somit die «Integration» der Akteure zu erhöhen. Je mehr sich die Ausbildungsniveaus der unterschiedlichen Akteure annähern, desto mehr kommt es zu Diskussionen betreffend der Koordinationsrolle. Abhilfe schaffen möglicherweise das Medizinalberufegesetz (MedBG) sowie das neue Gesundheitsberufegesetz (GesBG) mit der Festlegung der Kompetenzabgrenzungen für die einzelnen Berufe.

Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass eine stärkere Koordination der Akteure auf freiwilliger Basis auch ohne staatliche Eingriffe möglich ist.¹⁶ Basis hierfür ist neben einem starken individuellen Engagement der einzelnen Fachpersonen, ein auf Zusammenarbeit setzendes «Leadership» und die Abschaffung oder zumindest Herabsetzung systemischer Hürden. Letzteres muss dabei nicht primär ei-

¹⁶ Goodwin et al., Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together, The Kings Fund, 2011.

ne staatliche Aufgabe sein, sondern Aufgabe der im Gesundheitswesen verankerten Institutionen und deren Führungskräfte/Leaders.¹⁷ Zukünftige Gesundheitsstrategien sollten daher nicht nur die Integration / Koordination der Versorgung fordern, sondern **im Rahmen konkreter Massnahmen aufzeigen, wie Zusammenarbeit und Koordination praktisch umgesetzt werden kann**. Konsequenterweise müssen derartige Massnahmen in interdisziplinären und interprofessionellen, idealerweise sogar multisektoriellen Arbeitsgruppen entwickelt werden.

Empfehlungen Ebene Partnerschaften und Zusammenarbeit

Strategien und Umsetzungspläne für konkrete Massnahmen müssen gemeinsam durch die verschiedenen Akteure erarbeitet werden.

Die Schnittstellen zwischen den Disziplinen, Professionen und Sektoren müssen geklärt sein.

Gegenseitiges Vertrauen bei der gemeinsamen Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen aufbauen.

Massnahmen müssen die praktische Umsetzung von interdisziplinärer, interprofessioneller und idealerweise multisektorieller Zusammenarbeit und Koordination aufzeigen.

6.4. Bezüglich Prozessen und Organisation

Eng mit dem oben genannten Punkt der Partnerschaften und Zusammenarbeit geht auch die Organisation von Vorsorge- und Versorgungsprozessen einher. Wengleich **Prozesse einen wesentlichen Teil der Qualität einer Dienstleistung** ausmachen, haben bisher **nur wenige Strategien in diesem Bereich konkrete Massnahmen** definiert. Nicht zuletzt mag dies daran liegen, dass genau die Schnittstellenklärung eine der wesentlichen Herausforderung der Zusammenarbeit darstellt und mit allfälligen Autonomieverlusten einhergehen kann. Die Krebsstrategie hat erste Massnahmen auf der Prozessebene formuliert, indem sie in ihren Handlungsfeldern 3 und 4 die Entwicklung von Patientenzugängen und die Förderung einer integrierten, interdisziplinären Versorgungsorganisation vorantreibt.

Gut organisierte Prozesse steigern sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit. Somit sollten sie eine Notwendigkeit für jedes Gesundheitssystem sein. Nur durch stetige Prozessinnovation können Qualität und gleichwertiger Zugang für alle auf langfristig gesichert werden. Aktuell wird die Prozessinnovation im Gesundheitswesen wirtschaftlich entwickelter Länder im Vergleich zu anderen Branchen jedoch stiefmütterlich behandelt. Diese heutige Praxis in der Schweiz bringt den kurzfristig Akteuren Zusatzerträge, gefährdet aber langfristig das System, weil es nicht finanzierbar ist. Wir empfehlen daher, **Angaben zu Prozessen und der Verbesserung von Prozessen zum Nutzen des Patienten zu machen**. Bei der Entwicklung künftiger Strategien sollte der **Schwerpunkt mehr auf Prozesse und Or-**

¹⁷ States o Jersey : A Sustainable Primary Care Strategy for Jersey 2015 – 2020, 2015.

ganisation gelegt werden. Dies ist unseres Erachtens der Schlüssel zur weiteren Entwicklungsfähigkeit und nachhaltigen Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Derzeit wird viel zu wenig in Prozessinnovation und wirtschaftliche Durchführung von Massnahmen investiert.

Zudem ist es wahrscheinlich unumstritten, dass die zur Strategieerreichung definierten Massnahmen grundsätzlich «evidence based» sein sollten. Häufig bestehen jedoch ausserhalb des kurativen Bereichs – so beispielsweise im Bereich der Prävention, aber auch für die Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten – bisher nur im Ausland erprobte Modelle, für die auf schweizerischer Ebene (noch) wenig Evidenz besteht. Dies sollte allerdings die Herausgeber bzw. Autoren von zukünftigen Gesundheitsstrategien nicht daran hindern, **vielversprechende ausländische Ansätze für die Schweiz zu prüfen und entsprechende Massnahmen zu formulieren.**

Ebene Prozesse und Organisation

Massnahmen zur Klärung, Abbildung und gegebenenfalls Vereinfachung von Prozessen müssen entwickelt werden, um Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zu steigern.

Evidenz für bisher nur im Ausland erprobte Modelle ist für die Schweiz zu schaffen, um deren Zweckmässigkeit für die Schweiz zu beurteilen.

Investition in Prozessinnovation und wirtschaftliche Durchführung von Massnahmen.

6.5. Bezüglich Payment und Finanzierung

Wie bereits erwähnt, beschränken sich die bestehenden Gesundheitsstrategien im Wesentlichen darauf, entweder Massnahmen zu definieren, die über bereits bestehende Mechanismen finanziert werden können, oder aber mögliche (zukünftige) Finanzierungsmechanismen «zu klären». Da dies gleichermassen für Strategien privatrechtlicher wie auch staatlicher Autoren-/Trägerschaften gilt, bleiben wesentliche gesundheitspolitische und somit «strategische» Massnahmen aus. Zurückzuführen ist dies nicht zuletzt auf die Fragmentierung des schweizerischen Gesundheitswesens, das neben einer Vielzahl von Akteuren und Verantwortlichkeiten auch eine Vielzahl von Finanzierungsformen kennt, die teilweise auf deutlich unterschiedlichen Mechanismen basieren und deren Konsolidierung gegebenenfalls einen vollständigen Umbau des Gesundheitssystems erfordern würde.

Trotz dieser Einschränkung sollten zukünftige Gesundheitsstrategien grundsätzliche Aussagen und Empfehlungen zu Finanzierungsfragen unter Berücksichtigung von Nutzen und Nutzniessern formulieren. Denn letztlich steht und fällt eine jede Strategie mit der Frage der Ressourcen – sowohl für die Entwicklung der Massnahmen als auch deren langfristige Umsetzung. Als Erfolgsfaktor für eine Strategie sind neben den Ressourcen aber auch das Monitoring und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung relevant.

Besonders bei der Finanzierung der Umsetzung ist darauf zu achten, dass die Strategie bereits **Aussagen zu den zu erwartenden Kosten trifft, mögliche Finanzierungsmechanismen identifiziert und priorisiert**. Doch sollte durch die empfohlenen Finanzierungsmechanismen **nicht ein spezifisches Organisationsmodell bevorzugt** werden. Denn dies würde von vornherein Partnerschaften erschweren und somit einem anderen wichtigen Eckpfeiler von Gesundheitsstrategien entgegenwirken. Vielmehr spielt gegebenenfalls **der regionale Kontext** eine wichtige Rolle bei der Definition von sinnvollen Organisations- und Finanzierungsformen; auch sind Vorsorge- und Versorgungsangebote stets **an den Bedürfnissen der Menschen** aber auch der Allgemeinheit auszurichten. So profitiert nicht nur das Gesundheitswesen sondern auch z.B. die Volkswirtschaft von einer Investition in die Prävention. Das Kosten/Nutzen Verhältnis muss bewertet werden, wobei nicht nur der geldwerte Nutzen sondern auch der semantische Nutzen bewertet werden muss¹⁸. Hierbei ist die Messung des Nutzens jedoch schwieriger, je besser das System schon ist. Inter- und Multisektorale Investitionen in Gesundheit tragen langfristig zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes bei (WHO 1999)¹⁹.

Empfehlungen Ebene Payment und Finanzierung

Massnahmen müssen Aussagen zu den erwarteten Kosten machen, mögliche Finanzierungsmechanismen aufzeigen und priorisieren.

Die vorgeschlagenen Finanzierungsmechanismen dürfen keine spezifischen Organisationsmodelle bevorzugen, sondern sich an den (ggf. regionalen) Bedürfnissen der Menschen ausrichten.

Bei der Entwicklung von Strategien das Kosten/Nutzen Verhältnis für multisektorale Investitionen bewerten.

6.6. Bezüglich Performancemessung und Qualität

Letztlich sollte eine jede Gesundheitsstrategie Massnahmen zur Erfolgs- bzw. Performancemessung enthalten. Da zahlreiche Massnahmen der bestehenden und zukünftigen Gesundheitsstrategien direkt oder indirekt aus Steuergeldern oder Krankenversicherungsprämien finanziert werden, ist es notwendig, nicht nur **die Umsetzung einzelner Massnahmen zu evaluieren**, sondern **auch die Erfolge einzelner Massnahmen «beim Menschen»** (i.S. von Outcomes).

Der Commonwealth Fund «Mirror, Mirror on the Wall» Report hat fünf Performance-Dimensionen identifiziert, um Gesundheitssysteme zu evaluieren²⁰, die nicht nur die genannten Erfolgsparameter betrachten, sondern zusätzlich weiter oben genannte Kriterien einer umfassenden Gesundheitsstra-

¹⁸ http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/11/20111010_Fact-Sheet-Health-in-all-Policies.pdf

¹⁹ Vgl. Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008 ab S. 341 download unter http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/gb_d_drucksperrre.pdf

²⁰ Davis, K. et al., Mirror, Mirror on the Wall, The Commonwealth Fund, 2014.

tegie berücksichtigen: 1. Qualität im Sinne von Sicherheit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit von Leistungen bei den Betroffenen (Quality Care), 2. Zugänglichkeit von Angeboten im Sinne von zeitlicher und örtlicher Verfügbarkeit (Access), 3. Effizienz / Wirtschaftlichkeit von Leistungen (Efficiency), 4. (Chancen-) Gleichheit des Leistungsbezugs, unabhängig von Geschlecht, Ethnie, sozioökonomischem Status etc. (Equity), 5. Gesunde Lebensjahre bzw. Reduktion von Krankheitslast (Healthy Lives).

Idealerweise müssen Gesundheitsstrategien entlang dieser fünf Dimensionen evaluiert werden, um zu beurteilen ob die Implementierung der Massnahmen den Betroffenen, ihrem Umfeld und der Bevölkerung letztlich wirklich nützt oder nicht. Dabei ist stets der **Transparenz der Qualität gegenüber Professionals, Patienten und Öffentlichkeit Rechnung zu tragen**. Aufgrund der in der Schweiz bestehenden Datenlücken, ist die Entwicklung von Monitoring-Massnahmen allerdings nicht ganz einfach. So ist wahrscheinlich die **wissenschaftliche Begleitung** von Teilprojekten, wie dies beispielsweise in der ersten Phase der Palliative Care Strategie erfolgt ist, ein pragmatischer Weg, die Erfolge einzelner Massnahmen zumindest qualitativ zu messen.

Empfehlungen Ebene Performancemessung und Qualität

Strategien müssen nicht nur die Umsetzung von Massnahmen evaluieren, sondern auch die Erfolge einzelner Massnahmen (i.S. von Outcomes).

Es müssen Massnahmen zur Messung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen entwickelt werden. Bei Datenlücken ist auf eine qualitative Beurteilung der Erfolge abzustützen.

Transparenz der Qualität gegenüber Professionals, Patienten und der Öffentlichkeit.

7. Schlussfolgerungen

Die Analyse der bestehenden Gesundheitsstrategien und die formulierten Verbesserungsvorschläge für zukünftige Gesundheitsstrategien verdeutlichen, dass ein umfassendes Rahmenkonzept, welches sowohl verschiedene Themen der Prävention (z.B. Prävention von übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten, von psychischen und somatischen Erkrankungen) als auch krankheitsübergreifend die Versorgung betrachtet, bisher für die Schweiz fehlt. Dies ist wohl der Fragmentierung des Gesundheitswesens geschuldet – und zwar nicht nur an der Basis im Kontakt mit den Menschen, sondern auch aufgrund der „siloartigen“ Abteilungen innerhalb der kantonalen und eidgenössischen Verwaltungen – sowie den damit einhergehenden unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen und entsprechend mannigfaltigen Finanzierungsmechanismen.

Auf Ebene der Versorgung chronischer (nichtübertragbarer) Krankheiten sind bereits mehrere Strategien erarbeitet worden, die sich jeweils auf eine Einzelerkrankung beziehen und sich primär ihrer

Früherkennung und Versorgung, eher nachgelagert ihrer Prävention widmen (z.T. mit Verweis auf die Präventionsprogramme des Bundes bzw. die NCD-Strategie). Da bereits heute etwa 25% aller Personen in der Schweiz mehrere chronische Erkrankungen aufweisen und diese Zahl aufgrund der demografischen Entwicklung in der Schweiz tendenziell steigen wird²¹, sollten Strategien im Gesundheitswesen der Multimorbidität der Bevölkerung Rechnung tragen. Denn trotz der zu beobachtenden Entwicklungen in Sachen Multimorbidität sind nicht nur die erarbeiteten Strategiepapiere, sondern auch die Leistungserbringung selbst (als Beispiel hierzu sind die Kompetenzzentren in der Krebsstrategie zu nennen) sowie die Forschung weiterhin auf Einzelerkrankungen ausgerichtet. In den USA und in Kanada sind zwei beispielhafte Rahmenkonzepte («Frameworks») formuliert worden, die Leitprinzipien, Zielsetzungen und Kernkomponenten erfolgreicher Multimorbiditätsstrategien erläutern.^{22,23}

In einem ersten Schritt ist für die Schweiz die Formulierung eines entsprechenden Rahmenkonzepts zu empfehlen. Die beiden oben genannten internationalen Beispiele können dabei als Orientierungshilfe dienen. Herausfordernd, aber besonders wichtig, ist bei der Entwicklung eines derartigen Strategiepapiers der breite Einbezug der Akteure, um die Zusammenarbeit weiter zu fördern. Mögliche Massnahmen, die sich aus dem Rahmenkonzept ergeben könnten, sind beispielsweise die Definition von adäquaten Gesundheitszielen für multimorbide Patientinnen und Patienten und deren Messkriterien, die Entwicklung von Instrumenten für die Betreuung von multimorbiden Personen über Versorgungseinheiten hinweg, Massnahmen zur Förderung von Selbstmanagement-Programmen, welche helfen die Herausforderungen vielfältiger chronischer Erkrankungen zu meistern, etc. Der Fokus sollte dabei jeweils auf der Reduktion der Krankheitslast bzw. der Steigerung der Lebensqualität liegen. Auch auf dieser Massnahmenebene bestehen bereits zahlreiche internationale Beispiele, aber auch nationale Initiativen, auf die sich abstützen lässt. Ausschlaggebend für den Umsetzungserfolg all dieser Massnahmen sind jedoch stets der Einbezug der Akteure bei ihrer Entwicklung, sowie eine Koordination sowohl bei der Entwicklung neuer Strategien, als auch bei der Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen. Hierbei kann der NCD-Strategie eine übergeordnete Funktion zugesprochen werden und die anderen Strategien sich an daran orientieren. Damit kann die angestrebte Koordination zwischen den Strategien effizienter erfolgen und themenübergreifende Themen wie die Multimorbidität besser aufgenommen werden.

²¹ Obsan, SHARE-Studie, 2010-2011. Download unter:

http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf

²² Mery, G. et al., Caring for People with Multiple Chronic Conditions: A Necessary Intervention in Ontario, 2013. Download unter :

http://hsprn.ca/uploads/files/Caring_for_People_Multiple_Chronic_Condition_Management_June_2013.pdf

²³ Parekh, A.K. et al., Managing Multiple Chronic Conditions: A Strategic Framework for Improving Health Outcomes and Quality of Life, Public Health Reports, Vol. 126, 2011.