



Geschäftsstelle Nationale Strategie zur Prävention
nichtübertragbarer Krankheiten
c/o Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern

Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) Konsultationsantwort

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Einladung, zum Entwurf der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) Stellung zu nehmen. Public Health Schweiz stellt sich grundsätzlich hinter den vorliegenden Strategieentwurf und dankt dem „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ dafür, dass er diese wichtige Strategie initiiert hat. Den Ansatz, die involvierten Kreise gemeinsam arbeiten zu lassen, ist für uns ein unabdingbarer Schritt für eine bessere Koordination und Effizienz im Rahmen der Strategie.

Public Health Schweiz

Public Health Schweiz vertritt als unabhängige, nationale Organisation die Anliegen der öffentlichen Gesundheit. Sie engagiert sich für optimale Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung, zeigt die Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Parametern und öffentlicher Gesundheit auf und bietet Entscheidungsträgern fachliche Unterstützung. Mit 657 Einzel-, 108 Kollektiv- und 21 Gönnermitgliedern bildet Public Health Schweiz ein landesweites, themen- und disziplinenübergreifendes Netzwerk von Public Health Fachleuten. Public Health Schweiz hat zusammen mit der GEKLIKO die Allianz ‚Gesunde Schweiz‘ gegründet, der nun fast 50 Organisationen angehören und die in die Erarbeitung der Strategie eingebunden war.

Es braucht eine NCD-Strategie für die Schweiz

Wir sind der festen Überzeugung, dass es in der Schweiz eine Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten braucht! Dies hat auch der zweite Bericht der OECD und WHO über das schweizerische Gesundheitssystem¹ deutlich aufgezeigt. Eine der Empfehlungen dieses Berichts lautet: „Die Schweiz sollte ihre Schwierigkeiten bei der Koordination der Prävention mit der Ausarbeitung einer nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik überwinden“. Zudem wird in diesem Bericht auch eindrücklich aufgezeigt, dass höhere Ansprüche an das System zu erwarten sind, insbesondere bei der Behandlung chronischer Krankheiten: „Die Bevölkerung der Schweiz ist älter als in den meisten anderen OECD-Ländern. Gleichzeitig lassen die heutigen Änderungen im Lebensstil für die Zukunft eine Zunahme der Gesundheitsrisiken unter der Schweizer Bevölkerung voraussehen. Die Prävalenz der Fettleibigkeit

¹ Zweiter Bericht der OECD und WHO über das schweizerische Gesundheitssystem, OECD und WHO, 2011
<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11103/11512/11515/13532/index.html?lang=de> (September 2015)



ist zwar noch niedrig, doch im Steigen begriffen, insbesondere unter jüngeren Menschen. Diese Tendenz dürfte zusammen mit medizintechnischen Fortschritten dazu führen, dass in den kommenden Jahrzehnten für mehr Schweizer Einwohner und Einwohnerinnen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer oder mehreren chronischen Krankheit zu leiden. Hält diese Tendenz an, so werden die Ansprüche an das schweizerische Gesundheitswesen ebenfalls steigen.“

Wir unterstützen das Ziel, die Strategie mit der nötigen Gesamtsicht anzugehen und die Kohärenz mit den verschiedenen Bestrebungen und Strategien zu fördern. Der hohe Abstraktionsgrad des Strategieentwurfes bedarf jedoch noch intensiver Bearbeitung, unter Mitwirkung der relevanten Stakeholder, bis dieser in wirkungsvolle und umsetzbare Massnahmen münden kann.

Die Krankheitslast der nichtübertragbaren Krankheiten ist sehr gross² und verschiedene wissenschaftliche Publikationen³ zeigen auf, dass mit Prävention und gezielter fachlicher Unterstützung der Erkrankten nicht nur eine bessere Lebensqualität der Bevölkerung erzielt werden kann, sondern auch Kosten eingespart werden können.

Erfolgsfaktoren der Strategie

Die NCD-Strategie ist verständlich geschrieben und bringt die verschiedenen Aspekte auf den Punkt. Sie deckt mit ihren Handlungsfeldern die wichtigen Aktivitätsfelder ab und fokussiert mit dem Handlungsfeld 2 „Prävention in der Gesundheitsversorgung“ einen besonders wichtigen Ansatz für die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten. Die Stärkung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung kann zum Erfolgsfaktor dieser Strategie werden. Sie kann aber auch ein Stolperstein sein: Mit den heutigen Finanzierungssystemen (KVG: Tarmed, DRG, Pflegefinanzierung) können Spitäler, Heime oder Spitexorganisationen hauptsächlich kurative Leistungen abrechnen. Die Anpassung der Gesundheitsversorgung zur besseren Bewältigung der NCD Problematik stellt eine zusätzliche Herausforderung dar. Es müssen Anreize und Finanzierungsmodelle geschaffen werden, welche die bestehenden Organisationen motivieren, sich stärker mit anderen Akteuren zu integrieren und präventive Leistungen zu erbringen.

Es braucht die Neuorientierung des kurativen Systems, nicht einfach zusätzliche verrechenbare Dienstleistungen. Die ärztlichen Grundversorger sind meistens erste Kontaktpersonen und können in Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der Gesundheitsberufe (Pflege, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Physiotherapie und Geburtshilfe) einen ganz wichtigen Beitrag zur Prävention der NCDs leisten.

Wir möchten das BAG und die GDK ermuntern, in diesem Handlungsfeld innovativ zu handeln und neue Modelle der Zusammenarbeit und der Nutzung der verschiedenen Netzwerke zu entwickeln. Die Gesundheitsligen und Verbände, z.B. Diabetesgesellschaft, Schweizerische Herzstiftung oder die Lungenliga haben seit vielen Jahren eine gute Zusammenarbeit mit den Akteuren der Gesundheitsversorgung und kennen verschiedene erfolgreiche Ansatzpunkte.

Wenn man die Wichtigkeit von ambulanter Pflege und Pflegeheimen bei der Beratung, Unterstützung und Pflege von Menschen mit NCDs in Betracht zieht, sind diese Institutionen, ebenso wie die therapeutischen Angebote von Gesundheitsberufen wie Ernährungsberatung oder Physiotherapie, in der Strategie zu wenig sichtbar. Wir bitten die Trägerschaft der Strategie dies bei der Erarbeitung von konkreten Massnahmen thematisch aufzunehmen.

² z.B. Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Schlussbericht, Simon Wieser et al., Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW; Institut für Sozial- und Präventivmedizin, UZH; Polynomics, 2014, <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/index.html?lang=de> (September 2015)

³ z.B. Kosten-Wirksamkeit ausgewählter Präventionsmassnahmen in der Schweiz, eine Gesundheitsökonomische Untersuchung, Schlussbericht, Rolf Iten et al, Infrac, Juni 2009, http://www.vips.ch/dok_download.cfm?dokID=789 (September 2015)



Governance

Dem Thema Governance wurde kaum Platz eingeräumt und wir bitten dies bei der Überarbeitung der Strategie und der Erarbeitung von Massnahmen zu klären. Wichtig sind uns insbesondere die Klärung der Kompetenzen, Zuständigkeiten und Federführungen.

Der OECD Bericht ortet verschiedene Problemfelder: „Der Bund verfügt zwar bei der Regelung des regulierten Wettbewerbs über breite Kompetenzen, jedoch nicht über die zur Verbesserung des gesamten Systems notwendigen Hebel. Kleine und stark dezentralisierte Kantonsregierungen sind in der Regel sowohl Finanzträger als auch Leistungserbringer, was ihre Motivation zum Aufbau stark rechenschaftspflichtiger und patientenfreundlicher Systeme schmälern kann. Die Versicherer in der Schweiz befinden sich in einem Kontext, in dem sie von der einen Regierungsebene reguliert werden und sich die Spitalkosten im stationären Bereich mit einer anderen Regierungsebene teilen. Dies beschränkt ihre Fähigkeit, ihren finanziellen Einfluss geltend zu machen, um Veränderungen voranzutreiben. [...] Innerhalb der Kantone konkurrieren lokale Mittel für Prävention und Public-Health-Programme häufig mit den teuren aber scheinbar «unmittelbaren» kurativen Ergebnissen der Spitäler. Zugleich hat der Bund wenig finanziellen Einfluss, um die Kantone zu ermutigen, sich vermehrt auf die Prävention zu konzentrieren, weshalb er Veränderungen weder herbeizwingen noch breit angelegte Massnahmen vom Bund aus durchsetzen kann. Der Bund hat aber Einflussmöglichkeiten auf die Krankenversicherungen, damit diese bei Bewertungsverfahren eine Führungsrolle übernehmen und langfristig nationale Vereinbarungen im Rahmen des Krankenversicherungsgesetzes ausgearbeitet werden.“

Finanzierung

Als kritisch beurteilen wir die unklare Finanzierung. Im aktuellen politischen Umfeld mit Budgetkürzungen auf allen Ebenen und einer verbreiteten kritischen Haltung gegenüber Prävention und Gesundheitsförderung, läuft die Strategie Gefahr, zu weit weg zu sein von der Realität.

Es fällt auf, dass die Strategie mit den vorhandenen Mitteln finanziert werden soll, dies lässt an die grossen Probleme denken, die bei der Umsetzung der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014–2017 sowie der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 entstanden sind, die beide ohne finanzielle Zusatzmittel auskommen müssen. Gesundheitsligen und Verbände, erbringen seit vielen Jahren Leistungen, die von der Bevölkerung und erkrankten Personen genutzt werden können. Diese Leistungen sollten für die gesamte Bevölkerung systematisch verfügbar gemacht werden können.

Individuelle und strukturelle Massnahmen

Die Bevölkerung soll nicht bevormundet werden, sondern eine gesunde Wahl treffen können. Die Bevölkerung ist dem Thema Prävention nicht abgeneigt, dies zeigen auch die unzähligen Gesundheitsreportagen, oder Gesundheitssendungen. Die Eigenverantwortung und die Gesundheitskompetenz soll gestärkt werden und Fremdgefährdung muss systematisch eliminiert werden.

Die Strategie fokussiert sich praktisch ausschliesslich auf Verhaltensprävention, die Verhältnisprävention wird nur erwähnt, um ein gesundheitsförderliches Verhalten zu ermöglichen. Mit einem solchen Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention werden Kranke für ihr Leiden selbst verantwortlich gemacht und somit auch stigmatisiert.

Allenfalls könnte ein Wechsel der Begriffe „Verhalten“ und „Verhältnis“ auf „individuelle“ und „strukturelle Massnahmen“ die Thematik vereinfachen.



Einbezug aller Bevölkerungsgruppen

Überraschend ist für Public Health Schweiz jedoch, dass wichtige Bevölkerungsgruppen einen viel zu kleinen Stellwert erhalten: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie von Menschen mit Behinderung. Gerade Kinder und Jugendliche haben ein grosses Potential. Wir bitten, dies bei der Planung der Massnahmen zu berücksichtigen und dabei auch an die Schwangerschaft und die Kleinkindphase zu denken. Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen bedarf es insbesondere einer Stärkung der Risikokompetenz und Lebenskompetenz sowie der professionellen Jugendarbeit in der Begleitung. Menschen mit Behinderung haben ein ungleich höheres Gesundheitsrisiko und werden oft mit den bestehenden Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsrisiko nicht erreicht.

Multimorbidität

In den vergangenen Jahren hat die Multimorbidität stark zugenommen. Das heisst, dass man nicht nur einzelne Verhalten oder einzelne Krankheiten isoliert in den Fokus nehmen darf. Dieser Aspekt scheint uns in der vorliegenden Strategie zu wenig beachtet zu sein und wir bitten im Handlungsfeld 2 besonders darauf zu achten.

Übergewicht / Adipositas

Die NCD-Strategie orientiert sich an der Schwerpunktsetzung der WHO und bezieht aufgrund der spezifischen Krankheitslast auch die muskuloskelettalen Krankheiten in die Strategie mit ein. Übergewicht und Adipositas sind seit 15 Jahren durch die WHO nicht nur als eigenständige Krankheiten anerkannt, sie sind nachweislich eine der Hauptursachen einer Reihe von Folgekrankheiten/Komorbiditäten, die ihrerseits wieder einen wesentlichen Teil der NCDs ausmachen. Und auch der OECD Bericht erwähnt Adipositas ausdrücklich als gesundheitliches Problem in der Schweiz. Dieser Tatsache wird im Strategie-Entwurf nur indirekt Rechnung getragen, indem „Übergewicht“ an verschiedenen Stellen (Seite 16, Seite 20) als „Risikofaktor“ genannt wird, nicht aber als eigenständige NCD mit einer weltweiten, epidemischen Ausbreitung, die auch für die Schweiz belegt ist. Diese Darstellungsweise wird der medizinischen und der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Krankheit Adipositas in keiner Weise gerecht. Gerade im Hinblick auf künftige Massnahmen bezüglich der Verhältnisprävention ist die explizite Fokussierung auf die Ursachen der Adipositas von zentraler Bedeutung.

Psychische Gesundheit

Wir bedauern, dass bei der Erarbeitung der Strategie die psychische Gesundheit explizit ausgeklammert wurde und bitten dringend, dass die vorliegende NCD-Strategie mit dem bereits verabschiedeten Bericht „Dialog-Projekt Psychische Gesundheit“⁴ inhaltlich verbunden wird. Wir fordern zudem, dass die bereits bestehenden und sich in Umsetzung befindenden Strategien wie die Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017, die Nationale Demenzstrategie 2014–2017, die Nationale Strategie Palliative Care und die Nationale Strategie Sucht bei den nächsten Schritten einbezogen werden. Ebenfalls angezeigt ist eine Abstimmung mit Strategien zur Prävention von übertragbaren Krankheiten wie HIV/Aids. Dies unter anderem auch, weil in diesen Themenbereichen ein bestens funktionierendes, gut verankertes System besteht, welches mit seinen Botschaften auf Gesundheitsverhalten abzielt. Die NCD-Strategie soll in Verbindung stehen mit einer zukünftigen Sexual Health Strategie.

⁴ Bericht „Psychische Gesundheit in der Schweiz“, Bestandsaufnahme und Handlungsfelder
Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Mai 2015,
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=de> (September 2015)



Selbsthilfegruppen

Wir begrüßen, dass die Gesundheitskompetenz gestärkt werden soll (Ziel 2), dass die Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention ebenfalls als Ziel formuliert wurde (Ziel 4) und auch dass Menschen in vulnerablen Situationen gestärkt werden sollen. Wir vermissen in diesem Zusammenhang aber die Einbindung von Selbsthilfegruppen. Es ist zu befürchten, dass diejenigen, die bereits eine gute gesundheitliche Ausgangslage haben, zusätzlich von den Massnahmen dieser Strategie profitieren können, während diejenigen, die besondere Unterstützung benötigen, kaum angesprochen werden. Bei der Umsetzung muss besonders darauf geachtet werden, dass die Zielgruppe der Personen mit einer schlechten gesundheitlichen Ausgangslage ebenfalls in angemessener Weise profitiert.

Umwelthemen

Umweltaspekte sind für nichtübertragbare Krankheiten eine wichtige Determinante. Für 11% aller Todesfälle wegen Herz-/Kreislauferkrankungen in der Schweiz ist beispielsweise die Luftverschmutzung verantwortlich. Umweltfaktoren sind aber auch für Atemwegserkrankungen, Krebs und Stoffwechselerkrankungen verantwortlich⁵, sie werden im vorliegenden Strategieentwurf aber nur am Rand gestreift.

Gesundheitsfolgenabschätzung und Health in all policies

Mit Bedauern nehmen wir zur Kenntnis, dass die Begriffe „health in all policies“ und „Gesundheitsfolgenabschätzung“ im Strategieentwurf vermieden und kein einziges Mal erwähnt werden. Im Handlungsfeld 7 „Rahmenbedingungen und Verhältnisse“ ist ein kurzer Abschnitt zu multisektoraler Zusammenarbeit zu finden, der das Zusammenwirken verschiedener Politikbereiche umfasst. Mit den beiden Ansätzen „Gesundheitsfolgenabschätzung“ und „health in all policies“ werden gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen verbessert, indem negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung durch Strategien und Massnahmen in anderen Politikbereichen frühzeitig identifiziert und reduziert werden. Wir fordern das BAG und die GDK ganz explizit auf, diesen wichtigen Themen bei der Umsetzung der Strategie den ihnen gebührenden Platz einzuräumen.

Innovation

An verschiedenen Stellen taucht im Strategieentwurf das Wort Innovation auf. Es mangelt unseres Erachtens jedoch nicht primär an wirkungsvollen Lösungsansätzen, sondern an der konsequenten Umsetzung von evidenzbasierten Massnahmen. Der Fokus soll nicht auf die Innovation von immer wieder neuen Projekten und Ansätzen gelegt werden, sondern auf die langfristige und nachhaltige Bereitstellung von bewährten Angeboten für die Bevölkerung in der Schweiz. Eine von den Grundangeboten der öffentlichen Gesundheit abgekoppelte Innovationsförderung ist kontraproduktiv.

Spannend scheint uns, wenn Innovation ins Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung gelegt werden kann und in diesem nutzbringende Strukturen und Abläufe geschaffen werden können.

Allgemeines

An verschiedenen Stellen werden Beispiele erwähnt (siehe Seiten 34, 35, 37). Wir schlagen vor, diese Beispiele ersatzlos zu streichen, da sie rein zufällig gewählt sind und unklar ist, welche Aspekte diese Beispiele aufzeigen sollen.

⁵ Environmental exposures: an underrecognized contribution to noncommunicable diseases, [Norman RE¹](#), [Carpenter DO](#), [Scott J](#), [Brune MN](#), [Sly PD](#). Reviews on Environmental Health, 2013;28(1):59-65, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23612529> (September 2015)



Die Quellen der Darstellungen/Grafiken sind nicht immer aufgeführt bzw. nachvollziehbar z.B. Seite 11 „Ebenen der Prävention“, Seite 18 „Krankheiten und Risikofaktoren“, Seite 21 „Lebensphasenansatz“. Und die Quellenangaben sind zum Teil direkt in der Darstellung integriert oder in einer Fussnote aufgeführt. Eine Vereinheitlichung und vor allem klar nachvollziehbare Quellen sind wichtig für die weitere Bearbeitung des Themenfelds.

Kommentar zu Punkt 2 Aktuelle Situation

Unsere Kommentare haben wir im vorgesehenen Online-Formular eingetragen. Leider erlaubt das Formular nur kurze Kommentare, so dass wir unsere Antwort zum Punkt 2 nicht integrieren konnten. Wir führen sie an dieser Stelle aus und bitten um Berücksichtigung dieser Antwort.

2 Aktuelle Situation (Kap. 2)

2.1 Haben Sie Bemerkungen oder Ergänzungen zu Kapitel 2 «Aktuelle Situation»?

Allgemein: Das Kapitel ist sehr lang und könnte für eine bessere Lesbarkeit der Strategie gekürzt oder Teile davon könnten in einen Anhang verschoben werden.

Die Ausführungen und Gewichtungen innerhalb dieses Kapitels stellen aus unserer Sicht einen grossen Rückschritt in Theorie und Praxis der schweizerischen Prävention und Gesundheitsförderung dar. Wird diese Strategie entsprechend umgesetzt, werden in der Schweiz die Wohlhabenden gesünder und die sozial Benachteiligten kränker werden.

S. 18: Krankheiten und Risikofaktoren: Quelle der Grafik (in Fusszeile aufgeführter WHO Link zeigt keine entsprechende Grafik)

S. 19: Das Thema Tabak steht an zweiter Position der Risikofaktoren, hat aber eine wesentlich grössere Wirkung auf die Entstehung von NCDs als Alkohol und muss deshalb an erster Stelle stehen.

S. 20: Die Gesundheitsbefragungen basieren auf Selbst-Deklaration. Dies sollte in diesem Abschnitt deutlicher formuliert werden. Es ist davon auszugehen, dass einige Werte höher liegen als hier aufgeführt.

S. 20. Determinantenmodell: Die Strategie sollte unbedingt auf ein aktuelles Determinantenmodell von Gesundheit abgestützt werden, resp. dieses auch anwenden. Die gesamte Strategie konzentriert sich viel zu stark, resp. fast ausschliesslich auf das persönliche Verhalten. Soziales Umfeld, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie die gesellschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen werden ausgeblendet. Stichworte wie Lärmbelastung oder Luftverschmutzung an belasteten Wohnlagen, Stress am Arbeitsplatz, Förderung der aktiven Mobilität, etc. sind nicht oder nur ganz am Rande erwähnt. Wie kann man "inadäquates ergonomisches Verhalten" als Risikofaktor bezeichnen ohne die betriebliche Gesundheitsförderung oder die Verantwortung der Arbeitgeber zu erwähnen?

Es braucht ein Risikofaktorenmodell, das

- a) die Gewichtung von individuellen Verhaltensrisiken verkleinert;
- b) die weiteren bedeutsamen Risikofaktoren gemäss Determinantenmodell überhaupt erst in Betracht zieht und mindestens so differenziert behandelt wie Tabak, Alkohol, Bewegung und Ernährung.

Wichtig sind insbesondere folgende Risikofaktoren:



- **Einsamkeit** (*Determinante „soziales Umfeld“*)
- Mangelhafte instrumentelle oder informationelle **soziale Unterstützung** (*„soziales Umfeld“*)
- **Milieuzugehörigkeit**, z.B. Affinität zu einem eskapistischen oder zu einem traditionell-genügsamen Milieu (*„soziales Umfeld“*)
- Mangelhafter **Zugang zu formaler Bildung** (*„Lebens- und Arbeitsbedingungen“*)
- Belastete **Wohnsituation** (*„Lebens- und Arbeitsbedingungen“*)
- **Erwerbslosigkeit** (*„Lebens- und Arbeitsbedingungen“*)
- Schlechte **physische Arbeitsbedingungen**, z.B. Ergonomie, Feinstaub-Exposition (*„Lebens- und Arbeitsbedingungen“*)
- Schlechte **organisatorisch-soziale Arbeitsbedingungen**, z.B. Berufliche Gratifikationskrisen (*„Lebens- und Arbeitsbedingungen“*)
- Werte und Normen der **kulturellen Herkunft** (*„kulturelle Rahmenbedingungen“*)
- **Strahlenbelastung**: elektromagnetische Strahlung, Radon (*„ökologische Rahmenbedingungen“*)

Die Berücksichtigung aller dieser Risikofaktoren hat Einfluss auf die weiteren Ausführungen, z.B. auf die Kapitel 2.3.1 (Lebensspannenansatz), 2.3.2 (Settingansatz), 2.3.3 (Zielgruppenansatz), 2.4. Akteure und Zuständigkeiten; 4.1. Handlungsfeld 1. Diese Kapitel müssen substanziiell ergänzt werden.

S. 21: Ganz wichtig, v.a. auch für die Chancengerechtigkeit, ist die Verhältnisprävention. Bitte ein entsprechendes Kapitel einfügen, das auch die Thematik von Regulierungen auf der Angebotsseite (z.B. Lebensmittel, Alkohol und Tabak) beinhaltet.

Allenfalls könnten in diesem Kapitel auch die Ansätze „health in all policies“ und Gesundheitsfolgenabschätzung aufgegriffen werden.

S. 21: Die Tabelle Lebensphasenansatz hat diverse Fragen aufgeworfen und wir bitten, diese nochmals grundlegend zu bearbeiten.

Es fehlen wichtige Akteure aus anderen Settings als dem Gesundheitswesen, beispielsweise Schule, Beruf, Sozialraum, Stadtentwicklung. Bei den Gesundheitsfachpersonen zu ergänzen sind die ausgebildeten Fachpersonen im Sinne des PsyG für die psychologische Grundversorgung sowie die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit.

Die erste Lebensphase beginnt mit Alter 1, obwohl die Neugeborenen (0-1 Jahr) offensichtlich mitgedacht sind. Einteilung in Lebensphasen – sind die Altersgrenzen 20 und 60 sinnvoll und haben diese eine medizinische oder ökonomische/soziale Bedeutung? Senioren ab 60, die nicht mehr erwerbstätig sind?

Mit -9 Monate (Vorgeburtliche Phase/Pränatale Phase) und Geburt starten (Einflussgruppen: Ergänzen mit weiteren Anbieter von Produkten [Lebensmittel, Alkohol, Tabakwaren etc.]

Es wird nicht einfach sein, schwangere Frauen als Zielgruppe in die NCD-Strategie aufzunehmen, insbesondere auch schwangere Frauen in vulnerablen Situationen. Hier wird es bei der Ausarbeitung der Massnahmen wichtig sein, dass eine Vernetzung mit laufenden Präventionsprojekten angestrebt wird.

Es fehlt eine Quellenangabe.

S. 22: Kapitel 2.3.4 Aus der Fachliteratur sind verschiedene Ansätze bekannt. Settingansatz, Zielgruppenansatz und Lebensphasenansatz. Der Ansatz „Gesundheitsberatung und Präventionsleistungen“, wird in dieser Strategie, die sich ja auch an die Gesundheitsversorgung richtet, neu aufgenommen. Er sollte sorgfältig definiert und besser kommentiert werden.

S. 23: Akteure und Zuständigkeiten: Die verschiedenen Akteure werden sehr unterschiedlich aufgeführt. Die ausgewählten Beispiele sind nicht systematisch und es haben nicht alle denselben Stellenwert. Zudem sind auch (be-)wertende Abschnitte drin, die weggelassen werden sollten. Bsp: „Die Anforderun-



gen an die ärztlichen Grundversorger/innen haben in den vergangenen Jahren jedoch deutlich zugenommen: Die Zahl älterer Menschen mit komplexen Mehrfacherkrankungen, oft chronischen Krankheiten, nimmt im Verhältnis zur Anzahl der Grundversorgerinnen zu. Neben der Versorgung in der Praxis, Hausbesuchen und Notfalldienst nehmen Beratung, Koordination und Administration immer mehr Zeit in Anspruch.“

Die Akteure der Wirtschaft fehlen auch hier.

Erwähnt werden müssen auch weitere wichtige Berufsgruppen wie PsychologInnen und PsychotherapeutInnen und es gilt zu beachten, dass viele Menschen mit chronischen Erkrankungen in Pflegeheimen leben. 86% der Pflegeheimbewohner haben mehrere Krankheiten⁶. Pflegeheime und ambulante Pflege- und Therapieangebote sind heute schon wichtig und haben ein riesiges präventives Potential für die Bewältigung der NCD-Herausforderungen.

S. 26: Es geht im Letzten Abschnitt nicht nur um die Zeit der pflegenden Angehörigen, sondern auch um die Produktionseinbussen.

S. 26: Der OECD-Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen hat klar aufgezeigt, dass die Schweiz die im internationalen Vergleich geringe Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung tätigt und hat dies kritisch hinterfragt.

S. 28: Die Grafik wird nicht kommentiert, was ist Unterschied zwischen Private Haushalte (20%) und Andere private Finanzierung (20%) – die NGOs und Gesundheitsligen finanzieren ja auch einige Leistungen, sie tauchen jedoch weder in der Grafik noch im Text auf.

Wir bedanken uns für die Berücksichtigung unserer Konsultationsantwort und stehen für Fragen und weitere Informationen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Public Health Schweiz

Ursula Zybach

Präsidentin

⁶ Bundesamt für Statistik, Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09), 2012 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=490> (September 2015)