

Per Mail

Herr Pascal Strupler, Direktor BAG

Herr Michael Jordi, Zentralsekretär GDK

Frau Eva Bruhin, Leiterin Geschäftsstelle NCD-Strategie

ncd-mnt@bag.admin.ch.

Zürich, 28. September 2015/BZ

Nationale Strategie Prävention nicht übertragbarer Krankheiten NCD: Stellungnahme der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften

Sehr geehrte Herren Strupler und Jordi

Wir möchten Ihnen unsere Überlegungen zu den von Ihnen erarbeiteten Vorschlägen für eine nationale NCD-Strategie auf diesem Weg übermitteln, lässt doch die dazu von Ihnen gewählte Form des elektronischen Fragebogens zu wenig Raum für differenzierte Äusserungen.

Einleitend möchten wir auf unser Schreiben vom 4. Februar 2015 an den stv. Zentralsekretär der GDK, Herr Stefan Leutwyler, und die Mitglieder des Leitungsgremiums NCD verweisen, worin wir die fehlende Vertretung der Ärzteschaft im Leitungsgremium der NCD monierten. Bei der Nationalen Strategie gegen Krebs NSK hat sich gezeigt, dass die Ärzteschaft im Koordinationsausschuss vertreten sein muss, was denn auch nachträglich realisiert werden konnte. Gerade als wichtige vertrauensbildende Massnahme für die ärztliche Basis ist es von Vorteil, wenn in sämtlichen strategischen Organen die Ärzteschaft als Pendant zu den bestehenden Organisationen vertreten ist. Es ist für die KKA auch ein zentrales Anliegen, bei der zu stärkenden Zusammenarbeit und Koordination zwischen Bund und Kantonen gerade im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung involviert zu sein. Das Leitungsgremium könnte mit Sicherheit von den Erfahrungen, welche die Ärzteschaft in den bereits existierenden Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung erworben hat, profitieren. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die von den Ärzten seit Jahrzehnten im Alltag geführte Präventionsarbeit in den vorgelegten statistischen Daten in keinerlei Weise berücksichtigt wird, obschon z.B. gerade im Rahmen der Nikotinabstinentztherapien belegt ist, dass der Einbezug eines Arztes zu wesentlich besseren Resultaten führt. Es ist deshalb naheliegend, dass mit der Ärzteschaft ein deutlich höherer Impact erreicht wird. Dies sollte gerade in Anbetracht der knapper werdenden Ressourcen und der Wichtigkeit gut koordinierter Schnittstellen unbedingt die nötige Beachtung finden. Eine Vertretung der Ärzteschaft im Leitungsgremium würde auch eine breitere Akzeptanz für die zukünftigen Projekte der NCD fördern. Ansonsten sehen wir analog zu den initialen Diskussionen in der NSK die Gefahr, dass die Ziele und die Umsetzung der NCD von den Leistungserbringern nicht mitgetragen werden und somit die Motivation und das entsprechende Engagement der Basis fehlen. Bedauerlicher- und unverständlicherweise haben wir bis heute keine Antwort auf unser Schreiben erhalten.

1. Grundausrichtung der NCD-Strategie, die beiden Handlungsfelder „Gesundheitsförderung und Prävention“ und „Prävention in der Gesundheitsversorgung“

Die beiden Handlungsfelder werden im erläuternden Bericht auch als „Primärprävention“ und „Sekundär- und Tertiärprävention“ bezeichnet. Unseres Erachtens wären die Begriffe „**Verhältnisprävention**“ und „**Verhaltensprävention**“ aber akkurater, sie bilden die Realität auch besser ab. Zudem beinhaltet die Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bereits die Wertung, dass offenbar das Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention“ prioritär zu behandeln sei. Aus Sicht und Erfahrung der niedergelassenen Ärzteschaft steht aber klar die Prävention in der Gesundheitsversorgung an vorderster Stelle. Diese Verhaltensprävention setzt beim Individuum an und zielt direkt auf die krankheitsverursachenden und – begünstigenden Faktoren. Wichtig ist deshalb die Gesundheitskompetenz des Individuums, die auch im Projekt Gesundheits-Coaching eine dominante Rolle spielt. An dieser Stelle ist festzuhalten, dass wir den Einbezug der Eigenverantwortung des individuellen Menschen im Bericht nur marginal abgebildet finden. Aus ärztlicher Sicht hingegen ist dessen Rolle und seine Eigenverantwortung zentral in der Verhaltensprävention und muss deshalb in der NCD-Strategie höher gewichtet und besser abgebildet werden. Betreffend der Mortalität hat das Verhalten eines Menschen einen Einfluss von über 40%, die kurative Medizin hingegen nur einen solchen von rund 10%. Der Mensch ist nicht per se ein unvernünftiges und ewig beratungsbedürftiges Objekt, welches erst durch die Umsetzung einer NCD-Strategie als gültige Anleitung auf den Pfad der Tugend und Gesundheit findet.

Die KKA befürchtet aber, dass mit der NCD-Strategie **wieder verstärkt staatliche Regulierungen implementiert werden sollen**, welche die Verantwortung kollektiviert und das eigenverantwortliche Handeln schwächt.

Die Verhältnisprävention – gleich „Gesundheitsförderung und Prävention“ - ist selbstverständlich auch aus unserer Sicht ein tragender Pfeiler in der NCD-Strategie, soll diese doch optimalerweise die richtigen Rahmenbedingungen schaffen für die Prävention in der Gesundheitsversorgung. Dabei darf aber die Tatsache nicht übersehen werden, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen lebtlangen Prozess darstellen, dem schon in der Jugend die nötige Beachtung geschenkt werden muss.

Wie oben ausgeführt, steht für die Ärzteschaft die Verhaltensprävention mit einem selbstverantwortlichen Menschen im Zentrum sowie an oberster Stelle und würde gemäss der Priorisierung als „Primärprävention“ gelten und nicht als „Sekundär- bzw. Tertiärprävention“.

Es ist schwer verständlich, dass die psychische Gesundheit aus der NCD-Strategie ausgeklammert wird, die Begründung der organisatorischen Trennung (existierende Nationale Strategie Psychische Gesundheit) greift zu kurz.

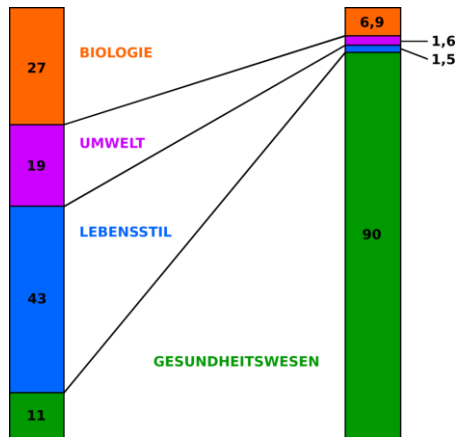
Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen muss in der NCD-Strategie einen grösseren Stellenwert erhalten, umso mehr als diese Population besonders vulnerabel ist.

2. Fokussierung der Präventionsmassnahmen auf Atemwegserkrankungen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten und muskuloskelettale Krankheiten

Diese Beschränkung greift aus unserer Sicht und vorab Erfahrung viel zu kurz. In unseren bereits etablierten Projekten zur Gesundheitsförderung wie beispielsweise im „Gesundheits-Coaching“ haben wir klar erkannt, dass die Themen Ernährung, Bewegung und Stress die Interessen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer klar dominieren, diese Themen müssen deshalb auch im Fokus der NCD-Strategie stehen .

3. NCD-Strategie betrachtet unter dem Blick der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten; der Einfluss der Gesundheitsdeterminanten auf die Mortalität und falsche Allokation der Mittel

Verhältnis zwischen Beitrag der Gesundheitsdeterminanten zur Mortalität (links) und Höhe der den entsprechenden Systemen zugeordneten Ressourcen (rechts)



(Prof Dr.med. Bettina Borisch, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Genève)

Diese Abbildung zeigt klar auf, welche Gesundheitsdeterminanten künftig stärker gewichtet und wo Mittel in welchem Umfang investiert werden müssten. Prioritär gilt es in der Verhaltensprävention die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Parallel dazu muss selbstverständlich in die Verhältnisprävention mittels Bildung und Förderung der Chancengleichheit für vulnerable Gruppen investiert werden, nach dem Motto: „Bildungspolitik vor Sozialpolitik vor Gesundheitspolitik“.

Zusammenarbeit der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen mit einem regionalen Arbeitgeberverband: ein Beispiel für ein Projekt, das die gesamtwirtschaftliche Optik im Fokus hat. Je länger eine Arbeitsunfähigkeit dauert, desto grösser wird das Rentenrisiko und wer mehr als 6 Monate krankheitsbedingt nicht mehr gearbeitet hat, hat ein IV-Risiko von > 50% (nach 1 Jahr liegt das IV-Risiko nahe bei 100%). Ein aktives Gesundheits- und Absenzenmanagement im Betrieb zur „Früherkennung, Gesundheitsförderung & Prävention“ ist unerlässlich. Dieses kann durch die entsprechende ärztliche fachliche Beratung und einem erweiterten ärztlichen Zeugnis unterstützt werden.

Gemäss den aktuellen Zahlen des Bundesamtes für Statistik resultierten 2012 krankheits- und unfallbedingt bei den Vollzeitstellen (90 – 100%) 133 Mio. Stunden und bei den Teilzeitstellen (< 90%) 49 Mio. Stunden Absenzen am Arbeitsplatz. An einer Veranstaltung im Paul Kleezentrum in Bern unter Mitwirkung der Universität St.Gallen und des Arbeitgeber-Verbandes sowie der Ärztesgesellschaft SG im Juni 2013 wurde das Einsparpotential von Absenzen in den grossen Firmen mit einem Gesundheitsmanagement und einem verbesserten Arztzeugnis (mit verbesserter Kommunikation zwischen Patient, Arbeitgeber und Arzt) auf 30-50% beziffert. Bei Lohnkosten von Fr. 100/h resultierten zumindest theoretisch Einsparungen von rund 5.5 Milliarden Franken, wenn man die insgesamt 182 Millionen Stunden Absenzen von 2012 um 30% senken könnte.

Im Bericht zur NCD-Strategie wird hervorgehoben, dass bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung noch mehr vom Patienten aus gedacht werden muss und dessen Bedürfnisse im Zentrum stehen sollen. Dabei seien die heutigen Versorgungsstrukturen zu stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet. Diese Meinung vertreten die kantonalen Ärztesellschaften dezidiert und seit längerer Zeit. Auch der OECD-Bericht empfiehlt ja deshalb, das System stärker auf Grundversorgung und Vorsorge auszurichten. Die Krankenhausaussgaben in % des BIP liegen in der Schweiz denn auch 25% über dem OECD-Niveau. Wichtig ist nicht nur eine gute sektorübergreifende, sondern auch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit, dabei darf die Entschädigung auch im niederschweligen Bereich – wie zum Beispiel für die Medizinische Praxisassistentin – nicht vergessen werden.

4. Umsetzung und Finanzierung NCD-Strategie

Unseres Erachtens sind zur Finanzierung und Umsetzung der NCD-Strategie viele Fragen offen bzw. ungeklärt. Wir halten nochmals fest, dass die niedergelassene Ärzteschaft, welche im Handlungsfeld „Prävention in der Gesundheitsversorgung“ eine zentrale Rolle spielt, genauso wenig wie andere wichtige Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung, nicht im Leitungsgremium der NCD-Strategie vertreten sind.

Wenn heute die für die Ärzteschaft längst selbstverständliche Präventionsarbeit nicht direkt monetär gemessen werden kann, so liegt dies nicht daran, dass diese Arbeit nicht gemacht wird, sondern an der Tatsache, dass der Gesetzgeber bis heute für diese Arbeit keine Entschädigung vorsieht!

Wir erachten den fehlenden Einbezug ins Leitungsgremium als schlechte Grundvoraussetzung für die Akzeptanz von Strategien und deren Umsetzung in der Praxis, welche ja von der Ärzteschaft auch zukünftig massgeblich mitgetragen werden soll. Dieser Top-Down-Ansatz ist aus unserer Sicht nicht erfolgversprechend.

Im Bericht wird festgehalten, dass nach Verabschiedung der Strategie ab 2016 Bund, Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemeinsam nationale Massnahmenpakete definieren und ab 2017 umsetzen. Dabei sollen die weiteren staatlichen und nicht-staatlichen Akteure – wie beispielsweise die niedergelassene Ärzteschaft oder Patientenorganisationen – dazu eingeladen werden, ihre „Aktivitäten“ auf die Zielsetzungen der NCD-Strategie, an deren Ausrichtung sie ja nicht beteiligt wurden, auszurichten. Auch die Apotheker waren nicht im Leitungsgremium vertreten, obwohl im Bericht explizit erläutert wird, dass diese Leistungserbringer im Rahmen der NCD-Strategie zentrale Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung bereits übernommen haben und vermehrt übernehmen werden. Ebenso bemerkenswert ist, dass die Ärzteschaft im Bericht nur als „ärztliche Grundversorger“ erwähnt wird, die – so im Bericht beschrieben - offenbar bereits aus bekannten Gründen stark überlastet scheinen und deren Beitrag in der NCD-Strategie – etwas pointiert ausgedrückt - offenbar die Überweisung an Spezialisten beinhalten soll.

Ein Beispiel aus dem Zahlenspiegel der NCD-Strategie, welches zeigt, dass der frühzeitige Einbezug der Ärzteschaft sinnvoll wäre, um Falschaussagen zu vermeiden, aufgrund welchen dann Massnahmenpakete geschnürt werden:

Erkrankung	Prävalenz / Inzidenz (in % der Bevölkerung in der Schweiz)	Kosten ¹ (in CHF)	Vorzeitige Todesfälle ^{2,3} (in % aller Todesfälle)
Muskuloskelettale Erkrankungen	- Rücken- od. Kreuzschmerzen ² : 40% Männer 34.9%, Frauen 44.9% - Arthrose/Arthritis ³ : 7.3% Männer 5.6%, Frauen 9.0%	- Direkte med. Kosten 8.7 Mrd. - Indirekte Kosten 12.2 Mrd.	Vernachlässigbar

In diesem Beispiel wird die Anzahl vorzeitiger Todesfälle aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen als vernachlässigbar erachtet. Aufgrund der BAG-Statistik ist aber ausgewiesen, **dass 8,5% der Todesfälle über 50 Jahre die Folge erhöhter Sterblichkeit nach einer Wirbelkörper- oder Hüftfraktur sind. Allein die Osteoporose fordert jährlich in der Schweiz mehrere tausend vorzeitige Todesfälle.**

Zur Koordination und Kooperation ist eine **NCD-Stakeholderkonferenz** unter dem Patronat „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ vorgesehen, welche die Umsetzung der Strategie thematisiert und den Akteuren - wie beispielsweise der niedergelassenen Ärzteschaft? – eine Plattform für einen praxisorientierten Erfahrungsaustausch bieten soll.

Zudem soll ein **Fachgremium mit sogenannten unabhängigen Experten gebildet werden, welches spezifische Fragestellungen zur Prävention in der Gesundheitsversorgung berät.** Aufgaben dieses Gremiums könnten gemäss Bericht sein, Kompetenzen für die Erbringung von Präventionsleistungen zu definieren sowie die Möglichkeiten von deren Finanzierung (inkl. Vergütung) zu klären. Aus Sicht der KKA sind hier grosse Konflikte mit anderen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten – Stichworte hierzu sind Tarifstruktur TARMED und Taxpunktewertverhandlungen zwischen KKA und Versicherern sowie Aufgaben des SIWF – vorprogrammiert. Prioritär und grundlegend muss deshalb zuerst geprüft werden, wo die NCD-Strategie bzw. die Massnahmenpakete zu Doppelspurigkeiten oder Zielkonflikten führen können.

Bei der Finanzierung ist zwingend das Prinzip der Corporate Governance einzuhalten, was bedeutet, dass keine in Fachgremien vertretene Personen oder Organisationen von Aufträgen des Bundes, der Kantone oder Dritten profitieren dürfen.

Die Beschaffung der notwendigen Mittel kann auch mittels einer effektiveren Allokation der bereits vorhandenen Mittel erfolgen, indem vorgängig mehr in Prävention investiert wird und dementsprechend Mittel in der Kuration frei werden, welche ungleich kostenintensiver ist.

Die NCD-Strategie kann nur erfolgreich sein, wenn ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung und der Leistungserbringer diese als sinnvoll akzeptiert und deshalb mitmacht. Dazu müssen Anreize und Mehrwerte geschaffen und transparent gemacht werden, welche überzeugen, wie beispielsweise mehr gesunde Lebensjahre, welche weniger Abhängigkeit, weniger Pflegeaufwand und weniger Gesundheitskosten bedeuten. Der Nutzen muss konsequenterweise mit einer volkswirtschaftlichen Gesamtkostenrechnung beurteilt werden, diese ist heute weitgehend inexistent, weshalb die hierfür nötigen Massnahmen dringend in die Wege geleitet werden müssen.

Wir danken Ihnen für den Einbezug unserer Überlegungen und Argumente in die Weiterentwicklung der NCD-Strategie.

Freundliche Grüsse

Peter Wiedersheim, Co-Präsident KKA



Fiorenzo Caranzano, co-président CCM



Kopien an:

FMH: J. Schlup, Präsident, Ch. Romann, Departementsverantwortliche „Gesundheitsförderung und Prävention“

Präsidentinnen und Präsidenten Kantonale Ärztegesellschaften