

Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)

2017–2024, **verlängert bis 2028**



Ein Gemeinschaftsprojekt von



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Im Rahmen der Bundesrätlichen Strategie

Gesundheit | Santé
Sanità | Sanadad

2020

Impressum

Leitungsgremium

Ursula Koch (BAG – bis August 2015), Andrea Arz de Falco (BAG),
Salome von Greyerz (BAG), Stefan Leutwyler (GDK), Bettina Abel (GFCH)

Erweitertes Leitungsgremium

Beat Arnet (Vertreter Krankenkassen), Osman Besic (Vertreter Menschen in vulnerablen Situationen), Samia A. Hurst (Expertin Gesundheit2020), Brian Martin (Vertreter Präventivmedizin und Kantonsärztinnen und Kantonsärzte), Milo Puhon (Vertreter Wissenschaft), Heinz Roth (Vertreter economiesuisse), Barbara Weil (Vertreterin Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz und FMH) und Ursula Zybach (Vertreterin Allianz Gesunde Schweiz).

Projektleitung und Geschäftsstelle

Eva Bruhin (BAG), Elisabeth von Gunten (BAG), Catherine Marik (BAG),
Luciano Ruggia (BAG)
Markus Kaufmann (GDK), Kathrin Huber (GDK)

Redaktionelle Unterstützung, Prozessbegleitung, Lektorat, Grafiken

Michael Herrmann (PrivatePublicConsulting), Markus Theunert (Social Affairs),
Wolfgang Wettstein, Moxi design + communication

Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Publikationszeitpunkt: 2016

Weitere Informationen und Bestelladresse:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Nationale Präventionsprogramme
Postfach, CH-3003 Bern
Telefon +41 (0)58 463 88 24
E-Mail: ncd-mnt@bag.admin.ch
Internet: www.bag.admin.ch/ncd

Diese Publikation steht auch in italienischer und französischer Sprache zur Verfügung.

Vorwort

Wir leben in einem Land mit einer sehr hohen Lebensqualität. Dies hat wesentlich mit unserer sehr gut funktionierenden Gesundheitsversorgung zu tun.

Dennoch leiden 2,2 Millionen Menschen in der Schweiz an chronischen Krankheiten. Diese verursachen bereits heute rund 80 Prozent der Gesundheitskosten. Mit der wachsenden Zahl älterer Menschen werden die nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen und Demenz in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter zunehmen. Dies stellt unser Gesundheitssystem und seine Finanzierbarkeit vor grosse Herausforderungen. Es gilt, Antworten auf die Frage zu finden, wie wir die Lebensqualität im Alter erhalten und gleichzeitig das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich wirksam dämpfen können.

Gesundheitsförderung und Prävention können einen entscheidenden Beitrag dazu leisten. Rund die Hälfte der nichtübertragbaren Krankheiten wird durch den individuellen Lebensstil beeinflusst. Wer sich regelmässig bewegt, ausgewogen ernährt, aufs Rauchen verzichtet und nicht übermässig Alkohol trinkt, hat eine gute Chance, lange gesund zu bleiben.

Genau hier setzt die neue Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten an. Sie will dafür sorgen, dass die Menschen in unserem Land gut informiert sind und ihre Eigenverantwortung stärken, aber auch die Arbeits- und Lebensbedingungen so gestalten, dass sie uns einen gesunden Lebensstil ermöglichen. Sie entwickelt die bewährten Ansätze der bisherigen Präventionsprogramme in den Bereichen Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung weiter und bildet einen umfassenden Orientierungsrahmen für alle Aktivitäten in diesem Bereich – auch als Teil der gesundheitspolitischen Gesamtstrategie „Gesundheit2020“ des Bundesrates. Ergänzt wird sie durch die Nationale Strategie Sucht und die Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit.

Das Ziel ist, dass nichtübertragbare Krankheiten wenn möglich gar nicht ausbrechen oder zumindest früh erkannt und gemildert werden können. Dies verhindert Leid, erhöht die Lebensqualität und dämpft die Gesundheitskosten.

„Vorbeugen ist besser als heilen“ – diese Volkswahrheit hat nichts an Gültigkeit verloren.



Alain Berset, Bundesrat, Vorsteher
des Eidgenössischen Departements
des Innern



Regierungsrat Philippe Perrenoud,
Präsident GDK

Die NCD-Strategie in Kürze

Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und chronische Atemwegserkrankungen sind heutzutage die häufigsten Todesursachen in der Schweiz und verursachen viel Leid. Diese nichtübertragbaren Krankheiten (engl. noncommunicable diseases, kurz NCDs) sind bei Männern für über 50 % und bei Frauen für über 60 % der vorzeitigen Sterblichkeit (vor dem 70. Lebensjahr) verantwortlich¹. Zusammen mit den muskuloskelettalen Erkrankungen verursachen diese fünf NCDs rund 40 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Viele dieser Krankheiten können jedoch durch den individuellen Lebensstil beeinflusst werden. Die wichtigsten Einflussfaktoren sind der Tabak- und Alkoholkonsum sowie das Ernährungs- und Bewegungsverhalten.

Ausgangslage

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik – die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen – hat als Reaktion auf die bestehenden Herausforderungen im November 2013 die partizipative und partnerschaftliche Erarbeitung einer «Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (kurz: NCD-Strategie) in Auftrag gegeben. Diese wurde auf der Grundlage zweier Arbeitsgruppenberichte, die durch zahlreiche Akteure erarbeitet wurden, vom BAG gemeinsam mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt. Die NCD-Strategie ist eine der fünf Prioritäten der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 und ein zentrales Ziel der Legislaturplanung 2016–2019.

Die vorliegende Strategie zeigt als Orientierungsrahmen Wege auf, wie sich NCDs verhindern, verzögern oder deren Folgen vermindern lassen. Sie baut auf Bestehendem auf, sichert Kontinuität und geht neue Herausforderungen an. So sollten zum Beispiel Angebote und Zugänge für Menschen in vulnerablen Situationen optimiert sowie die Prävention in der Gesundheitsversorgung und die multisektorale und interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden.

Mehr Menschen bleiben gesund oder haben trotz chronischer Krankheit eine hohe Lebensqualität. Weniger Menschen erkranken an vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten oder sterben vorzeitig. Die Menschen werden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen.

Vision

Die NCD-Strategie stellt das Wohl und die Gesundheit des Menschen ins Zentrum ihres Wirkens und geht dabei davon aus, dass Menschen Verantwortung für sich, ihre Gesundheit und ihre Umwelt übernehmen. 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. Um dies zu erreichen und dem Aspekt der Chancengleichheit Rechnung zu tragen, ist die Zusammenarbeit von verschiedenen Politikbereichen von zentraler Bedeutung.

¹ Gemeinsam mit den psychischen Erkrankungen weisen diese fünf NCDs die grösste gesamtgesellschaftliche Krankheitslast auf, indem sie massgeblich für vorzeitige Todesfälle, chronisches Leiden und verminderte Lebensqualität verantwortlich sind.

Die NCD-Strategie enthält vier übergeordnete Ziele, die von sechs spezifischen Zielen ergänzt werden:

Strategische Ziele

Übergeordnete langfristige Ziele

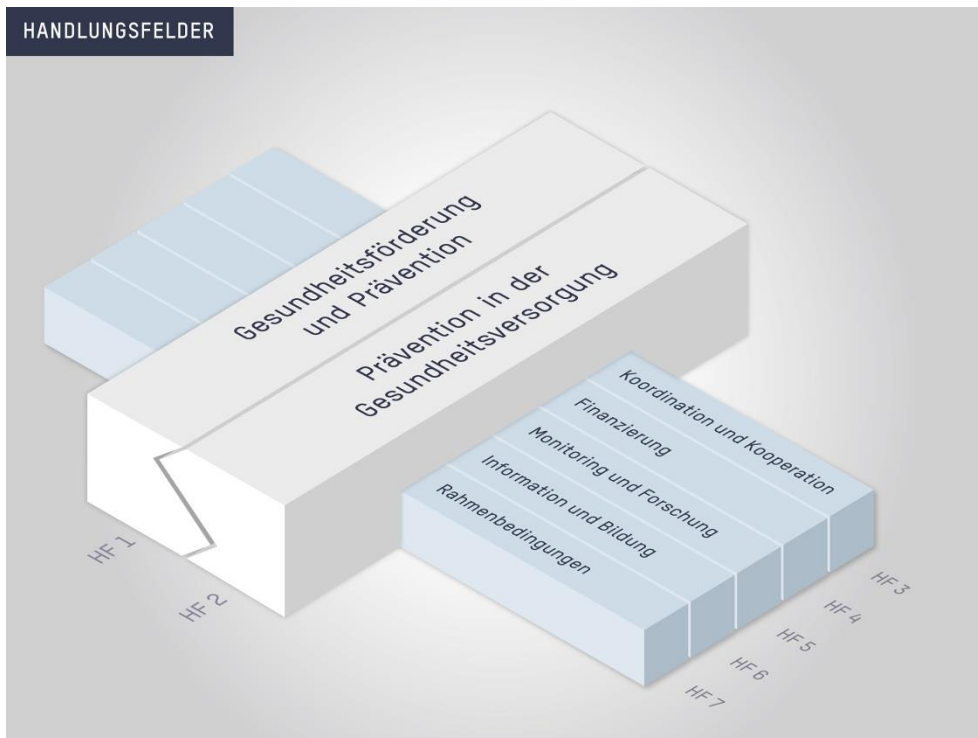
1. *Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast*
2. *Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung*
3. *Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle*
4. *Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft*

Spezifische Ziele

1. *Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren*
2. *Verbesserung der Gesundheitskompetenz*
3. *Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen*
4. *Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention*
5. *Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken*
6. *Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit*

Um die Ziele zu erreichen, strebt die Strategie eine Wirkung in sieben Handlungsfeldern (HF) an. Von zentraler Bedeutung sind HF 1 «Gesundheitsförderung und Prävention» sowie HF 2 «Prävention in der Gesundheitsversorgung». HF 1 adressiert die Gesundheitskompetenz, das eigenverantwortliche Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. HF 2 zielt auf die Stärkung von gefährdeten oder erkrankten Menschen in ihrem Umgang mit Risikofaktoren, ihrer Erkrankung und den damit verbundenen Folgen ab. Die beiden zentralen Handlungsfelder werden von fünf weiteren Handlungsfeldern unterstützt: HF 3 «Koordination und Kooperation»; HF 4 «Finanzierung»; HF 5 «Monitoring und Forschung»; HF 6 «Information und Bildung»; HF 7 «Rahmenbedingungen».

Handlungsfelder



HF 1: Gesundheitsförderung und Prävention

Die Bevölkerung wird in ihrem Bestreben unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln bzw. zu pflegen und Risikofaktoren, die zu einer NCD führen können, vorzubeugen. Dazu werden bestehende, strategierelevante Ansätze weitergeführt. Massnahmen, die bedarfsorientiert Lebensphasen- und Settingansätze integrieren und mehrere Risikofaktoren umfassen, werden gestärkt. Der gezielten Förderung von vulnerablen Menschen wird besonders Rechnung getragen.

HF 2: Prävention in der Gesundheitsversorgung

Evidenzbasierte Massnahmen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung werden nachhaltig verankert und weiterentwickelt. Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert, so dass eine koordinierte Versorgung sichergestellt werden kann.

HF 3: Koordination und Kooperation

Bestehende, etablierte Plattformen werden weiter genutzt und auf die Zielsetzungen der NCD-Strategie ausgerichtet. Es wird eine NCD-Stakeholderkonferenz etabliert, welche die Umsetzung der Strategie regelmässig thematisiert und den Akteuren eine Plattform bietet. Ein Fachgremium berät spezifische Fragen im Bereich der Prävention in der Gesundheitsversorgung.

HF 4: Finanzierung

Damit die in dieser Strategie formulierten Ziele erreicht werden können, ist eine strategieorientierte Verwendung der finanziellen Mittel sicherzustellen. Zur Etablierung präventiver Angebote in der Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Prävention im Alter sollen zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden.

HF 5: Monitoring und Forschung

Aufbauend auf bestehenden Datengrundlagen wird ein NCD-Monitoringsystem etabliert. Bestehende Forschungsschwerpunkte werden überprüft, bei Bedarf werden neue gesetzt. Innovation wird unterstützt. Schwerpunkte bilden dabei die wissenschaftliche Begleitung multisektoraler und risikofaktorenübergreifender Präventionsprojekte sowie von Projekten zur Stärkung der Schnittstellen zwischen Gesundheitsversorgung und Prävention.

HF 6: Information und Bildung

Die Öffentlichkeit wird aktiv über NCDs, deren Ursachen und über die Bedeutung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen informiert. Es wird sichergestellt, dass auch Menschen in vulnerablen Situationen Zugang zu zielgruppengerechten Informationen erhalten. Für chronisch Kranke und ihre Angehörigen werden Bildungsangebote entwickelt, die sie darin unterstützen, handlungsorientierte Kompetenzen über Prävention in der Gesundheitsversorgung aufzubauen.

HF 7: Rahmenbedingungen

Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen werden so konzipiert und gestaltet, dass ein gesundheitsförderliches Verhalten für die Bevölkerung attraktiv ist. Die Chancengerechtigkeit im Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention wird angestrebt. Präventions- und Gesundheitsanliegen werden in der multisektoralen Gesundheitspolitik verstärkt berücksichtigt.

Die NCD-Strategie ist auf den Zeitraum von 2017 bis 2024 ausgelegt. Bund, Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz werden nach Verabschiedung der Strategie gemeinsam Massnahmen definieren, die ab 2017 umgesetzt werden. Die weiteren staatlichen und nicht-staatlichen Akteure sind dazu eingeladen, ihre Aktivitäten ebenfalls auf die Zielsetzungen der NCD-Strategie auszurichten und ihre Aktivitäten so zu entwickeln, dass sie sich gegenseitig unterstützen und ergänzen.

Umsetzung

Bund und Kantone erstatten dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik regelmässig Bericht und legen Rechenschaft über die Umsetzungsschritte zur Erreichung der Ziele ab. Mit einem Zwischenbericht wird der Bundesrat im Jahr 2020 über den Verlauf der Umsetzung der Strategie informiert, 2024 erhält er einen Evaluationsbericht, der Informationen zu Relevanz, Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Massnahmen enthält.

Inhalt

Vorwort	3
Die NCD-Strategie in Kürze.....	4
1 Herausforderungen und Auftrag	9
1.1 Gesellschaftliche Herausforderungen	9
1.2 Nationale NCD-Strategie	10
1.3 Wichtigste Schnittstellen.....	10
2 Nichtübertragbare Krankheiten im Überblick.....	13
2.1 Krankheitslast	13
2.2 Risikofaktoren.....	16
2.3 Kosten.....	19
3 Prävention heute.....	23
3.1 Internationale Aktivitäten	23
3.2 Prävention in der Schweiz	24
3.3 Präventionsansätze	26
3.4 Ausgaben und Finanzierung.....	30
4 Vision und strategische Ziele	33
5 Handlungsfelder und Stossrichtungen.....	34
5.1 HF 1 Gesundheitsförderung und Prävention.....	37
5.2 HF 2 Prävention in der Gesundheitsversorgung	38
5.3 HF 3 Koordination und Kooperation	40
5.4 HF 4 Finanzierung	41
5.5 HF 5 Monitoring und Forschung	43
5.6 HF 6 Information und Bildung.....	45
5.7 HF 7 Rahmenbedingungen	46
6 Umsetzung der Strategie	49
Anhang	51
Beispiele	51
Abkürzungen	54
Danksagung	55
Glossar	56
Zahlenspiegel	60

1 Herausforderungen und Auftrag

1.1 Gesellschaftliche Herausforderungen

Bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren übertragbare Krankheiten (Infektionen) die Hauptursache für Erkrankungen und vorzeitigen Tod. Dank gesellschaftlicher und medizinischer Fortschritte konnten diese Krankheiten seither stark eingedämmt werden und die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich massiv verbessert. In der Folge wurden jedoch nichtübertragbare Erkrankungen (engl. noncommunicable diseases, kurz: NCDs) weltweit zur Hauptursache für die Krankheitslast in der Bevölkerung. Diese Erkrankungen wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und chronische Atemwegserkrankungen oder muskuloskelettale Erkrankungen verursachen vorzeitige Todesfälle, chronisches Leiden und verminderte Lebensqualität. Damit verbunden sind zudem hohe volkswirtschaftliche Kosten.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von NCDs weiterhin zunehmen wird. Der Bericht Gesundheit2020², der die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates beschreibt, hält dazu fest: «Die sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen, die demografischen Veränderungen, der medizinisch-technische Fortschritt und das sich ändernde Gesundheitsverhalten führen dazu, dass es immer mehr Patienten/-innen mit chronischen, übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten gibt. Damit wächst auch die Zahl der Patienten/-innen, die das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen.»

Weiter hält der Bundesrat fest: «Die Versorgung wird sich wandeln müssen: Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung muss in Zukunft noch mehr von den Patienten/-innen aus gedacht werden, ihre Bedürfnisse sollen im Zentrum stehen. Die heutigen Versorgungsstrukturen sind zu stark auf die Akutversorgung und den stationären Bereich ausgerichtet. Die Patienten/-innen müssen in Zukunft differenzierter versorgt werden. Die Leistungen sind stärker auf die Krankheitsvorbeugung, die Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten sowie auf den letzten Lebensabschnitt auszurichten.»

Der OECD-Länderbericht³ für die Schweiz aus dem Jahr 2011 kommt zu einem ähnlichen Schluss: «Trotz bemerkenswerter Errungenschaften werden sich die politischen Entscheidungsträger der Schweiz in Zukunft bedeutenden Herausforderungen stellen müssen, um die Leistungen des Gesundheitssystems aufrecht zu erhalten und zu verbessern. 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 vorausahnen. [...] Diese Tendenz dürfte zusammen mit medizintechnischen Fortschritten und der demographischen Alterung dazu führen, dass in den kommenden Jahrzehnten für Schweizer Einwohner und Einwohnerinnen die Wahrscheinlichkeit zunimmt, an einer oder mehreren chronischen Krankheiten zu leiden.»

Der Nationale Gesundheitsbericht legt 2015⁴ ein besonderes Augenmerk auf zentrale Aspekte chronischer Erkrankungen und gibt damit einen aktuellen Überblick über die NCDs in der Schweiz. Auch in diesem Bericht wird festgestellt, dass NCDs

² <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

³ OECD/WHO (2012). OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz 2011, FOPH, Bern. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264179738-de>

⁴ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

eine der grössten Herausforderungen für das Gesundheitssystem und die öffentliche Gesundheit darstellen.

1.2 Nationale NCD-Strategie

Um den gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen, hat der Dialog Nationale Gesundheitspolitik⁵ im Jahr 2013 die Erarbeitung einer «Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten» (NCD-Strategie) in Auftrag gegeben. Auch mit der Bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020⁶ wird eine Stärkung der Vorbeugung von NCDs und eine bessere Begleitung von chronisch Kranken angestrebt.⁷ Die NCD-Strategie ist ein zentrales Ziel der Legislaturplanung des Bundes 2016–2019.

Auftrag

Die NCD-Strategie bietet staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren einen Orientierungsrahmen für ihre Anstrengungen zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten. Sie fokussiert auf die Verhinderung von NCDs und ergänzt die bestehenden krankheitsspezifischen Teilstrategien (siehe Kap. 1.3.) in den präventionsrelevanten Aspekten. Aufbauend auf Bestehendem zeigt sie gleichzeitig Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung auf.

Ausrichtung

Die Schwerpunktsetzung orientiert sich an der Ausrichtung der WHO, welche die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegserkrankungen und Diabetes in den Mittelpunkt stellt. Aufgrund der spezifischen Krankheitslast in der Schweiz wird auch die Prävention muskuloskelettaler Krankheiten einbezogen. Die NCD-Strategie fokussiert aber nicht nur die einzelnen Krankheiten, sondern bekämpft deren gemeinsame Ursachen und zeigt Wege auf, wie sie verhindert, verzögert und/oder deren Folgen reduziert werden können.

Schwerpunkte

Die Verantwortung für die Erarbeitung der NCD-Strategie wurde partnerschaftlich von den federführenden Akteuren Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) getragen. Zahlreiche weitere Organisationen haben sich bei der Erarbeitung der Strategie engagiert (siehe Anhang). Die Inhalte der Strategie wurden aufbauend auf zwei Grundlagenberichten⁸, welche die Themen «Risikofaktoren, nationale Präventionsaktivitäten und Synergien zu krankheitsspezifischen Teilstrategien» und «Prävention in der Gesundheitsversorgung» vertieft beleuchteten, gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der wichtigsten Akteursgruppen erarbeitet.

Erarbeitungsprozess

Von August bis September 2015 führte das BAG gemeinsam mit der GDK eine Konsultation bei den Akteuren durch. Die Ergebnisse dieses Konsultationsverfahrens wurden ausgewertet und flossen in die vorliegende Strategie ein.

1.3 Wichtigste Schnittstellen

Insbesondere bei nachfolgend aufgeführten Strategien, Programmen und Projekten werden bei der Umsetzung der NCD-Strategie eine gute Koordination und eine mög-

⁵ www.nationalegesundheitspolitik.ch

⁶ <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de>

⁷ Folgende Ziele von Gesundheit2020 werden mit der NCD-Strategie adressiert: Ziel 1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern; Ziel 1.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren; Ziel 2.1 Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken; Ziel 2.3 Versicherte und Patienten/-innen stärken; Ziel 3.3 Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal.

⁸ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/index.html?lang=de>

lichst grosse Nutzung von Synergien angestrebt. Aufgrund der sich daraus ergebenden Schnittstellen erfolgt bei der Umsetzung eine Zusammenarbeit mit den jeweils zuständigen Organisationen.

Strategien und Projekte der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 mit denen eine enge Koordination stattfindet:

- Sowohl die *NCD-Strategie* als auch die vom Bundesrat im November 2015 verabschiedete *Strategie Sucht* wirken sowohl im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention als auch in der Gesundheitsversorgung. Die *Nationale Strategie Sucht* legt zudem einen Schwerpunkt auf die Versorgung abhängiger Menschen (Früherkennung und Therapie von Sucht sowie Schadensminderung). Die Schnittstellen zwischen der *NCD-Strategie* und der *Strategie Sucht* finden bei der Umsetzung besondere Beachtung. So werden die Massnahmen der *NCD-Strategie* und der *Strategie Sucht* ab 2016 gemeinsam erarbeitet.
- Gegenstand des *Projekts Psychische Gesundheit* sind die Aufrechterhaltung und die Förderung der psychischen Gesundheit sowie die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen. Der *Aktionsplan Suizidprävention* verwendet den Bericht zur psychischen Gesundheit und schnürt einzelne thematische Arbeitspakete. Auch die Massnahmen dieses Projektes werden ab 2016 gemeinsam mit den Massnahmen der NCD-Strategie erarbeitet.
- Die *Strategie zur Langzeitpflege* adressiert die Tatsache, dass mit der Alterung der Gesellschaft ein erheblicher Finanzierungsbedarf in der Langzeitpflege auf die Schweiz zukommt. Sie analysiert die politischen, finanziellen, arbeitsmarktlischen, infrastrukturellen und gesellschaftlichen Herausforderungen und stellt Handlungsoptionen – auch im Zusammenhang mit der Prävention von Pflegebedürftigkeit – dar.
- Die *Nationale Demenzstrategie 2014–2017* soll die mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen verringern und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. So sollen Menschen mit einer Demenzerkrankung unter anderem Zugang zu qualitativ hochstehenden, niederschwelligen und kontinuierlichen Angeboten einer integrierten Versorgung haben.
- Die *Strategie Nachhaltige Entwicklung 2016–2019* (Federführung Bundesamt für Raumentwicklung) stützt sich in ihrem Handlungsfeld 9 (Gesundheit) auf die NCD-Strategie. Somit ist die NCD-Strategie unerlässlich für deren Zielerreichung.

Krankheitsspezifische Strategien mit definierten Abgrenzungen zur NCD-Strategie:

- Die *Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017* (erarbeitet durch Oncosuisse im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik) legt in den Bereichen Vorsorge, Betreuung und Forschung die für die kommenden Jahre wichtigen Handlungsfelder und Projekte fest. Unter anderem werden die Früherkennung und die Verbesserung der Datengrundlagen gefördert.
- Die *Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes* (Start Erarbeitung 2014, ein Projekt von Cardiovasc Suisse) 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 zu stärken, dies insbesondere im Bereich der Behandlung und Therapie bereits erkrankter Menschen.
- Die *Nationale Strategie gegen muskuloskelettale Krankheiten* (Start Erarbeitung 2015, ein Projekt der Rheumaliga Schweiz) bezweckt in Ergänzung zur NCD-

Strategie die vielfältigen Aktivitäten der Prävention und Versorgung im Bereich der muskuloskelettalen Krankheiten zu systematisieren und zu koordinieren.

Folgende nationale Präventionsprogramme werden in die vorliegende Strategie und die neu zu erarbeitenden Massnahmenpakete integriert:

- *Alkohol (2008–2012, verlängert bis 2016)*: Dieses Programm vereint eine Allianz von Akteuren aus dem Bereich der Alkoholprävention. Themen sind die Forschung und das Monitoring, die Kommunikation, die internationale Vernetzung sowie die Finanzierung der Alkoholpräventionsgesuche.
- *Tabak (2008–2012, verlängert bis 2016)*: Dieses Programm verfolgt das Ziel, die Anzahl tabakbedingter Todes- und Krankheitsfälle in der Schweiz zu reduzieren. Vier Handlungsfelder sind priorisiert: Information und Meinungsbildung, Gesundheitsschutz und Marktregulierung, Verhaltensprävention, Koordination und Zusammenarbeit.
- *Ernährung und Bewegung (2008–2012, verlängert bis 2016)*: Die Vision des Programmes ist es, die Bevölkerung zu motivieren, sich ausgewogen zu ernähren und genügend zu bewegen. Damit sollen Übergewicht, Adipositas, Essstörungen und weitere damit in Zusammenhang stehende NCDs wirksam bekämpft werden. Teil davon ist die *Schweizer Ernährungsstrategie (2013–2016)*. Sie fokussiert mit Hinweis auf die zunehmende Häufigkeit nichtübertragbarer Krankheiten auf eine ausgewogene Ernährung und formuliert sechs Handlungsfelder.
- *Migration und Gesundheit (2002–2007, 2008–2013, 2014–2017)*: Das Programm bezweckt, das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Migrationsbevölkerung in der Schweiz zu verbessern.

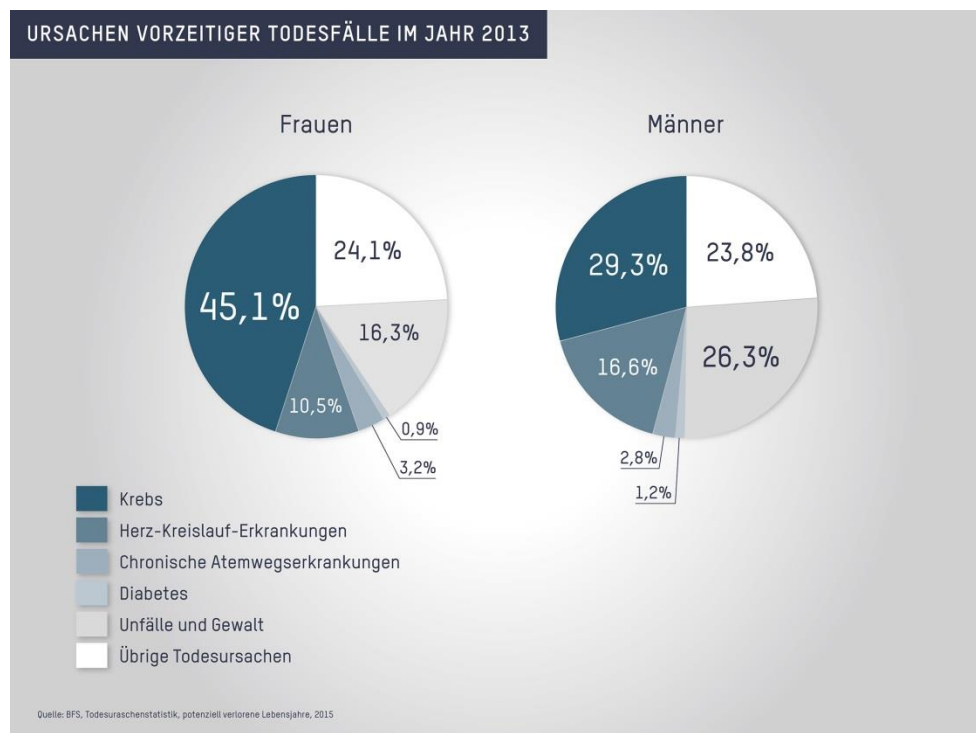
2 Nichtübertragbare Krankheiten im Überblick

2.1 Krankheitslast

Somatische nichtübertragbare Krankheiten entwickeln sich in der Regel relativ langsam über viele Jahre hinweg, so auch die im Fokus dieser Strategie stehenden fünf NCDs Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege und muskuloskelettale Erkrankungen. Durch Gesundheitsförderung und frühzeitige Prävention kann das Auftreten einer NCD in vielen Fällen vermieden oder zumindest verzögert werden. Aber auch bei einer bestehenden NCD kann die Lebensqualität und die Selbstständigkeit häufig verbessert werden, zum Beispiel durch eine Anpassung des Lebensstils. Betroffene Menschen leben trotz ihrer Erkrankung meist noch viele Jahre, die Behandlung geschieht oft ambulant, stationäre Spitalaufenthalte sind nur bei schwereren Gesundheitsproblemen notwendig.

Laut dem Bundesamt für Statistik (BFS) waren in der Schweiz 2013 vier NCDs ursächlich für rund zwei Drittel aller Todesfälle: Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ca. 33 %), Krebs (ca. 26 %), Krankheiten der Atmungsorgane (ca. 6 %) und Diabetes (ca. 2 %).

NCDs sind zudem verantwortlich für die meisten Fälle von vorzeitiger Sterblichkeit.⁹ Im Jahr 2013 verursachten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartiger Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Diabetes bei Männern 49,9 % (von total 109 223 verlorenen potenziellen Lebensjahren VPL) und bei Frauen 59,6 % (von total 60 570 VPL) der vorzeitigen Mortalität. Betroffen sind bei den Männern ca. 5400 und bei den Frauen ca. 3500 Personen, was pro Person im Durchschnitt mehr als zehn verlorene Lebensjahre ausmacht.¹⁰



⁹ Gemäss Definition des BFS wird die vorzeitige Sterblichkeit mittels der Anzahl der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) gemessen. VPL sind Lebensjahre, die in einem Kalenderjahr durch Todesfälle vor dem vollendeten 70. Altersjahr verloren gehen.

¹⁰ Quelle Spezialauswertung BFS

Nachfolgend wird die aktuelle Situation der für diese Strategie zentralen Erkrankungen kurz dargestellt. Informationen zu diesen und weiteren NCDs finden sich auch im Nationalen Gesundheitsbericht 2015.¹¹

Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören sowohl Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs (wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall) als auch unspezifische, generelle Schwächungen des Herz-Kreislauf-Systems bei Personen im hohen Alter. Relevant für die NCD-Strategie sind insbesondere die Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufs. Kardiovaskulär bedingte Todesfälle sind bei Frauen um einen Fünftel häufiger als bei Männern (2013: 11 793 gegenüber 9719). Die Mortalität infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist rückläufig, bei den Männern stärker als bei den Frauen. Männer werden häufiger wegen einer Herz-Kreislauf-Erkrankung stationär behandelt als Frauen (2012: 67 549 gegenüber 53 208). In den letzten 16 Jahren hat sich die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit halbiert, während sich die Anzahl der im Spital behandelten Herzinfarkte und Hirnschläge verdreifacht hat. Den besseren Überlebenschancen stehen heute somit die längere Krankheitsdauer und die hohen Kosten für das Gesundheitssystem gegenüber.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Als Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten Tabakkonsum, Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, zu viel Alkohol, Bluthochdruck, zu hoher Cholesterinwert, zu hoher Blutzuckerspiegel, Diabetes und Übergewicht.

Vier von zehn Personen erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs. Jedes Jahr werden rund 20 000 neue Krebsdiagnosen bei Männern und 17 000 bei Frauen gestellt. Krebs kann in jedem Alter auftreten, das Erkrankungsrisiko nimmt mit dem Alter jedoch zu: Lediglich etwas mehr als jedes zehnte Krebsleiden betrifft Personen unter 50 Jahren. Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in der Schweiz, rund 9200 Männer und 7300 Frauen sterben jährlich daran.¹² Als Hauptrisikofaktoren gelten Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung sowie Übergewicht.

Krebs

Bei den chronischen Atemwegserkrankungen stehen Asthma und die chronische obstruktive Lungenerkrankung COPD (*Chronic Obstructive Pulmonary Disease*) besonders im Fokus. Rund 6,7 % der Erwachsenen und 7,4 % der Minderjährigen in der Schweiz erkranken an Asthma (2011 insgesamt rund 543 000 Personen), unter COPD leiden 5,1 % bis 7,0 % der Bewohnerinnen und Bewohner.¹³ Das Total der Patientinnen und Patienten liegt somit zwischen 400 554 und 562 247. Etwa 90 % aller COPD-Betroffenen rauchen oder haben geraucht. Gefährdet sind ebenfalls Menschen, die übergewichtig und/oder bei ihrer Arbeit in der Landwirtschaft oder Industrie ungeschützt Staub ausgesetzt sind und Schadstoffe einatmen.

Chronische Atemwegserkrankungen

Diabetes ist sowohl eine NCD als auch ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. 90 bis 95 % aller Diabetesfälle sind solche des Typs II. Bei einer Befragung der Privathaushalte im Jahr 2012 gaben 4,4 % der Männer und 2,7 % der Frauen ab 15 Jahren an, dass sie in den letzten 12 Monaten wegen Diabetes in ärztlicher Behandlung waren.¹⁴ Der Anteil Betroffener steigt bei den Männern ab 45 Jahren und bei den Frauen ab 55 Jahren rasch an. Trends weisen darauf hin, dass auch bei jüngeren, vorwiegend übergewichtigen Personen zunehmend Diabetes diagnostiziert wird. Diabetes des Typs II verläuft meistens über

Diabetes

¹¹ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

¹² <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05.html>

¹³ Wüthrich, B. et al. (2013), Prevalence of Atopy and Respiratory Allergic Diseases in the Elderly SAPALDIA Population. *Int Arch Allergy Immunol*, 162(2): p. 143–8.

¹⁴ Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012; <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/>

lange Zeit symptomlos, Früherkennung und Prävention spielen daher eine besonders wichtige Rolle. Risikofaktoren für eine Diabeteserkrankung sind Bewegungsmangel, unausgewogene Ernährung, Tabakkonsum und Übergewicht.

Muskuloskelettale Erkrankungen umfassen alle Erkrankungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und Knochen und manifestieren sich in über 200 verschiedenen Krankheitsbildern wie Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Rückenbeschwerden oder Weichteilrheuma. In der Schweiz leiden gemäss Schätzungen rund 2 Mio. Menschen an einer muskuloskelettalen Erkrankung, 300 000 davon sind schwer- bis schwerstbehindert.¹⁵ Die Risikofaktoren vieler muskuloskelettalen Erkrankungen sind auch lebensstilbedingt: Übergewicht, mangelnde Bewegung, ungesunde Ernährung, inadäquates ergonomisches Verhalten, übermässiger Alkoholkonsum, Tabakkonsum und psychosoziale Risikofaktoren/Stress.

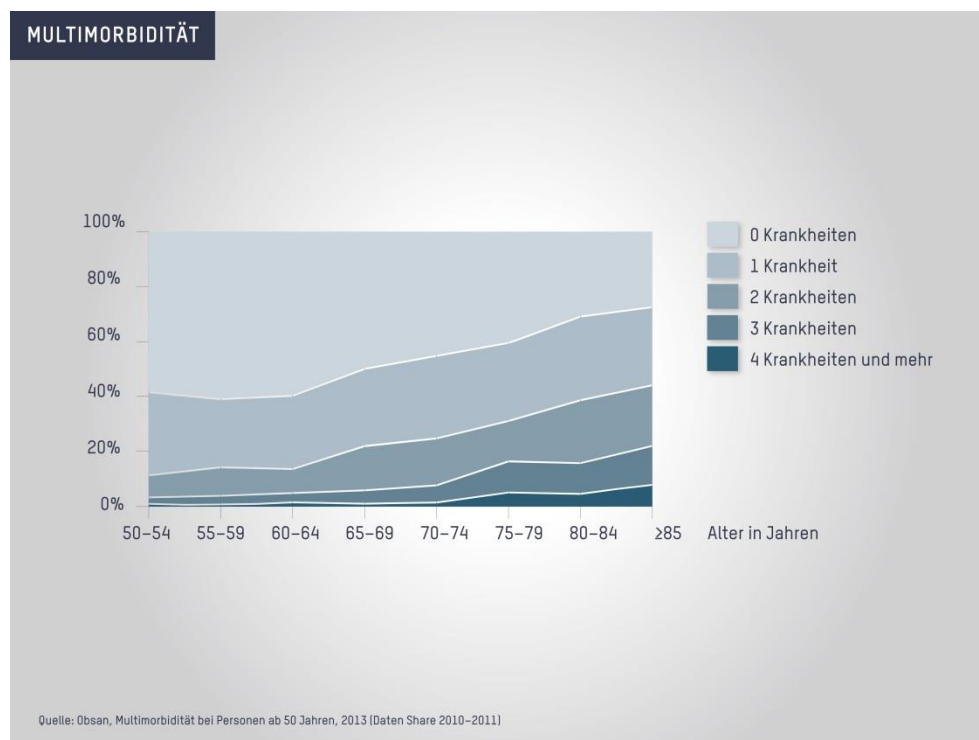
**Muskuloskelettale
Erkrankungen**

Nebst den oben genannten, krankheitsspezifischen Risikofaktoren besteht bei allen fünf NCDs ein Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und Auftretenswahrscheinlichkeit der NCD. So erkranken Personen, die einen niedrigen Bildungsstand haben, häufiger an einer NCD als Personen, die über einen hohen Bildungsstand verfügen.¹⁶

Soziale Ungleichheit

Mit zunehmendem Alter leiden Menschen häufig nicht nur an einer, sondern an mehreren Krankheiten (Multimorbidität) – meist sind dies nichtübertragbare Krankheiten: bei den 50-Jährigen sind etwa 10 % multimorbid, bei den 80-Jährigen bereits über 30 %. In 11 % der Todesfälle findet sich eine einzelne Diagnose, bei 24 % sind es deren zwei, bei 30 % drei und bei 31 % der Todesfälle vier Diagnosen.¹⁷

Multimorbidität



¹⁵ Werte gemäss Angaben Rheumaliga Schweiz, 2015

¹⁶ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

¹⁷ Moreau-Gruet, BFS 2013. Bulletin des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums 4. La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus.

Nebst den fünf erwähnten NCDs können Menschen an weiteren somatischen NCDs erkranken, deren Auftreten und Folgen auf individueller Ebene genauso belastend sein können. Beispiele sind Multiple Sklerose oder chronische Magen-Darm-Erkrankungen. Durch ihr weniger häufiges Auftreten verursachen sie auf gesamtgesellschaftlicher Ebene eine niedrigere Krankheitslast¹⁸ und sind deswegen nicht explizit Gegenstand dieser Strategie. Sofern sie über den Lebensstil bzw. die Reduktion von Risikofaktoren beeinflusst werden können, kann sich die Umsetzung der Strategie aber auch auf diese Krankheiten positiv auswirken.

Weitere NCDs

2.2 Risikofaktoren

Grundsätzlich wird zwischen *lebensstilbezogenen Risikofaktoren* (z.B. unausgewogene Ernährung) und *physiologischen Risikofaktoren* (z.B. hoher Cholesterinwert) unterschieden. Beide Arten von Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer NCD zu erkranken. Schutzfaktoren wie ausreichende Bewegung hingegen senken dieses Risiko.

Eine kürzlich in der Schweiz veröffentlichte Studie¹⁹ zeigt auf, dass das Zusammenwirken der vier lebensstilbezogenen Risikofaktoren, Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung in engem Zusammenhang mit der Überlebenswahrscheinlichkeit eines Menschen in den nächsten 10 Lebensjahren steht. Die Kombination dieser vier Risikofaktoren ist vergleichbar mit einem Altersunterschied von 10 Jahren: So hat beispielsweise ein 65-Jähriger mit ungesundem Lebensstil dieselbe Chance, die nächsten 10 Jahren zu überleben (67 %), wie ein 75-Jähriger mit gesundem Lebensstil (67 %).

Das Zusammenwirken von verschiedenen Einflussfaktoren beschreibt auch die WHO²⁰. Die nachfolgende Darstellung basiert unter anderem auf den Ergebnissen der «Global NCD Risk Factor Surveillance»²¹ und fasst zusammen, welche Einflussfaktoren sich massgeblich auf die Entstehung und Entwicklung von NCDs auswirken (erster Block = verhaltensbezogene Risiko- und Schutzfaktoren; zweiter Block = physiologische Risikofaktoren, dritter Block = sozio-ökonomische Faktoren).

¹⁸ vorzeitige Todesfälle, chronisches Leiden, verminderte Lebensqualität

¹⁹ Martin-Diener E. et al. (2014) The combined effect on survival on four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. Preventive Medicine, Volume 65, Issue null, pages 148–152.

²⁰ WHO (2014) Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva. Fact sheets: noncommunicable diseases: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

²¹ WHO (Global NCD Risk Factor Surveillance); diverse Quellen für muskuloskelettale Krankheiten, http://www.who.int/ncd_surveillance/strategy/en/; zudem folgende: National Public Health Partnership (2001). Preventing Chronic Disease: A Strategic Framework. Victoria, Australia; BAG (Hrsg.) (2012). Sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern; WHO (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Geneva; WHO (2015). Fact sheets: noncommunicable diseases, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.

Nachfolgend wird die aktuelle Situation der für diese Strategie zentralen Risikofaktoren kurz dargestellt.

KRANKHEITEN UND EINFLUSSFAKTOREN		Krankheiten				
Einflussfaktoren		Herz-Kreislauf-Erkrankungen	Diabetes	Krebs	Chronische Atemwegserkrankungen	Muskuloskelettale Erkrankungen
	 Tabak	●	●	●	●	●
	 Alkohol	●		●		●
	 Ernährung	●	●	●		●
	 Bewegung	●	●	●		●
	 Blutdruck	●				
	 Blutfettwerte	●				
	 Gewicht	●	●	●	●	●
	 Sozioökonomischer Status	●	●	●	●	●

Rund ein Fünftel der über 15-jährigen Schweizer Bevölkerung (22 %) konsumierte im Jahr 2013 risikoreich Alkohol: Punktuell risikoreich konsumierten 21,1 % der Bevölkerung²², 3,9 % konsumierten chronisch risikoreich.²³ 3 % davon zeigten beide Verhaltensweisen. Der risikoreiche Alkoholkonsum ist im Vergleich zum Jahr 2012 konstant geblieben und im Vergleich zu 2011 leicht angestiegen. Das Rauschtrinken nahm zu, während der chronisch risikoreiche Alkoholkonsum – vor allem bei Frauen – rückläufig war.²⁴ Aktuelle Untersuchungen²⁵ zum Alkoholkonsum von Schülerinnen und Schülern zeigen, dass rund ein Drittel der 15-Jährigen im Jahr 2002 mindestens wöchentlich Alkohol konsumierte, dieser Wert danach jedoch stark absank, so dass im Jahr 2014 nicht mehr als jeder zehnte 15-Jährige mindestens wöchentlich Alkohol konsumiert hat.

Alkohol

Seit 2002 hat der Anteil der Personen, die sich ausreichend bewegen, leicht zugenommen.²⁶ Aktuell sind 72 % der Schweizer Wohnbevölkerung ausreichend aktiv, das heisst, ihre Aktivität entspricht den Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung.²⁷ Gleichzeitig ist der Anteil der Inaktiven, die sich weniger als 30 Minuten pro Woche bewegen, gesunken. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche die

Bewegung

²² Punktuell risikoreicher Konsum gemäss WHO: Für Frauen: Konsum von vier und mehr alkoholischen Standarddrinks bei einer Gelegenheit (= ca. 40–48 Gramm Reinalkohol und mehr), mindestens monatlich. Für Männer: Konsum von fünf und mehr alkoholischen Standarddrinks bei einer Gelegenheit (= ca. 50–60 Gramm Reinalkohol und mehr), mindestens monatlich.

²³ Chronisch risikoreicher Alkoholkonsum gemäss WHO: Für Frauen: Konsum von 20g und mehr Reinalkohol (= ca. zwei Standardgetränke und mehr) im Durchschnitt pro Tag. Für Männer: Konsum von 40g und mehr Reinalkohol (= ca. vier Standardgetränke und mehr) im Durchschnitt pro Tag.

²⁴ Für Alkohol und Tabak stellt das Suchtmonitoring Schweiz im Auftrag des BAG wichtige Datengrundlagen zur Verfügung. Die aktuellsten Zahlen stammen aus dem Jahr 2014.

²⁵ Sucht Schweiz (2015) Substanzkonsum bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz im Jahr 2014 und Trend seit 1986. Resultate der «Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Forschungsbericht Nr. 75, Lausanne

²⁶ Monitoring-System Ernährung und Bewegung, www.moseb.ch

²⁷ Gesundheitswirksame Bewegung, <http://www.hepa.ch/>

Bewegungsempfehlungen nicht erfüllen, um ein mehrfaches tiefer.²⁸ Eine grosse Herausforderung ist der sitzende Lebensstil, sei es bei der Arbeit, zu Hause oder auch in der Freizeit und unterwegs.²⁹ Regelmässige körperliche Aktivität in der Freizeit kann nicht alle negativen Effekte von lang andauerndem Sitzen im Alltag ausgleichen.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012³⁰ zeigt auf, dass lediglich 19,2 % der Befragten die empfohlenen drei Portionen Gemüse/Salate und zwei Portionen Früchte pro Tag konsumieren. Der Anteil der ernährungsbewussten Personen hat sich seit 1992 kaum verändert, bei Kindern und Jugendlichen ist jedoch der Anteil derjenigen, die täglich mehrmals Früchte konsumieren, über die Zeit leicht angestiegen. Die vier am häufigsten genannten Hindernisse für eine gesunde Ernährung sind «eine grosse Vorliebe für gutes Essen», «der hohe Preis gesunder Nahrungsmittel», «Gewohnheiten und Zwänge des Alltags» und «der Zeitaufwand für den Kauf und die Zubereitung entsprechender Nahrungsmittel».

Ernährung

Ein Viertel der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren konsumiert Tabak (17,6 % täglich, 7,4 % gelegentlich). Täglich Zigarettenrauchende rauchen durchschnittlich 14,3 Zigaretten pro Tag (2001 noch 16 Zigaretten), Gelegenheitsrauchende 1,3 Zigaretten. Der Anteil Rauchender ist bei den 25- bis 34-Jährigen mit 34,4 % am höchsten und bei Personen ab 75 Jahren am geringsten. Der Tabakkonsum nahm bis Ende der 1990er Jahre stetig zu, um danach kontinuierlich zurückzugehen. Seit 2008 ist eine Stagnation festzustellen. Rauchende, die vor dem Alter von 15 Jahren mit dem täglichen Konsum beginnen, weisen einen höheren Grad an Nikotinabhängigkeit auf als jene, die in einem höheren Alter mit dem täglichen Konsum beginnen.³¹

Tabak

Physiologische Risikofaktoren können erblich bedingt sein, zu einem grösseren Teil sind sie jedoch die Folge verhaltensbezogener Risikofaktoren und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer NCD zu erkranken. Über die Anpassung des Lebensstils und teilweise auch über medikamentöse Therapien können physiologische Risikofaktoren beseitigt oder abgeschwächt werden.

**Physiologische
Risikofaktoren**

Eine Detailauswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 ergab, dass bei Erwachsenen 41 % von Übergewicht, davon 10,3 % von Adipositas (Übergewicht: $25 \leq \text{BMI} < 30$, Adipositas: $\text{BMI} \geq 30$) betroffen sind. Bei Kindern sind 19,1 % übergewichtig oder adipös.³² Die Hauptrisikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas sind mangelnde Bewegung und unausgewogene Ernährung.

In den Jahren 2002 bis 2012 stieg der Anteil derjenigen Personen an, die durch ihre Ärztin oder ihren Arzt mit Bluthochdruck diagnostiziert und entsprechend in Behandlung waren. Zurzeit werden rund 16 % der Bevölkerung wegen Bluthochdrucks behandelt und 26,8 % erhielten eine entsprechende Diagnose. Die Hauptrisikofaktoren für Bluthochdruck sind mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Stress, Tabakkonsum und risikoreicher Alkoholkonsum.

²⁸ Health Behaviour in School-aged Children (2010) Quelle: HBSC, 2010, MOSEB-Indikator 3.2 www.moseb.ch

²⁹ BASPO (Hrsg.) (2014). Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ. Bern

³⁰ <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/>; Die Datenerhebung erfolgt als telefonisches Interview in Deutsch, Französisch und Italienisch, dem sich ein schriftlicher Fragebogen anschliesst. Befragt wird die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten. Erhoben werden insbesondere der Gesundheitszustand und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen.

³¹ <http://www.suchtmonitoring.ch>

³² Aeberli, I., Murer, S. (2013). Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Schweizer Primarschulkindern: Eine Trendanalyse von 1999 bis 2012. ETH Zürich.

Auch ist seit 2002 der Anteil Personen angestiegen, die eine Diagnose wegen eines zu hohen Cholesterinspiegels erhalten haben: 2012 waren dies 17,4 %. Die Hauptrisikofaktoren für einen zu hohen Cholesterinspiegels sind unausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung, Rauchen, risikoreicher Alkoholkonsum und Stress.

Zusätzlich zu den oben genannten Risikofaktoren beeinflussen weitere, individuell unterschiedliche Risiken und Ressourcen (sogenannte Gesundheitsdeterminanten oder Schutzfaktoren) die Gesundheit des Einzelnen. Dies können zum Beispiel wirtschaftliche und kulturelle Rahmenbedingungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, das soziale Umfeld, oder der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und -diensten sein. Das Determinantenmodell³³ zeigt den Zusammenhang zwischen mikrosozialen und makrosozialen Rahmenbedingungen auf.

Gesundheitsdeterminanten



Die NCD-Strategie konzentriert sich zwar auf vier Risikofaktoren und fünf Krankheiten, die Bekämpfung dieser vier Risikofaktoren kann aber auch positive Auswirkungen auf weitere Erkrankungen haben. Zudem gibt es nebst der NCD-Strategie weitere Bestrebungen, die ebenfalls Risikofaktoren thematisieren und damit zur Erreichung der gemeinsamen Zielsetzungen beitragen. Auf der Ebene Primärprävention sind dies z. B. der Schutz vor Sonneneinstrahlung, Gesundheitsschutz im Betrieb oder Strahlenschutz. Auf Ebene Sekundärprävention sind kantonale Screeningprogramme (z.B. Mammographieprogramme) oder präventive medikamentöse Therapien (z.B. Medikamente gegen Bluthochdruck und ungünstige Blutfettwerte) nicht Teil der NCD-Strategie.

Abgrenzung

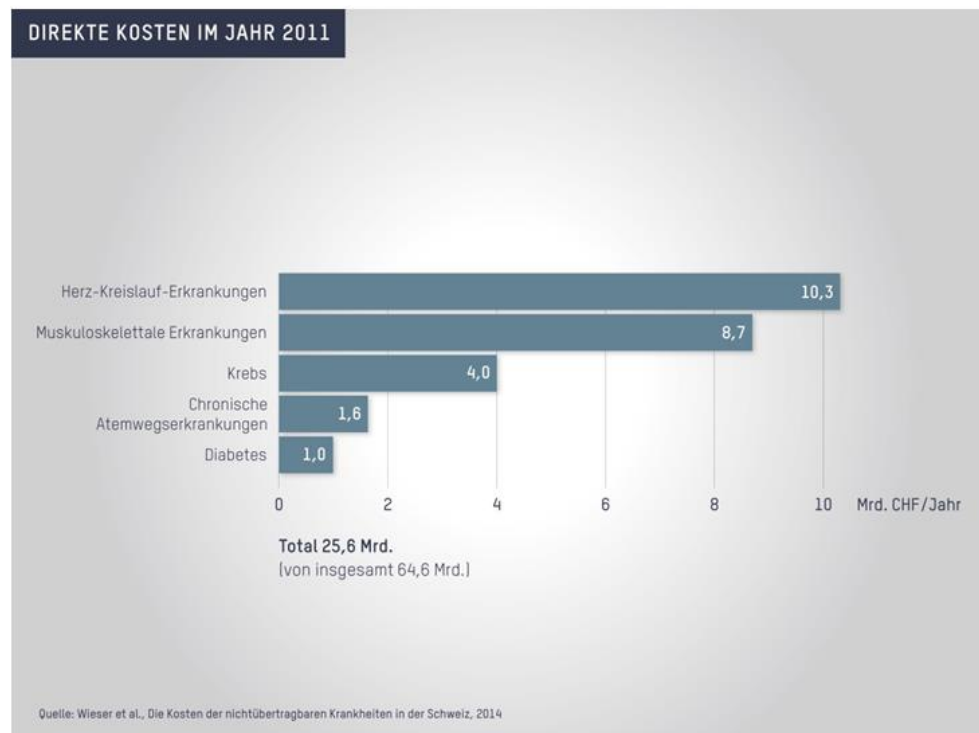
2.3 Kosten

Die Behandlung von NCDs hatte in der Schweiz 2011 direkte Kosten von 51,7 Mrd. CHF zur Folge, was über 80 % der gesamten Gesundheitsausgaben von 64,6 Mrd.

Direkte Kosten

³³ BAG (2005). Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik. Bern.

CHF entsprach.³⁴ Die Behandlung der fünf im Fokus der Strategie stehenden Krankheiten - Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebserkrankungen, chronischen Erkrankungen der Atemwege und muskuloskelettalen Erkrankungen – verursachten 2011 in der Schweiz 25,6 Mrd. CHF (39,7 %) direkte Gesundheitskosten. Berücksichtigt man auch noch die psychischen Erkrankungen und Demenz, so steigt dieser Wert auf 32,9 Mrd. CHF, was rund 51 % aller Gesundheitskosten ausmacht. Die restlichen Kosten von 18,8 Mrd. CHF verteilen sich auf zahlreiche, weniger häufig auftretende Krankheiten wie Erkrankungen des Verdauungstrakts, Leberzirrhosen, angeborene Erkrankungen, Erkrankungen der Sinnesorgane, der Haut und der Mundhöhle. Das Auftreten dieser Erkrankungen kann zumindest teilweise ebenso über die in Kapitel 2.2 aufgelisteten Risikofaktoren beeinflusst werden.



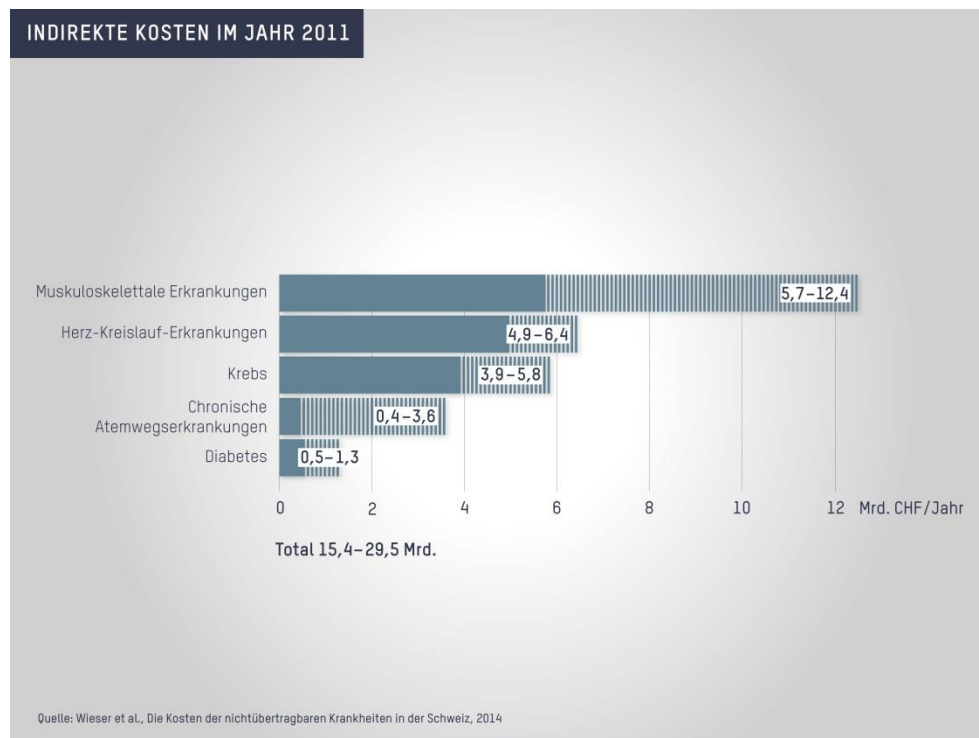
NCDs verursachen in der Schweiz ebenfalls massive indirekte Kosten³⁵, die je nach Berechnungsgrundlage insgesamt 15,4 bis 29,5 Mrd. CHF für die fünf in dieser Strategie adressierten NCDs ausmachen. Dabei handelt es sich hauptsächlich um Produktivitätsverluste, die aufgrund von Krankheit oder vorzeitigem Tod entstehen. Am Arbeitsplatz zeigen sich insbesondere krankheitsbedingte Fehlzeiten, eingeschränkte Leistungsfähigkeit und fortdauernde Abwesenheiten. Es muss z. B. auch die Zeit von Angehörigen und Freundinnen und Freunden berücksichtigt werden, die eine Person unentgeltlich pflegen.

Indirekte Kosten

³⁴ Beinhaltet alle NCDs, also Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen, Demenz, Diabetes, muskuloskelettale Erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungstrakts, neurologische Erkrankungen, Urogenitale- Blut- und Hormonerkrankungen, angeborene Erkrankungen und andere NCDs; Wieser, S. et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Berechnungsgrundlagen 2011. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.

³⁵ Wieser, S. et al. (2014). Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Berechnungsgrundlagen 2011. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur.

Gesamthaft ergibt sich folgendes Bild (Werte in Mrd. CHF, tiefster bis höchster erwarteter Wert):



Mit Massnahmen, die den individuellen Lebensstil und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflussen, können die Krankheitslast und die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten³⁶ verringert werden. So schätzt die WHO, dass weltweit rund 80 % aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu vermeiden wären, wenn die damit verbundenen Risikofaktoren reduziert werden könnten. Als Folge davon würden sich auch die damit zusammenhängenden Kosten signifikant reduzieren. Verschiedene Untersuchungen beschreiben diese Effekte, wie zum Beispiel eine gemeinsam von der WHO und dem World Economic Forum (WEF) durchgeführte Studie³⁷ die aufzeigt, dass Massnahmen zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu einer Reduktion von über 25 % direkten und indirekten Kosten führen können. Daraus ergeben sich pro investiertem US-Dollar Einsparungen von über 5 US-Dollar.

Kosten-Nutzen-Verhältnis

Für die Schweiz liegen, basierend auf Werten des Jahres 2010, detaillierte Kosten-Nutzen-Analysen für die Risikofaktoren Alkohol und Tabak vor.³⁸ Es konnte gezeigt werden, dass jeder investierte Franken einen belegbaren Nutzen hat (Alkohol 1:23; Tabak 1:41). Damit konnte nachgewiesen werden, dass der Rückgang der Prävalenz von Alkoholproblemen mit der Höhe der kantonalen Präventionsausgaben korreliert und dass mit den investierten Mitteln an anderer Stelle Kosten eingespart werden können, die deutlich über den Investitionen liegen. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Tabakprävention, bei der gezeigt werden konnte, dass «Präventionsmassnahmen wesentlich zum jüngsten Rückgang der Prävalenz des Rauchens und

³⁶ Schweizerische Eidgenossenschaft (2015). Entwicklungsszenarien im Gesundheitswesen. Bericht zum Legislaturfinanzplan 2013–2015 des Bundes. Bern.

³⁷ WHO/WEF (2008). Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596329_eng.pdf?ua=1

³⁸ Wieser, S. et al. (2010). Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur: http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de&download=NHZLp-Zeq7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbq2c_JiKbNoKSn6A--

Tabakkonsums in der Schweiz beigetragen haben. (...) Aus ökonomischer Sicht besteht das jährliche Ergebnis der Tabakprävention in einer Senkung der gesellschaftlichen Kosten der durch das Rauchen bedingten Erkrankungen um nahezu 800 Millionen Schweizer Franken (die möglichen Werte reichen von 544 bis 931 Millionen).»

3 Prävention heute

3.1 Internationale Aktivitäten

Die 66. Weltgesundheitsversammlung der WHO hat im Mai 2013 ihren globalen Aktionsplan zu nichtübertragbaren Krankheiten 2013–2020 verabschiedet.³⁹ Dieser hat folgende Vision: «A world free of the avoidable burden of noncommunicable diseases.» Er verfolgt das übergeordnete Ziel, «to reduce the preventable and avoidable burden of morbidity, mortality and disability due to noncommunicable diseases by means of multisectoral collaboration and cooperation at national, regional and global levels, so that populations reach the highest attainable standards of health and productivity at every age and those diseases are no longer a barrier to well-being or socioeconomic development.»

WHO Global Action Plan

Der WHO-Aktionsplan beschreibt verschiedene Optionen, wie die Mitgliedstaaten und andere Stakeholder auf allen Ebenen aktiv werden können, um die neun freiwilligen quantitativen Ziele des Plans zu erreichen. Dabei gelten folgende übergeordnete Prinzipien: Lebensphasenorientierung; Empowerment von Menschen und Gemeinschaften; evidenzbasierte Strategien; flächendeckende Gesundheitsversorgung; Management tatsächlicher oder potenzieller Interessenskonflikte; Menschenrechtsansatz; gesundheitliche Chancengerechtigkeit; nationales Handeln in internationaler Kooperation und Solidarität; multisektorale Ansätze. Die WHO verfolgt zudem risikofaktorenspezifische Aktivitäten⁴⁰ und schlägt den Ländern in teilweise eigenständigen Programmen konkrete Massnahmen vor.

Die WHO-Region Europa hat einen eigenen Aktionsplan für die Jahre 2012–2016 verabschiedet.⁴¹ Dieser setzt sich für einen umfassenden und integrierenden Ansatz zur Vorbeugung von NCDs ein. Er macht sich für Gesundheitsförderungs- und Krankheitsvorbeugungsprogramme stark, die sich an die ganze Bevölkerung richten, aber auch aktiv Gruppen und Individuen mit erhöhten Risiken mit einbeziehen. Als Vision wird formuliert: «Ein gesundheitsförderliches Europa, frei von vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten, vorzeitigen Todesfällen und vermeidbaren Behinderungen.»

WHO Europa

Der Aktionsplan für Europa verfolgt einen umfassenden Ansatz, der bei der Verringerung von Ungleichheiten im Gesundheitsbereich systematisch Konzepte und Massnahmen miteinander verknüpft sowie nichtübertragbare Krankheiten bekämpft, indem er gleichzeitig Programme zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention auf Bevölkerungsebene fördert, aber auch auf stark gefährdete Gruppen und Personen fokussiert sowie wirksame Behandlung und Versorgung erreichen will. Krankheitsspezifisch entwickelt die WHO-Region Europa weitergehende Aktivitäten⁴², organisiert themenspezifische Konferenzen und stellt Informationen zur Prävention zur Verfügung. Auch risikofaktorenspezifische Ansätze werden dabei thematisiert, wie zum Beispiel die «Erklärung von Wien über Ernährung und nichtübertragbare Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020»⁴³, die «Strategie

³⁹ http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

⁴⁰ z. B. Declarations of the 16th World Conference on Tobacco OR Health, March 17–21, 2015, Abu Dhabi, UAE; <http://www.who.int/tobacco/worldconference2015/en/>

⁴¹ <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd12-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>

⁴² <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>

⁴³ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/193253/CONSENSUS-Vienna-Declaration-5-July-2013.pdf

der Europäischen Region der WHO zur Bewegungsförderung (2016–2025)»⁴⁴ und den «Aktionsplan zur Reduktion des problematischen Alkoholkonsums (2012–2020)»⁴⁵.

3.2 Prävention in der Schweiz

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche staatliche und nicht-staatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Der Bund setzt bisher den Schwerpunkt auf die Bekämpfung von Risikofaktoren mittels nationaler Präventionsprogramme. Ein vergleichbares Vorgehen findet sich auch bei den Präventionsprogrammen der Kantone, während Gesundheitsligen eher krankheitsspezifische Ansätze verfolgen.

Die Aufgabe von Gesundheitsförderung und Prävention fällt gemäss der bundesstaatlichen Kompetenzaufteilung in den Zuständigkeitsbereich der Kantone und Gemeinden. Jeder Kanton verfügt heute über eine zuständige Stelle. Diese Stellen sind in der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention (VBGF) vernetzt. Die VBGF will die interkantonale Koordination sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen Bund, Gesundheitsförderung Schweiz, weiteren Fachorganisationen und den Kantonen fördern. Sie pflegt eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Konferenz der kantonalen Suchtbeauftragten.

Kantone

In der Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz, die sich ebenfalls mit Public-Health-Themen befasst, findet der interkantonale Austausch über fachliche und regulatorische Fragen mit Berührungspunkten zu den kantonsärztlichen Aufgaben statt.

Die gegenseitige Abstimmung der Kantone auf politischer und strategischer Ebene sowie die Vertretung der kantonalen Interessen gegenüber den Bundesbehörden erfolgen über die GDK. Beschlüsse der GDK haben für die Kantone den Stellenwert von Empfehlungen.

Die politische Verständigung der Kantone mit dem Bund erfolgt über den «Dialog Nationale Gesundheitspolitik», der ständigen Plattform von Bund und Kantonen. Auch im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention ist auf diesem Weg eine regelmässige Koordination und Absprache über die Ziele und Aktivitäten von Bund und Kantonen möglich.

Der Bund erfüllt subsidiäre und/oder übergeordnete Aufgaben, insbesondere in den Bereichen Forschung und Monitoring, Information, Aufsicht und Koordination des Vollzugs von Erlassen sowie in der internationalen Zusammenarbeit. Im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung ist aktuell das BAG in den Bereichen Alkohol, Tabak, Drogen sowie Ernährung und Bewegung/gesundes Körpergewicht für die Umsetzung der nationalen Präventionsprogramme zuständig. In die Zuständigkeit des BAG fällt auch das Nationale Programm Migration und Gesundheit sowie die Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Bereich des Strahlenschutzes. Für die Umsetzung der Ernährungsstrategie ist das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) verantwortlich.

Bund

In den jeweiligen Steuerungsgremien der nationalen Programme sind die relevanten Akteure mitvertreten, so beispielsweise die GDK, weitere Bundesämter (z.B. Bundesamt für Sport (BASPO), Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV)) und die jeweiligen Finanzierungsinstanzen (Tabakpräventionsfonds

⁴⁴ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/283830/65wd09g_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf?ua=1

⁴⁵ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

(TPF), Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).

Gesundheitsförderung Schweiz kommt als Stiftung mit definierter gesetzlicher Grundlage⁴⁶ und als Verwalterin öffentlicher Gelder eine Sonderrolle zu (jede/r Versicherte leistet gemäss Art. 20 Absatz 1 des Bundesgesetzes über die Versicherungsprämie der Krankenversicherung KVG einen Beitrag zur Krankheitsverhütung). GFCH strebt langfristig an, die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz zu verbessern.⁴⁷ Gesundheitsförderung Schweiz wird als privatrechtliche Stiftung von Kantonen und Versicherern getragen. Sie vereint zudem Vertreter des Bundes, der Suva, der Ärzteschaft, der Wissenschaft, der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände und weiterer Organisationen. Aktuell konzentriert sich GFCH auf die Themen «Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen», «Psychische Gesundheit/Stress» und «Gesundheitsförderung und Prävention stärken». Mit dem Projekt «Via» wird zusammen mit zehn Kantonen das Ziel verfolgt, die Gesundheit älterer Menschen zu fördern, ihre Autonomie zu stärken und ihre Lebensqualität zu steigern.

**Gesundheitsförderung
Schweiz**

Der Bund ist über das EDI auch zuständig für den Tabakpräventionsfonds. Diesem kommt als Bundesstelle mit definierter gesetzlicher Grundlage (Art.28 Abs. 2 Bst. c des Bundesgesetzes über die Tabakbesteuerung TStG) und als Verwalterin von Steuereinnahmen (die Hersteller von Tabak und somit letztlich jede/r Raucher/in bezahlt eine Sondersteuer von 0,13 Rappen je Zigarette resp. 1,37 Franken je Kilo Feinschnitttabak) eine weitere Sonderrolle zu. Die Aufgabe des TPF besteht darin, Massnahmen zu finanzieren, die effizient und nachhaltig zur Reduktion des Tabakkonsums beitragen.

Tabakpräventionsfonds

Zahlreiche NGOs (Non-Governmental Organizations) und NPOs (Non-Profit Organizations) engagieren sich im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung und unterstützen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der Medizin, der Sozialarbeit und anderen Fachbereichen.⁴⁸ Sie informieren, beraten und unterstützen Betroffene und ihre Angehörigen und stellen diesen Kursangebote, Hilfe zur Selbsthilfe und Hilfe zur Stärkung der Gesundheitskompetenzen zur Verfügung. Einige von ihnen führen regelmässig grössere Kampagnen zur Krankheitsprävention und Früherkennung durch.

**Gesundheitsligen und
weitere NGO**

Bei den NGOs handelt sich um Interessenverbände oder Institutionen, die sich über Spenden oder Mitgliederbeiträge, über kommerzielle Aktivitäten, aber auch durch Mittel der öffentlichen Hand finanzieren. Teilweise werden ihnen, geregelt durch Leistungsverträge und/oder gesetzliche Bestimmungen, auch staatliche Aufgaben übertragen. Sie sind oft sowohl auf nationaler als auch auf kantonaler Ebene organisiert. Die NGOs bestimmen ihre Themenschwerpunkte bei der Prävention der NCDs selbst.

Ärztliche Grundversorger/innen⁴⁹ sind in der Regel die ersten Ansprechpersonen bei gesundheitlichen Problemen. Sie beraten und behandeln die Patientinnen und Pati-

**Ärztliche
Grundversorger/innen**

⁴⁶ Art. 19 KVG: Art. 19 Abs. 1 weist den Versicherern einen klaren Präventionsauftrag zu. Art. 19 Abs. 2 KVG verpflichtet die Versicherer, gemeinsam mit den Kantonen eine Präventionsinstitution – die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz – zu betreiben.

⁴⁷ <http://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/stiftung/auftrag-ziele-und-strategie.html>

⁴⁸ In der «Allianz Gesunde Schweiz» haben sich 48 NGOs zusammengeschlossen, www.allianz-gesundeschweiz.ch; Die Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) vertritt als Dachverband die gesamtschweizerisch tätigen Gesundheitsligen und Verbände.

⁴⁹ Fachärzte/Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin, Fachärzte/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin, Praktische Ärztin/Praktischer Arzt (in der Literatur werden oft auch die Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie und Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie zur Gruppe der ärztlichen Grundversorger/innen gezählt)

enten und leiten sie bei Bedarf an entsprechende Spezialist/innen weiter. Die Anforderungen an die ärztlichen Grundversorger/innen haben in den letzten Jahren jedoch deutlich zugenommen: Die Zahl älterer Menschen mit komplexen Mehrfacherkrankungen, oft chronischen Krankheiten, nimmt im Verhältnis zur Anzahl der Grundversorger/innen zu. Nebst der Versorgung in der Praxis, nehmen Beratung und Koordination immer mehr Zeit in Anspruch.

Die Apotheker/innen übernehmen zentrale Aufgaben in der medizinischen Grundversorgung (z.B. Medikamentenmanagement). Grundsätzlich eignen sich Apotheken als niederschwellige Ansprechstrukturen sehr gut für unterschiedliche Arten der Gesundheitsberatung. Im internationalen Umfeld liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung von Modellen, in denen Apotheker/innen im Bereich Verschreibungsfehler und arzneimittelbezogene Probleme sowie im Chronic Disease Management (CDM) stärker eingesetzt werden. Gerade interdisziplinäre CDM-Programme für Asthmatiker/innen oder Diabetiker/innen haben sich international als sehr erfolgreich erwiesen.

Apotheker/innen

Entsprechend dem Entwurf des neuen Gesundheitsberufegesetzes (GesBG) umfasst der Begriff Gesundheitsberufe Pflegefachpersonen, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater, Osteopathinnen und Osteopathen sowie Optometristinnen und Optometristen. Diese Fachpersonen spielen bereits heute eine wichtige Rolle in der Prävention von NCDs, zum Beispiel durch Beratungen sowie durch die Abgabe von Informationen und Broschüren. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Chronic Disease Management, Selbstmanagement, Gesundheitskompetenz und Patientenbeteiligung sowie Gesundheitsberatung.

Gesundheitsberufe

Gesundheitseinrichtungen wie Spitäler oder Heime übernehmen zentrale Aufgaben sowohl bei der Sekundär- als auch bei der Tertiärprävention. Insbesondere bei schwerwiegenden Gesundheitsproblemen werden stationäre Spitalaufenthalte oder längerdauernde Aufenthalte in Heimen notwendig. Eine wichtige Rolle spielt die Prävention zudem in der Rehabilitation und Langzeitpflege.

Gesundheitseinrichtungen

3.3 Präventionsansätze

Menschen sind verantwortlich für ihre Lebensweise und ihr Verhalten. Damit sie aber bezüglich ihrer Gesundheit eigenverantwortlich handeln können, benötigen sie verlässliche Informationen, z. B. über gesundheitsschädigende oder -fördernde Wirkungen der zur Wahl stehenden Produkte oder Verhaltensweisen. Sie brauchen zudem gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sowie die Möglichkeit und Fähigkeit, die getroffenen Handlungsoptionen umsetzen zu können. Die Aufgabe einer wirksamen Prävention ist es deshalb, die Gesundheitskompetenz zu stärken und die Umwelt so zu gestalten, dass gesundes Verhalten für alle möglich wird.

Die nachfolgend dargestellte *Interventionsleiter*⁵⁰ zeigt das Spektrum und die Möglichkeiten staatlicher Präventionsmassnahmen auf. Gemäss Verhältnismässigkeitsprinzip wird erst dann eine Massnahme der nächsten Stufe ergriffen, wenn mit der vorhergehenden Stufe das öffentliche Interesse an der Krankheitsverhütung nicht mehr erreicht werden kann. Für eine wirksame Prävention ist es jedoch häufig unerlässlich, situationsgerecht Massnahmen verschiedener Stufen zu kombinieren.

⁵⁰ In Anlehnung an die «intervention ladder» des Nuffield Council on Bioethics, London (GB) <http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice/> ;

Stufe	Massnahme	Beschreibung
1	Überwachung	Intervention beschränkt sich auf die epidemiologische Überwachung der aktuellen Situation
2	Information bereitstellen	Massenmediale Kampagnen, Informationsbroschüren, Flyer etc.
3	Wahlmöglichkeiten geben	z. B. Velowege bauen oder Spielplätze in dicht besiedelten Agglomerationen errichten
4	Wechsel der «Standardoption»	Grundbedingungen ohne Einschränkung der Wahlfreiheit ändern, z. B. Reduktion des Salzgehaltes in Fertignahrungsmittel mit individueller Option des «Nachsalzens»
5	Positive Anreize	Schaffen von finanziellen positiven Anreizen oder Sachleistungen, z. B. Verbilligung von Fitnessstudio-Abonnements
6	Negative Anreize	z. B. Alkohol- und Tabaksteuern, Busse bei Fahren in angetrunkenem Zustand
7	Wahlmöglichkeiten einschränken	z. B. altersbezogene Abgabeeschränkungen bei Alkohol oder Tabak
8	Wahlmöglichkeiten ausschliessen	z. B. Verbot Konsum, Besitz und Handel illegaler Betäubungsmittel

3.3.1 Ebenen der Prävention

In Wissenschaft und Praxis werden abhängig vom Gesundheitszustand der Menschen drei Präventionsebenen unterschieden:

Die **Primärprävention** hat zum Ziel, Erkrankungen zu vermeiden. Sie zielt auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, die Verbesserung der Gesundheitskompetenzen und weiterer Schutzfaktoren sowie auf die Verminderung von Risikofaktoren ab.

Die **Sekundärprävention** fokussiert auf die Früherkennung und Frühintervention bei konkreter Gefährdung und/oder ersten Anzeichen einer Erkrankung und konzentriert sich auf einzelne Risikogruppen.

Die **Tertiärprävention** zielt bei bereits erkrankten Personen auf die Vermeidung von Chronifizierungen und Folgeschäden sowie auf eine Verbesserung der Lebensqualität ab.

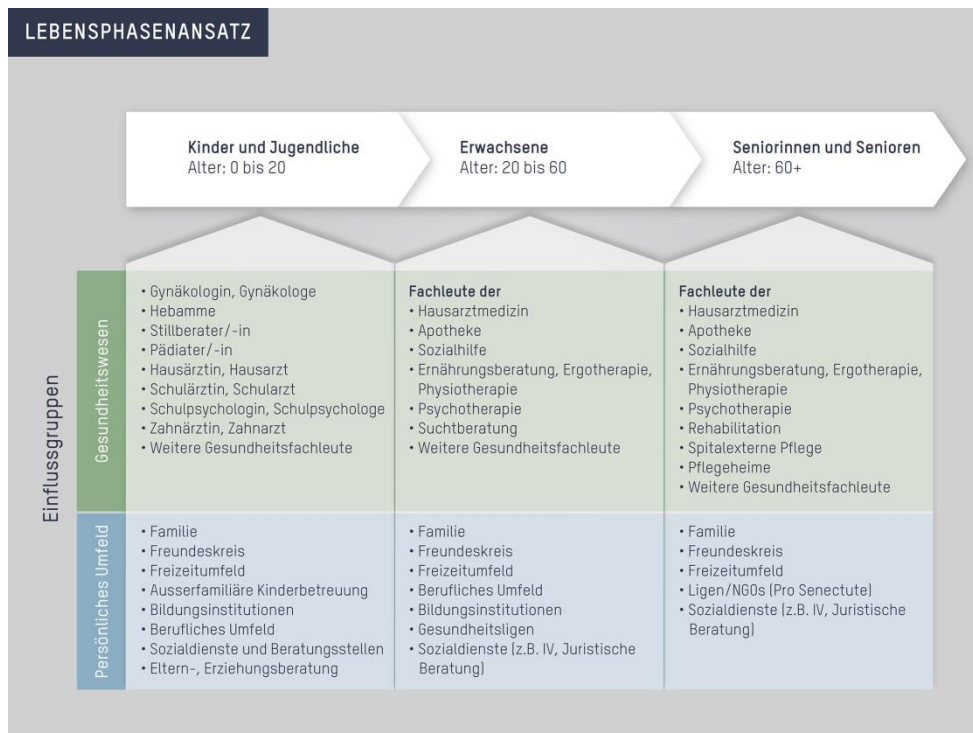
EBENEN DER PRÄVENTION				
	Gesund	Mit erhöhtem Risiko	Erkrankt	Chronische Krankheit unter Kontrolle
Präventions-ebene	Primärprävention	Sekundärprävention / Früherkennung	Tertiärprävention / Krankheitsmanagement	
Art der Massnahme	Förderung gesunder Verhaltensweisen und Lebensbedingungen über die ganze Lebensspanne hinweg; generelle und spezifische Ansätze	Bekämpfung Risikofaktoren, regelmässige Kontrollen, Frühintervention, Screening	Behandlung und Akutversorgung; Komplikationsmanagement	Kontinuierliche Versorgung; Zustandserhaltung; Rehabilitation; Selbstmanagement
Akteure	Gesundheitsligen und weitere NGOs; Grundversorgung; Betroffene	Gesundheitsligen und weitere NGOs; Grundversorgung; Betroffene	Grundversorgung; Spezialisten; Spitalpflege; Gesundheitsligen und weitere NGOs; Betroffene und Angehörige	Grundversorgung; Gesundheitsligen und weitere NGOs; Gesundheitseinrichtungen; Betroffene und Angehörige

3.3.2 Bevölkerungsbezogene Ansätze

Da der Lebensstil der Menschen das Auftreten von NCDs entscheidend mitbestimmt, stellt die Prävention von NCDs den Menschen mit seinen Bedürfnissen ins Zentrum. Folgende bevölkerungsbezogenen Präventionsansätze (Ebene Primärprävention) zielen deshalb auf die Verbesserung der Lebensbedingungen, die Verminderung der Risikofaktoren sowie auf die Stärkung von Schutzfaktoren ab.

Der Lebensphasenansatz betrachtet die gesamte Lebensspanne, unterscheidet jedoch nach Lebensphasen. Stehen in der Kindheit und der Jugend noch das Wachstum und die gesunde Entwicklung sowie bei Jugendlichen die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils im Zentrum, geht es im Erwachsenenalter vermehrt um die Erhaltung von Gesundheit, Verhinderung von Krankheiten sowie um gesellschaftliche Teilhabe und Leistungsfähigkeit. Im fortgeschrittenen Alter stehen die Erhaltung der Unabhängigkeit, Lebensqualität sowie die Verhütung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Je nach Lebensphase sind unterschiedliche Lebenswelten sowie Bezugs- und Fachpersonen wichtig. Diese haben als Multiplikatoren einen massgeblichen Einfluss auf den Lebensstil und die gesundheitlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Menschen. So sind beispielsweise bei Säuglingen und Kleinkindern Hebammen, Mütter- und Väterberatung wie auch die Kinderärztinnen und Kinderärzte oder das persönliche Umfeld zentrale Ansprechpersonen zu Fragen der Ernährung und Pflege des Kindes, während bei Jugendlichen zentrale Ansprechpartner häufig in Schule und Freizeitorganisationen zu finden sind.

Lebensphasenansatz



Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt bei der Prävention von NCDs ist das Umfeld bzw. das Setting, in dem sich der Mensch bewegt. Dieses Setting wird als ein abgegrenztes sozialräumliches System verstanden, in dem Menschen leben und das Einfluss auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen hat. Beispiele für Settings sind die Schule, der Arbeitsplatz, die Gemeinde, das Quartier oder das soziale Wohnumfeld. Der Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme aus der Interaktion zwischen sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und der persönlichen Lebensweise entstehen.

Settingansatz

Ein Setting ist ein relativ dauerhafter Sozialzusammenhang, der den einzelnen Menschen auch subjektiv bewusst ist. Ziel des Settingansatzes ist es, die Lebenswelten so zu gestalten, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.

Um ausgewählte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Botschaften und Angeboten besser zu erreichen, ist es wichtig, nicht nur auf Ebene der Gesamtbevölkerung, sondern zielgruppenspezifisch zu kommunizieren und zu handeln. Eine Zielgruppe ist eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Merkmalen, Bedürfnissen und/oder ähnlichen Lebenssituationen, auf die sich Ziele und Massnahmen von Interventionen beziehen. Im Kontext der Prävention werden Zielgruppen meist nach erhöhten Risiken und geringeren Ressourcen bestimmt.

Zielgruppenansatz

Zielgruppen können zum Beispiel junge arbeitslose Männer sein, alleinerziehende Frauen in sozioökonomisch schwächeren Gegenden, betagte Menschen in Altersheimen, Migrantinnen und Migranten etc.

3.3.3 Individuelle Ansätze

Bei Menschen mit erhöhtem Risiko zu erkranken sowie bei solchen, die bereits erkrankt sind, werden individuelle Ansätze gewählt (Ebene Sekundär- und Tertiärprävention). Diese sind verglichen mit den bevölkerungsbezogenen Massnahmen komplex und aufwändig, weil sie individuell ausgestaltet werden müssen. Sie sollen daher nur betroffenen Menschen zugutekommen, um gezielt ihren Gesundheitszustand bzw. ihre Lebensqualität zu verbessern.

Ein spezifischer individueller Ansatz ist die Gesundheitsberatung. Dabei handelt es sich um eine professionelle Beratung, die mittels wissenschaftlich fundierter und primär psychologischer und sozialer Methoden (z.B. motivationale Gesprächsführung) Veränderungsprozesse auf individueller Ebene anregt und unterstützt. Sie verfolgt das Ziel, die Gesundheitskompetenz und somit die Eigenverantwortung zu stärken um Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhindern und/oder bei der Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen.⁵¹

Gesundheitsberatung geht über reine Informationsvermittlung und konkrete Ratschläge und Verhaltensanweisungen hinaus. Sie orientiert sich ganzheitlich an der konkreten Lebenslage und den spezifischen Bedürfnissen einzelner Menschen und unterstützt längerfristig die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Individuen lernen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben sowie mit Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen, mit Belastungen, Erkrankungen und Behinderungen umzugehen. Damit wird ihre Eigenverantwortung gestärkt.

Gesundheitsberatung kann durch Fachleute verschiedener Professionen in verschiedenen Settings erfolgen, zum Beispiel in Spitälern, Pflegeheimen, Gemeinden oder Betrieben, häufig durch Akteure der Gesundheitsligen. Bedeutsam sind auch Patientenschulungen und zunehmend Online-Beratungen. Weiter im Zentrum steht die allfällig notwendige Vernetzung mit Sozial- und Beratungsstellen und weiteren Angeboten im Umfeld der Menschen. Nur so können mikro- und makrosoziale Determinanten der Gesundheit berücksichtigt werden.

Ein konkretes Konzept für die Gesundheitsberatung bietet der Gesundheitspfad⁵²: Er nutzt die Berührungspunkte des Einzelnen mit der Gesundheitsversorgung im umfassenden Sinne (z.B. Apotheken, Spitex, Hausarztpraxen, Ernährungsberatung), um Massnahmen zu erarbeiten, welche die Veränderung des eigenen Lebensstils erleichtern. Der Gesundheitspfad umfasst mehrere Präventionsleistungen wie eine Klärung der Ausgangslage, gemeinsam mit der betroffenen Person vereinbarte Ziele, gemeinsame Erarbeitung von Massnahmen und eine regelmässige Kontrolle.

Diesen Pfad können nicht nur erkrankte Menschen (Tertiärprävention) beschreiten, sondern auch Menschen, die durch ihren Lebensstil ein erhöhtes Risiko haben, eine NCD zu entwickeln (Sekundärprävention).

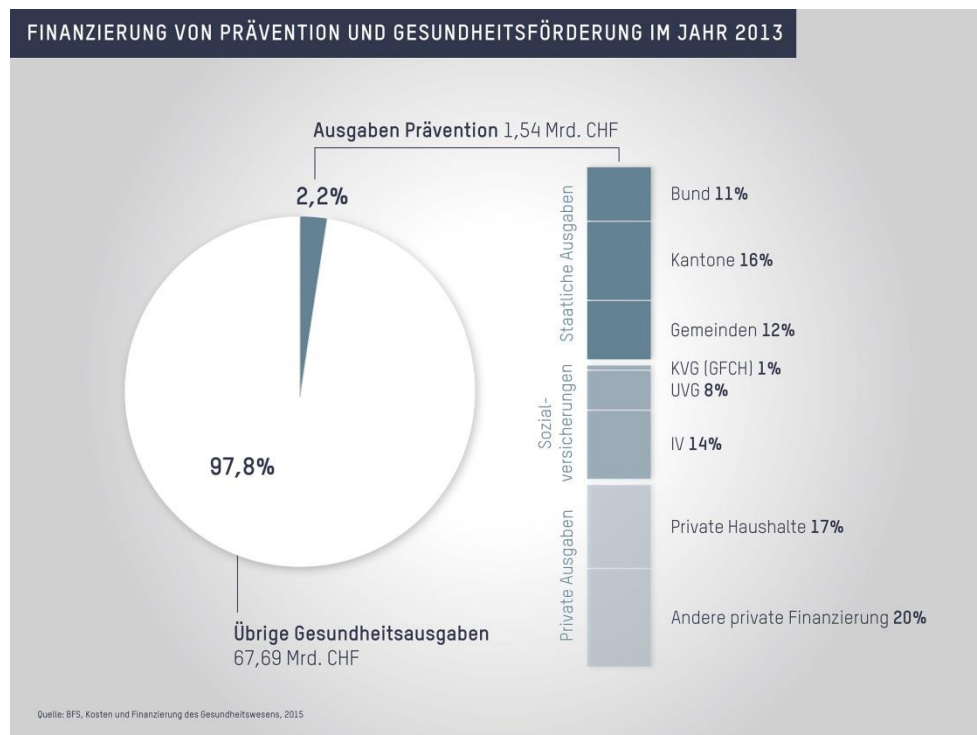
3.4 Ausgaben und Finanzierung

Die gesamten Gesundheitskosten sind seit Jahren kontinuierlich ansteigend und betrugen 2013 rund 69 Mrd. CHF. Davon wurden in der Schweiz 1,54 Mrd. CHF für Aufgaben der Prävention aufgewendet. Die für Prävention und Gesundheitsförderung eingesetzten Mittel sind in der Schweiz im internationalen Vergleich tief. Im Jahr 2013 wurden von den gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen rund 2,2 % für die Prävention aufgewendet. Der Durchschnitt in der OECD liegt bei 3,1 %.

⁵¹ Krane, E. (2011). Gesundheitsberatung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention.

⁵² Beschrieben im Grundlagenbericht «Prävention in der Gesundheitsversorgung», <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/index.html?lang=de>

Die Ausgaben für die Prävention im Umfang von 1,54 Mrd. CHF wurden zu 37 % Privat, 23 % durch Sozialversicherungen und 39 % durch den Staat finanziert (Werte 2013⁵³). Zur Prävention werden Ausgaben in den Bereichen Schulgesundheit, Lebensmittelsicherheit, Suva, Impfstoffe, Pandemievorbereitung, Bekämpfung weiterer übertragbarer Krankheiten, Suchtprävention und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten gezählt. Nicht eingerechnet sind dabei die Ausgaben der Krankenversicherer für die Sekundärprävention (z.B. Cholesterin-, Blutdrucksenker) und Infrastrukturausgaben der öffentlichen Hand, die einen Beitrag zu einem gesunden Lebensstil leisten können (z.B. attraktive Fahrrad- und Fusswege, Naherholungsgebiete).



Im Vergleich zu den Kosten von jährlich 25 Mrd. CHF, welche die fünf in dieser Strategie adressierten nichtübertragbaren Krankheiten verursachen, investiert die Schweiz verhältnismässig wenig in die Prävention dieser Krankheiten. Dies obwohl Studien⁵⁴ zeigen, dass mit jedem in die Prävention investierten Franken krankheitsbedingte Kosten eingespart werden können, die um ein Mehrfaches über den Investitionen liegen.

Für die Umsetzung der bestehenden Nationalen Programme Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung stehen dem BAG und dem BLV insgesamt 4,5 Mio. CHF zur Verfügung, die künftig in die Umsetzung der NCD-Strategie eingesetzt werden sollen.

Finanzierungsquellen für Präventionsprojekte im Bereich der NCDs sind die Gesundheitsförderung Schweiz, der Tabakpräventionsfonds sowie der Alkoholzehntel.

⁵³ BFS 2013; T 14.5.3.5, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens nach Leistungen und Finanzierungsregimes 2012, in Millionen Franken

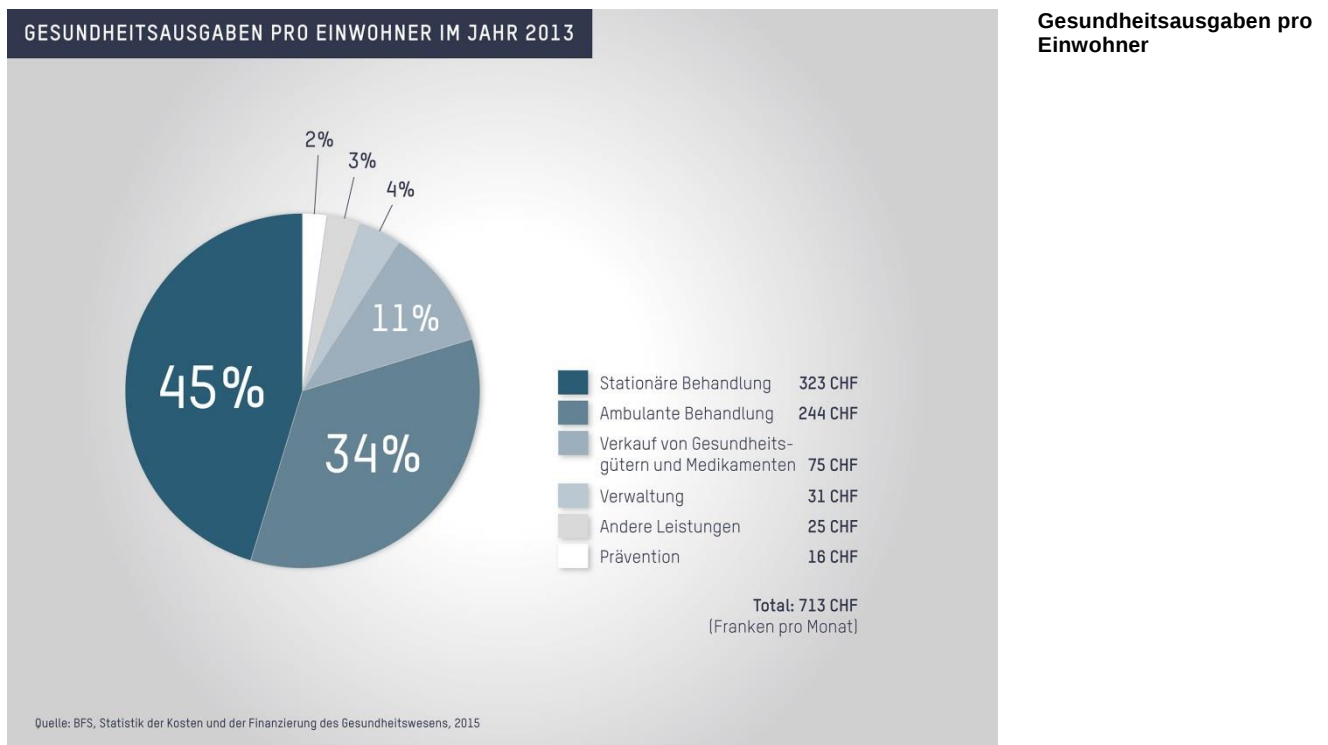
⁵⁴ Wieser, S. et al. (2010). Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Winterthur: http://www.bag.admin.ch/evaluation/01759/07612/07620/index.html?lang=de&download=NHZLp-Zeq7t,lnp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCJdH59f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Diese Mittel sind teilweise zweckgebunden und werden auch für Projekte in der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit eingesetzt.

Aktuell leistet jede/r Versicherte gemäss Art. 20 Absatz 1 KVG einen jährlichen Beitrag zur Krankheitsverhütung. Im Jahr 2015 sind dies CHF 2.40, was einem Betrag von insgesamt rund 18 Mio. CHF entspricht. Diese Gelder werden von Gesundheitsförderung Schweiz für Präventionsprojekte im Bereich NCD und psychische Gesundheit eingesetzt.

Der Tabakpräventionsfonds wurde 2004 eingerichtet, um Präventionsmassnahmen zu finanzieren, die effizient und nachhaltig zur Reduktion des Tabakkonsums beitragen. Es handelt sich somit um einen Zweckfonds. Der Tabakpräventionsfonds wird durch die Abgabe von 2,6 Rappen pro verkaufte Zigarettenpackung finanziert. Derzeit belaufen sich die jährlichen Einnahmen auf rund 12,5 Mio. CHF.

Im Bereich Alkohol erhalten die Kantone 10 % des Reinertrags aus der Spirituosensteuer (die restlichen 90 % fliessen der AHV und IV zu), was rund 26 Mio. CHF entspricht. Gemäss Artikel 131 Absatz 3 der Bundesverfassung sind die Kantone verpflichtet, den sogenannten Alkoholzehntel zur Bekämpfung der Ursachen und Wirkungen von Suchtproblemen einzusetzen. Die Kantone können aber frei über ihren Anteil verfügen.



Die Gesundheitsausgaben pro Einwohner/in in der Schweiz betrugen im Jahr 2013 rund CHF 713 pro Monat, wovon CHF 16 für Prävention ausgegeben wurden.

4 Vision und strategische Ziele

Die NCD-Strategie verfolgt folgende Vision:

Mehr Menschen bleiben gesund oder haben trotz chronischer Krankheit eine hohe Lebensqualität. Weniger Menschen erkranken an vermeidbaren nichtübertragbaren Krankheiten oder sterben vorzeitig. Die Menschen werden unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status befähigt, einen gesunden Lebensstil in einem gesundheitsförderlichen Umfeld zu pflegen.

Vision

Aufbauend auf der Vision werden folgende Ziele festgelegt:

Strategische Ziele

Übergeordnete langfristige Ziele

1. *Dämpfung des durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Anstiegs der Krankheitslast*
2. *Dämpfung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten Kostensteigerung*
3. *Verringerung der durch nichtübertragbare Krankheiten bedingten vorzeitigen Todesfälle*
4. *Erhaltung und Verbesserung von Leistungsfähigkeit und Teilhabe der Bevölkerung in Wirtschaft und Gesellschaft*

Spezifische Ziele

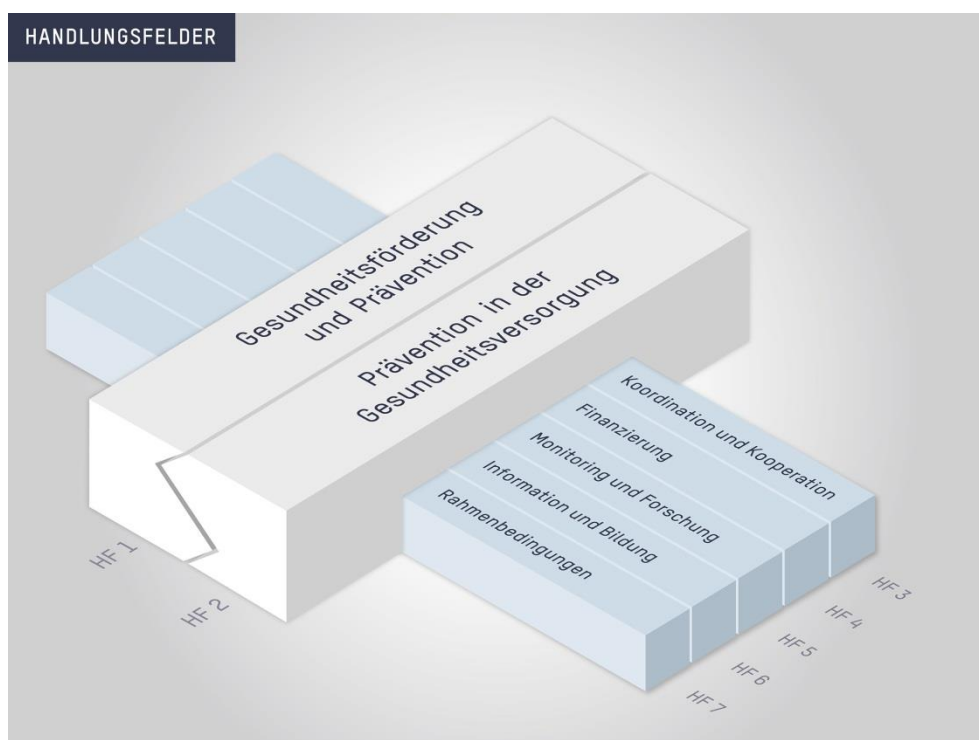
1. *Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren*
2. *Verbesserung der Gesundheitskompetenz*
3. *Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen*
4. *Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention.*
5. *Verringerung des Anteils der Bevölkerung mit erhöhtem Risiko, an nichtübertragbaren Krankheiten zu erkranken*
6. *Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Verringerung der Pflegebedürftigkeit*

Die spezifischen Ziele stehen in direktem Zusammenhang mit den im folgenden Kapitel beschriebenen Handlungsfeldern. Die übergeordneten langfristigen Ziele werden durch die Erreichung der spezifischen Ziele positiv beeinflusst.

5 Handlungsfelder und Stossrichtungen

Die NCD-Strategie stellt das Wohl und die Gesundheit des Menschen ins Zentrum ihres Wirkens. Grundsätzlich geht die Strategie davon aus, dass die Menschen verantwortlich sind für ihre Lebensweisen und ihr Verhalten. Damit Menschen bezüglich ihrer Gesundheit eigenverantwortlich handeln können, benötigen sie verlässliche Informationen über gesundheitsschädigende oder -fördernde Wirkungen der zur Auswahl stehenden Produkte oder Verhaltensweisen. Sie brauchen aber auch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen sowie die Möglichkeit und Fähigkeit, die getroffenen Handlungsoptionen umsetzen zu können.

Um die strategischen Ziele zu erreichen, strebt die Strategie eine Wirkung in sieben Handlungsfeldern an. Für die Handlungsfelder (HF) werden nachfolgend die zentralen Herausforderungen formuliert und es wird definiert, welche Stossrichtungen in den kommenden Jahren zu verfolgen sind.



Im Zentrum der Strategie stehen die beiden HF «Gesundheitsförderung und Prävention» (Primärprävention) sowie «Prävention in der Gesundheitsversorgung» (Sekundär- und Tertiärprävention). HF 1 adressiert die Gesundheitskompetenz, das eigenverantwortliche Gesundheitsverhalten sowie gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen. HF 2 zielt auf eine Stärkung von gefährdeten oder erkrankten Menschen in ihrem Umgang mit Risikofaktoren, ihrer Erkrankung und den damit verbundenen Folgen ab.

Die beiden zentralen Handlungsfelder werden von fünf weiteren Handlungsfeldern unterstützt: HF 3 «Koordination und Kooperation»; HF 4 «Finanzierung»; HF 5 «Monitoring und Forschung»; HF 6 «Information und Bildung»; HF 7 «Rahmenbedingungen».

Folgende zwei Grundsätze gelten für alle Handlungsfelder:

Grundsätze

- Die Bedürfnisse der Menschen stehen im Zentrum: Damit Menschen eigenverantwortlich handeln können, wird ihrer Entwicklung, ihren Lebensbedingungen, ihrem Wissen, ihren Werten und ihrem Verhalten Rechnung getragen. Interessenvertretungen betroffener Menschen werden bei der konkreten Umsetzung der Strategie einbezogen. Besondere Beachtung wird der Förderung der Gesundheit von Menschen in vulnerablen Situationen geschenkt.
- Ansätze der Verhaltens- und Verhältnisprävention werden kombiniert. Um der Bevölkerung eine gesunde Wahl zu ermöglichen werden gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen verbessert und Kompetenzen und Ressourcen betroffener Menschen gestärkt.

Die Handlungsfelder wie auch deren einzelne Stossrichtungen sind aufeinander abgestimmt und beeinflussen und unterstützen sich in der Umsetzung gegenseitig. Zur Erreichung der Zielsetzungen der Strategie sind alle Handlungsfelder und Stossrichtungen in ihrer Gesamtheit anzugehen.

In der nachfolgenden Übersicht werden die Stossrichtungen hauptsächlich einem Handlungsfeld zugeordnet (dunkelblau). Sie entfalten aber auch in weiteren Handlungsfeldern Wirkung (hellgrau).

Zur Veranschaulichung sind im Anhang zu jeder Stossrichtung bestehende Beispiele aus der Praxis aufgelistet.

STOSSRICHTUNGEN

Handlungsfelder

Stossrichtungen

	Gesundheitsförderung und Prävention	Prävention in der Gesundheitsversorgung	Koordination und Kooperation	Finanzierung	Monitoring und Forschung	Information und Bildung	Rahmenbedingungen
Risikofaktoren vorbeugen, Schutzfaktoren stärken	●	●					●
Lebensphasen- und Settingansätze fördern	●	●					●
Menschen in vulnerablen Situationen stärken	●	●		●		●	
Prävention in der Versorgung fördern		●				●	
Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration verbessern	●	●	●			●	
Guidelines weiterentwickeln		●	●			●	
Bestehende Plattformen nutzen	●	●	●	●		●	●
Stakeholderkonferenz etablieren	●	●	●	●		●	●
Fachgremium für Prävention in der Versorgung aufbauen		●	●			●	
Finanzielle Mittel strategisch einsetzen	●	●		●			
Finanzierungslücken schließen	●	●		●			
Finanzierung von Präventionsleistungen klären		●		●		●	
NCD-Monitoring etablieren	●	●			●		
Forschung und Wissenstransfer anregen	●	●			●	●	
Innovation unterstützen	●	●		●	●		●
Bevölkerung informieren	●					●	
Selbstmanagementangebote für chronisch Kranke fördern		●		●		●	
Gesundheitsfachpersonen aus- und weiterbilden		●				●	
Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen stärken	●						●
Multisektorale Zusammenarbeit stärken	●	●	●	●			●
Internationales Engagement pflegen	●	●					●

5.1 HF 1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die meisten Menschen sind gesund und leiden nicht an einer NCD. Damit dies so bleibt, ist es entscheidend, dass jede/r Einzelne über eine gute Gesundheitskompetenz und damit über die Fähigkeit verfügt, Entscheidungen zu fällen, die sich günstig auf ihre Gesundheit auswirken. Bedeutsam sind auch gesundheitsförderliche Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, die diese Entscheidungen unterstützen und zum Beispiel ausreichende Bewegung und ausgewogene Ernährung ermöglichen.

**Beschreibung
Handlungsfeld**

Gesundheitsförderung und Prävention haben in der Schweiz eine lange Tradition. Viele Ansätze sind etabliert und haben sich bewährt. Heute fokussiert jedoch ein grosser Teil der Präventionsbemühungen auf einzelne Risikofaktoren. Aber gerade das Zusammentreffen von verschiedenen Risikofaktoren kann das Auftreten einer Erkrankung wahrscheinlicher machen. Zur Verhinderung von NCDs und für eine bessere Ausrichtung der Bemühungen am Bedarf der betroffenen Menschen ist es deswegen wichtig, Massnahmen zur Reduktion verschiedener Risikofaktoren zu kombinieren und die jeweiligen Lebenswelten der Betroffenen mit einzubeziehen.

**Zentrale
Herausforderungen**

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Die Bevölkerung wird in ihrem Bestreben unterstützt, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu pflegen, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren, die zu einer NCD führen können, vorzubeugen. Dazu wird geprüft, welche bisherigen risikofaktorenspezifischen Ansätze und Massnahmen sich bewährt haben, strategierelevant sind und in Zukunft weitergeführt werden sollen.

**Risikofaktoren vorbeugen,
Schutzfaktoren stärken**

Die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren bleibt auch weiterhin ein zentraler Ansatzpunkt zur Verhinderung von NCDs, da Alkoholmissbrauch, Tabakkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung die Entstehung von NCDs massgeblich beeinflussen. Der Einfluss der genetischen Faktoren ist im Vergleich wesentlich kleiner. Daher ist es von zentraler Bedeutung, die Risikofaktoren weiterhin zu thematisieren.

Weil die Entstehung von NCDs häufig von verschiedenen Risikofaktoren verursacht wird, sind aber zunehmend auch risikofaktorenübergreifende Ansätze ins Auge zu fassen. Die bisherigen risikofaktorenspezifischen Ansätze werden überprüft, die bewährten und strategierelevanten werden weitergeführt. Damit wird gleichzeitig die Kontinuität sichergestellt, und es werden gleichzeitig Weiterentwicklungen ermöglicht.

Massnahmen werden gestärkt, die bedarfsorientiert Lebensphasen- und Setting-ansätze integrieren und mehrere Risikofaktoren umfassen. Der Fokus liegt auf jeweils spezifischen Präventionsaktivitäten für folgende drei Gruppen: Kinder und Jugendliche, Erwachsene im erwerbstätigen Alter, Seniorinnen und Senioren.

**Lebensphasen- und
Settingansätze fördern**

Die Vorbeugung von NCDs erfordert häufig Massnahmen, die auf die Bekämpfung unterschiedlicher Risikofaktoren abzielen. Je nach Bedarf und Situation der Zielgruppe sollen mehrere Risikofaktoren gleichzeitig thematisiert und je nach Lebenswelt der Zielgruppe auf den Lebensphasen- und/oder den Settingansatz fokussiert werden. Dadurch können die Zielgruppen besser erreicht und die Wirkung der Massnahmen verstärkt und ihre Nachhaltigkeit verbessert werden.

Die Präventionsaktivitäten sollen so konzipiert und durchgeführt werden, dass den Bedürfnissen der Menschen, ihren Lebenswelten (Schule, Arbeitsplatz, Gemeinde etc.), ihren Lebensbedingungen, ihrem Wissen, ihren Werten und ihrem Verhalten

verstärkt Rechnung getragen wird. Sie sind darauf auszurichten, den Gesundheitszustand in jeder Lebensphase zu verbessern. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Basis für einen gesunden Lebensstil zu fördern, bei Erwachsenen die Gesundheitskompetenz und die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Bei den Seniorinnen und Senioren ist der Schwerpunkt auf den Erhalt der Selbstständigkeit und die Verhinderung der Pflegebedürftigkeit zu legen.

Menschen in vulnerablen Situationen werden gestärkt. Dazu ist ein spezifisch an ihren Lebenswelten orientiertes Vorgehen notwendig.

**Menschen in vulnerablen
Situationen stärken**

Der gezielten Förderung von Menschen in vulnerablen Situationen ist besonders Rechnung zu tragen. Eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität kann vielfältige Gründe haben, so können z. B. Personen betroffen sein, die aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten stammen, über ein niedriges oder kein Einkommen verfügen oder aus sprachlichen oder kulturellen Gründen sozioökonomisch benachteiligt sind. Menschen können aufgrund einer Krise situativ (kurzfristig) oder auch aufgrund ihrer Lebensumstände (langfristig) vulnerabel sein. Allen gemein sind spezifische Bedürfnisse und Anliegen.

Für Menschen in vulnerablen Situationen sind bedarfsgerechte, niederschwellige Angebote gezielt weiterzuentwickeln. Für spezifische Gruppen wie Migrantinnen und Migranten sind zum Beispiel Angebote in verschiedenen Sprachen mit interkulturellem Dolmetschen und unter Berücksichtigung ihrer Lebenswelt niederschwellig zugänglich zu machen. Aufsuchende Präventionsarbeit (z.B. Hebammen, Angebote des Arbeitsgebers, von Vereinen für ihre Vereinsmitglieder) zur verbesserten Erreichbarkeit von Menschen in vulnerablen Situationen ist spezifisch zu unterstützen. Bei der Erarbeitung und Durchführung solcher Angebote sollen Betroffene miteinbezogen werden.

5.2 HF 2 Prävention in der Gesundheitsversorgung

Wenn Menschen erkrankt sind oder erhöhte Erkrankungsrisiken bestehen, sind sie und ihre Angehörigen mittels bedarfsgerechter präventiver Angebote darin zu unterstützen, ihre Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe möglichst zu erhalten. Dazu sollen das Erkrankungsrisiko gesenkt, Komplikationen vermieden, eine allfällige Pflegebedürftigkeit vermindert und zur Dämpfung der gesundheitlichen Kostenentwicklung beigetragen werden. Um dies zu erreichen, ist eine nachhaltige Verankerung der Prävention in der Kuration und Rehabilitation über die gesamte medizinische Versorgungskette notwendig.

**Beschreibung
Handlungsfeld**

Dieses Handlungsfeld fokussiert deshalb auf die Früherkennung und -intervention bei erhöhten Erkrankungsrisiken sowie auf die Verbesserung der Lebensqualität und des Krankheitsverlaufs bei bereits erkrankten Menschen. Dazu gehören evidenzbasierte Präventionsleistungen zur konkreten Unterstützung bei der Veränderung des Lebensstils (z.B. Gesundheitsberatung, Patientenbildung, Disease Management Programme) und entsprechende Koordination mit den Organisationen im Umfeld der Betroffenen.

In Situationen grösserer Verletzlichkeit – und dazu gehören die Feststellung von erhöhten Risikofaktoren oder die Diagnose einer NCD – sind Menschen eher dazu bereit, ihr Verhalten zu überdenken und gegebenenfalls auch zu ändern. Dabei hat es sich als wirksam erwiesen, Betroffene in der Lebensstilveränderung zu unterstützen, da nachhaltige Gewohnheitsanpassungen in der Regel nicht einfach sind. Eine ganzheitliche Betrachtung der Lebenssituation der Patientin bzw. des Patienten ist dabei Voraussetzung. Dies findet heute jedoch häufig noch nicht systematisch statt.

**Zentrale
Herausforderungen**

Generell sind die kurativen Angebote in der Schweiz bereits sehr gut ausgebaut und verfügen über einen hohen Standard, das Verbesserungspotenzial an der Schnittstelle von Prävention und Kuration ist jedoch noch erheblich. Auch die Vernetzung und Koordination sowie die Aufgaben- und Rollenteilung zwischen involvierten Gesundheitsfachpersonen und wichtigen Beratungsorganisationen und Gesundheitsligen im Umfeld des betroffenen Menschen können noch optimiert werden.

Da Menschen an ganz unterschiedlichen Orten und in unterschiedlichen Situationen mit dem Gesundheitssystem in Berührung kommen, ist es wichtig, die Prävention im Sinne der Gesundheitsberatung bzw. des Gesundheitspfads in der gesamten Gesundheitsversorgung und Beratung zu stärken. Gerade bei chronischen Krankheiten, die mehrheitlich auf lebensstilbedingte Risikofaktoren zurückzuführen sind, ist eine systematische Integration der Prävention in die Versorgung notwendig.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Evidenzbasierte Massnahmen zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung werden nachhaltig verankert und weiterentwickelt. Lücken werden geschlossen.

Prävention in der Versorgung fördern

In den vergangenen Jahren wurden in der Schweiz zur Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung und zur Verbesserung der Schnittstellen zwischen Prävention und Gesundheitsversorgung verschiedene Initiativen und Projekte lanciert. Einige davon sind seit Jahren etabliert und nachhaltig verankert, andere kämpfen – auch aus finanziellen Gründen – um ihre längerfristige Sicherung.

Aufbauend auf den bisherigen Bestrebungen sind evidenzbasierte Projekte zu stärken und wo nötig und sinnvoll weiterzuentwickeln. Diese orientieren sich am Gesundheitspfad und der Gesundheitsberatung sowie an Ansätzen der koordinierten Versorgung. Im Fokus stehen Personen mit einem erhöhten Risiko, an einer NCD zu erkranken, sowie Personen mit einer bestehenden NCD. Um Menschen in vulnerablen Situationen besser zu erreichen, wird darauf geachtet, Projekte bedarfsgerecht und mit niederschwelligem Zugang zu entwickeln.

Die Schnittstellen und die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung werden verbessert und in relevante gesundheitspolitische Entwicklungen integriert.

Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration verbessern

Die Zusammenarbeit innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung ist zu verbessern. Die Integration von präventiven und kurativen Aspekten im Rahmen eines integrierten, patientenzentrierten Versorgungskonzeptes ist eine vordringliche Aufgabe. Zu diesem Zweck sollen von den betroffenen Akteuren entsprechende Netzwerke aufgebaut werden, welche die Kooperation zwischen Leistungserbringern der Gesundheitsversorgung und Beratungsorganisationen sowie der Gesundheitsligen fördern und Prävention als zentralen Teil einer umfassenden koordinierten Versorgung stärken. Eine verbesserte Bewirtschaftung der Schnittstellen erfordert zudem eine Optimierung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie eine Klärung und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen und Rollen der beteiligten Institutionen und Gesundheits- sowie Sozialberufe. Massnahmen zur verbesserten Bewirtschaftung dieser Schnittstellen und zur Förderung einer umfassenden koordinierten Versorgung, die auch primärpräventive Aspekte integriert, werden in alle laufenden politischen Bestrebungen integriert und sollen in den entsprechenden Foren gestärkt werden.

Präventionsaspekte in bestehenden Guidelines bzw. Guidelines für spezifische Präventionsleistungen werden aufbauend auf bestehenden Erfahrungen und Ansätzen weiterentwickelt und verankert.

**Guidelines
weiterentwickeln**

Um den systematischen Einbezug von Massnahmen der Früherkennung und Prävention (z.B. Rauchstopp, Gewichtsreduktion, Bewegungsförderung) in der Gesundheitsversorgung zu optimieren werden evidenzbasierte Guidelines und Standards für Präventionsleistungen dort erarbeitet, wo Lücken bestehen oder bestehende Ansätze weiterzuentwickeln sind. Ergänzend zu bereits existierenden kurativen Behandlungspfaden und Disease-Management-Programmen werden praxistaugliche Instrumente der Prävention zu den Risikofaktoren (mangelnde Bewegung, unausgewogene Ernährung, Tabak- und übermässiger Alkoholkonsum) und häufigen, nichtübertragbaren Krankheiten (wo fehlend) entwickelt und verankert.

Diese Guidelines und Standards basieren auf wissenschaftlicher Evidenz, berücksichtigen die Bedürfnisse der betroffenen Menschen und dienen als Qualitätskriterium für die gute Praxis. Sie orientieren sich am Gesundheitspfad sowie am Ansatz der Gesundheitsberatung und stellen somit die Verzahnung von Prävention und Gesundheitsversorgung sicher. Dazu gehören z. B. Klärung der Ausgangslage, eine gemeinsame Zielvereinbarung, Erarbeitung von Massnahmen zusammen mit dem betroffenen Menschen und eine regelmässige Kontrolle.

Darüber hinaus sollen ausgewählte Präventionsleistungen, Guidelines und Standards für spezifische Patientengruppen erarbeitet werden; hier stehen ältere und chronisch kranke Menschen sowie Menschen in vulnerablen Situationen, wie z. B. Migrantinnen und Migranten mit anderen Kultur- und Sprachhintergründen im Zentrum.

5.3 HF 3 Koordination und Kooperation

Das HF Koordination und Kooperation beinhaltet die Vernetzung der verschiedenen Akteure sowie die Entwicklung zielgerichteter und verbindlicher Zusammenarbeitsformen. Dies dient der gegenseitigen Abstimmung von Zielen und Aktivitäten sowie der Formulierung gemeinsamer strategischer Grundlagen und Schwerpunkte, um einen hohen Synergiegewinn und eine Wirkungsoptimierung zu erreichen.

**Beschreibung
Handlungsfeld**

Durch die grosse Autonomie und die Vielfalt an Akteuren, die teilweise unterschiedliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze verfolgen, ergibt sich heute eine entsprechend grosse Spannbreite an Bestrebungen und Strukturen. Das fördert die Innovation und Vielfalt an Ansätzen, entspricht dem föderalistischen System der Schweiz, den Begebenheiten in der Gesundheitspolitik wie auch dem Wunsch der Akteure, eigene Schwerpunkte zu setzen. Damit werden aber auch die Koordination zwischen den verschiedenen Aktivitäten, die Formulierung einheitlicher Qualitätsstandards, die Schwerpunktsetzung und das Schliessen von Lücken, vor allem vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Mittel, erschwert.

**Zentrale
Herausforderungen**

Insbesondere berufsgruppenübergreifende Aktivitäten an der Schnittstelle zwischen Prävention und Kuration, die bislang meist auf Eigeninitiative einzelner Akteure entstanden, sind untereinander noch wenig koordiniert und meist örtlich und/oder zeitlich begrenzt. Dadurch sind der TransfERNutzen und die Nachhaltigkeit nur bedingt gewährleistet.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Etablierte Plattformen werden weiter genutzt und auf die Zielsetzungen der NCD-Strategie ausgerichtet.

Bestehende Plattformen nutzen

Zahlreiche Akteure tragen mit ihren Aktivitäten zur Zielerreichung der gesundheitspolitischen Strategien bei. Es sind dies Bundesstellen, Kantone, Nicht-Regierungsorganisationen sowie regionale und nationale Verbände, die in den jeweiligen Themen aktiv sind. Um die Massnahmen koordiniert und zielgerichtet umzusetzen, wurden verschiedene Partnerplattformen geschaffen. Diese haben sich sehr bewährt und dienen dazu, Erfahrungen und Best-Practice-Erfahrungen auszutauschen und damit den Herausforderungen auf nationaler wie kantonaler Ebene wirksam und vernetzt entgegenzutreten. Die Plattformen werden an den Bedarf bezüglich der neuen Strategien angepasst.

Es wird eine NCD-Stakeholderkonferenz etabliert, welche die Umsetzung der Strategie regelmässig thematisiert und den Akteuren eine Plattform für einen praxisorientierten Erfahrungsaustausch bietet.

Stakeholderkonferenz etablieren

Zur Weiterführung des Dialogs und zur Förderung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustausches wird unter dem Patronat des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik eine NCD-Stakeholderkonferenz etabliert. Diese dient dazu, die Umsetzung der Strategie zu diskutieren, erfolgreiche Ansätze und spezifische Herausforderungen zu erörtern und Schwerpunkte zu vertiefen. Erfolgreiche Umsetzungsvorhaben können vorgestellt und gemeinsame Vorgehensweisen entwickelt werden. Die NCD-Stakeholderkonferenz fördert damit nicht nur die Zusammenarbeit und Koordination, sondern stärkt auch den Wissenstransfer.

Es wird ein Fachgremium zur Beratung spezifischer Fragen in der Prävention im Bereich der Gesundheitsversorgung eingesetzt.

Fachgremium für Prävention in der Versorgung aufbauen

Zur Beratung spezifischer Fragen zur Prävention in der Gesundheitsversorgung wird die Einsetzung eines Fachgremiums angestrebt. Dieses soll sich aus unabhängigen Expertinnen und Experten zusammensetzen. Dazu wird im Rahmen der Umsetzung zu prüfen sein, welches der Zweckbereich, die optimale Form und Arbeitsweise sein sollen und wie die Schnittstellen zu bestehenden Gremien auszugestalten sind (z.B. zur Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen ELGK) und welche Aufgaben dem Fachgremium konkret übergeben werden sollen. Mögliche Aufgaben dieses Fachgremiums sind die Evaluation von Präventionsleistungen in der Gesundheitsversorgung sowie die Formulierung von Kompetenzen für die Erbringung von Präventionsleistungen. Zu den Aufgaben kann auch gehören, prioritäre Aktionsfelder vorzuschlagen, nicht weiterzuverfolgende Ansätze zu bezeichnen sowie die Möglichkeiten der Implementierung und der Finanzierung von Präventionsleistungen zu bewerten.

5.4 HF 4 Finanzierung

Damit die in dieser Strategie formulierten Ziele erreicht werden können, sind eine strategieorientierte Verwendung der finanziellen Mittel und ein effizienter Ressourceneinsatz sicherzustellen. Eine kohärente, gut koordinierte Finanzierung durch staatliche, öffentlich- und privatrechtliche Engagements ist dabei unerlässlich.

Beschreibung Handlungsfeld

Die Herausforderungen betreffend Finanzierung sind zahlreich. Im Zentrum stehen drei Aspekte:

Zentrale Herausforderungen

Bestehende, meist zweckgebundene Finanzierungsgefässe orientieren sich bisher an unterschiedlichen strategischen Vorgaben (z.B. orientiert sich der Tabakpräventionsfonds am Nationalen Präventionsprogramm Tabak, Gesundheitsförderung Schweiz u.a. am nationalen Programm Ernährung und Bewegung). Bei (Pilot-)Projekten, Strukturen und Grundleistungen im Bereich der Prävention besteht heute also eine Vielzahl an unterschiedlichen Steuerungsmechanismen. Dies erschwert insbesondere die Finanzierung von risikofaktorenübergreifenden Projekten. Ausserdem ergibt sich eine Vielfalt an Finanzierungsformen, die aus Sicht der Gesuchsteller oft ineffizient und aus Sicht der Geldgeber intransparent sind.

Derzeit ist die Finanzierung von Projekten und Massnahmen mit grossem Handlungsbedarf, die auf den neuen Elementen der Strategie beruhen, ungenügend gesichert. Dies gilt ebenso für innovative Projekte, deren Weiterentwicklung und insbesondere deren nachhaltiger Etablierung.

Präventionsleistungen und -angebote werden innerhalb und ausserhalb des Gesundheitsversorgungssystems erbracht. Die Koordination der Leistungen und die zielgruppengerechte Beratung der betroffenen Personen muss angemessen abgegolten werden. Über die Finanzierung dieser verschiedenen Leistungen ist Transparenz zu schaffen.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Bestehende Finanzierungsgefässe der öffentlichen Hand werden an den Zielen und Stossrichtungen der NCD-Strategie ausgerichtet. Die Gesuchs- und Vergabeprozesse zur Finanzierung von Projekten werden für einen effizienteren Ressourceneinsatz vereinfacht und konsolidiert.

Finanzielle Mittel strategieorientiert einsetzen

Die Mittelvergabe wird so organisiert, dass sie den Zielen der NCD-Strategie Rechnung trägt und sich an den strategischen Stossrichtungen orientiert. Innerhalb dieser Stossrichtungen sollen aber für die Akteure flexible Schwerpunktsetzungen möglich sein. Des Weiteren sollen innovative Massnahmen, die mehrere Risikofaktoren umfassen, finanziert werden können.

Der Gesuchs- und Vergabeprozess zur Finanzierung von Massnahmen soll vereinfacht, transparenter gestaltet und somit effizienter werden. Zur Konsolidierung der Gesuchs- und Vergabeprozesse der verschiedenen Geldgeber werden einheitliche Qualitätsstandards und Kriterien zur Mittelvergabe zu formulieren sein. Dazu werden verschiedene Lösungen evaluiert, wie zum Beispiel die Bildung eines übergeordneten Koordinationsgremiums zur Prüfung der Gesuche und Festlegung von Finanzierungsschlüsseln für die Finanzierungsgefässe.

Zusätzlich werden zwecks Nutzung von Synergien und effizienterem Mitteleinsatz partnerschaftliche Finanzierungen z. B. von Gemeinschaftsprojekten mehrerer Bundesämter und anderer Organisationen geprüft.

Für die Prävention in der Gesundheitsversorgung und die Prävention im Alter, die zwei Bereiche mit dem grössten Handlungsbedarf, sollen zusätzliche Mittel sichergestellt werden.

Finanzierungslücken schliessen

Für die Etablierung präventiver Angebote in der Gesundheitsversorgung und zur Stärkung der Prävention im Alter sollen zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. Damit werden Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention mit grossem Handlungsbedarf gestärkt und innovative Projekte, deren Weiterentwicklung und nachhaltige Etablierung unterstützt.

Im Vordergrund steht dabei der von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz eingereichte Antrag zur Erhöhung des Beitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung. Dieser soll die Finanzierung von Massnahmen in den Bereichen Prävention in der Gesundheitsversorgung, Prävention im Alter sowie Psychische Gesundheit sichern. Er wird zurzeit (März 2016) vom EDI geprüft.

Die Finanzierung von Präventionsleistungen in der Gesundheitsversorgung wird geklärt. Dabei sind die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und weiterer Kostenträger zu berücksichtigen. Präzisierungen und bessere Kommunikation derselben sollen die Lösungsfindung erleichtern.

**Finanzierung von
Präventionsleistungen
klären**

Für einen Teil der evidenzbasierten Präventionsleistungen in der Gesundheitsversorgung, die sich an Personen mit erhöhten Risiken und erkrankte Personen richten, ist die Vergütung derzeit nicht geklärt. Dies betrifft auch Beratungsangebote der Gesundheitsligen. Dazu müssen, unter Berücksichtigung verschiedener Finanzierungsquellen, die Akteure wie z.B. die öffentliche Hand, die Versicherer und die Arbeitgeber gemeinsam Lösungen finden. Dies gilt auch für die angemessene Abgeltung wichtiger Beratungs- und Koordinationsfunktionen im Rahmen umfassender Präventionsleistungen, insbesondere im nichtärztlichen Bereich.

Was die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) betrifft, wird der Rahmen für die Kostenübernahme von Leistungen der medizinischen Prävention im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) vorgegeben. Die Kostenübernahme ist nur möglich für ärztlich durchgeführte oder ärztlich angeordnete Leistungen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Diese Leistungen werden auf die Erfüllung der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit sowie Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) geprüft und abschliessend bezeichnet (Positivliste). Die für alle Leistungen geltenden WZW-Kriterien sollen noch stärker auf die Anwendung auf Präventionsleistungen hin operationalisiert und konkretisiert werden. Die Leistungserbringer und Versicherer regeln die Details der Vergütung der Leistungen in Tarifverträgen. Klärungs- und Kommunikationsbedarf besteht allenfalls bei neuen Ansätzen wie z.B. dem Gesundheitscoaching, wo sich Abgrenzungsfragen stellen können.

5.5 HF 5 Monitoring und Forschung

Eine evidenzbasierte Präventionspolitik nichtübertragbarer Krankheiten braucht fundierte wissenschaftliche Grundlagen. Dazu sind Innovation und Forschung da zu fördern, wo Lücken bestehen. So können Pilotprojekte regional oder zeitlich begrenzt getestet und auf ihre Wirkung hin überprüft werden, bevor sie flächendeckend oder längerfristig eingeführt werden.

**Beschreibung
Handlungsfeld**

Ein an den Zielen der Strategie orientiertes Monitoring bildet für Bund und Kantone zudem die Grundlage dafür, die Strategie und ihre Massnahmen zu überprüfen, an neue Herausforderungen anzupassen und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Auch wenn sich die Wissenslage zu nichtübertragbaren Krankheiten in den vergangenen Jahren verbessert hat, bestehen doch weiterhin bedeutende Wissenslücken. So fehlen beispielsweise qualitativ hochstehende und national repräsentative Daten zu NCDs. Weitere wichtige Datenlücken zeigen sich im Bereich der Qualität und Wirksamkeit von Projekten, gerade auch an der Schnittstelle zwischen Prävention und Kuration.

**Zentrale
Herausforderungen**

Eine bedeutende Herausforderung sind zudem die gezielte Förderung, Finanzierung und wissenschaftliche Begleitung von anwendungsorientierten, praktischen Innovations- und Pilotprojekten.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Aufbauend auf bestehenden Monitorings und Datengrundlagen wird ein NCD-Monitoring etabliert. Dieses erfasst nationale Informationen zu Krankheitslast, Risikofaktoren, sozialen Determinanten und gefährdeten Bevölkerungsgruppen.

NCD-Monitoring etablieren

Entsprechend den Zielen und Schwerpunkten der NCD-Strategie wird ein NCD-Monitoring etabliert. Dieses erlaubt es, die aktuellen gesundheitlichen Entwicklungen im Bereich von NCDs besser zu beobachten. Das Monitoring bildet für den Bund und die Kantone zudem die Grundlage, die Strategie und ihre Massnahmen zu überprüfen und neuen Herausforderungen anzupassen. Das Monitoring soll einen Beitrag leisten, um in der Forschungs- und Innovationsförderung Schwerpunkte festzulegen. Nicht zuletzt stellt ein umfassendes Monitoring eine unverzichtbare Basis für die Evaluation der NCD-Strategie dar.

Das NCD-Monitoring baut auf dem bewährten Monitoringsystem Ernährung und Bewegung (MOSEB) auf und löst dieses ab. Es integriert Daten etablierter nationaler Datenquellen (v.a. des BFS), umfasst Informationen zu Krankheitslast, Risikofaktoren, sozialen Determinanten, gefährdeten Bevölkerungsgruppen sowie Kosten und ist bestrebt, insbesondere im Bereich der Altersklasse der unter 15-Jährigen bestehende Datenlücken zu schliessen.

Bestehende Forschungsschwerpunkte werden überprüft und bei Bedarf werden neue Schwerpunkte gesetzt. Der Wissenstransfer aus der Theorie in die Praxis wird gefördert.

Forschung und Wissenstransfer anregen

Aufgrund von Wissenslücken wird geprüft, welche Forschungsschwerpunkte neu angeregt werden sollen. Insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung, die auch die Prävention im Sinne einer umfassenden Gesundheitsversorgung umfasst, bestehen grosse Wissenslücken. Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Gesundheitsversorgung» (NFP 74) wird daher angeregt, Aspekten der Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten Rechnung zu tragen.

Der Wissenstransfer von Theorie und Wissenschaft in die Praxis wird gefördert. Partner und Öffentlichkeit werden regelmässig über die wichtigsten Erkenntnisse und Entwicklungen informiert.

Innovation im Bereich der Prävention von NCDs wird unterstützt. Schwerpunkte bilden dabei die wissenschaftliche Begleitung multisektoraler und risikofaktorenübergreifender Präventionsprojekte sowie von Projekten zur Stärkung der Schnittstellen zwischen Gesundheitsversorgung und Prävention.

Innovation unterstützen

Zur Förderung der Innovation bei der Prävention von NCDs werden insbesondere innovative Projekte im Themenbereich der beiden zentralen Handlungsfelder (HF 1 und HF 2) angeregt und wissenschaftlich begleitet. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention wird der Fokus auf multisektorale und/oder risikofaktorenübergreifende Präventionsprojekte gelegt. Bei der Prävention in der Gesundheitsversorgung sollen Projekte gefördert werden, welche die Schnittstellen zwischen Gesundheitsversorgung und den Angeboten aus Gesundheitsförderung und Prävention betreffen.

Ziel dieser Projekte ist ein hohes Mass an Evidenzgewinn sowie eine erfolgreiche Überführung in reguläre, längerfristig gesicherte Angebote. Unterstützend werden Erfolgsfaktoren zur nachhaltigen Verankerung von Pilot- und Innovationsprojekten zusammengestellt und der Praxis zur Verfügung gestellt. Damit wird verhindert, dass

innovative Projekte nach einer erfolgreichen Pilotphase mangels Know-how und finanzieller Ressourcen abgebrochen werden und dadurch ein Transfer in die Praxis verunmöglicht wird.

Zur Förderung von Innovation wird geprüft, wie deren Finanzierung durch GFCH und den TPF gestärkt werden kann.

5.6 HF 6 Information und Bildung

Die Strategie geht davon aus, dass die Menschen für ihre Lebensweisen und ihr Verhalten selbst verantwortlich sind. Damit dies aber möglich ist, benötigt die Bevölkerung altersgerechte, verlässliche und bedarfsgerechte Informationen über Gesundheit, deren Erhalt und Wiederherstellung sowie über gesundheitsschädigende oder -fördernde Verhaltensweisen. Nur wer gut informiert ist, kann sich kompetent für die eigene Gesundheit und diejenige seiner Mitmenschen einsetzen. Es ist deshalb wichtig, dass einerseits die Gesamtbevölkerung, andererseits aber gerade auch Menschen in vulnerablen Situationen ausreichend für die Ursachen von nichtübertragbaren Krankheiten sensibilisiert sind. Bei der Wissensvermittlung spielen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen wie Lehrpersonen oder die Arbeitgeber eine entscheidende Rolle.

Bildungsangebote für chronisch Kranke und ihre Angehörigen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenzen und des Selbstmanagements werden gefördert. Aber auch für Gesundheitsfachpersonen ist es zentral, dass sie sich über Aus- und Weiterbildungen und andere Formen der Wissensvermittlung die nötigen Kompetenzen im Bereich der Prävention aneignen können.

Die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen können stark divergieren, auch deren Erreichbarkeit unterscheidet sich teilweise stark. Betroffene wie beispielsweise chronisch Kranke und ihre Angehörigen, sozioökonomisch benachteiligte Menschen mit Migrationshintergrund, Eltern von Kleinkindern sowie Fachpersonen wurden bereits im Rahmen diverser Präventionsaktivitäten der vergangenen Jahre berücksichtigt. Darauf gilt es aufzubauen mit einer aktiven, transparenten, bedarfsorientierten und an den jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen orientierten Kommunikation, die verstärkt risikofaktorenübergreifende Aspekte ins Zentrum stellt.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Die Öffentlichkeit wird aktiv über die Problematik der NCDs, deren Ursachen und die Bedeutung gesundheitsförderlicher Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen informieren. Menschen in vulnerablen Situationen wird der Zugang zu zielgruppengerechten Informationen ermöglicht.

Kommunikationsmassnahmen informieren und sensibilisieren die Bevölkerung, indem sie NCD-spezifische Themen auf die öffentliche Agenda setzen und Information zur Problematik der NCDs, zu deren Ursachen und zu Handlungsmöglichkeiten bereitstellen. Damit können sie in Verbindung mit weiteren Massnahmen helfen, die Gesundheitskompetenz zu verbessern und Einstellungs- sowie teilweise auch Verhaltensänderungen herbeizuführen. Auch zur Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen können sie einen Beitrag leisten.

Zusätzlich zu bevölkerungsbezogenen Kommunikationsmassnahmen sind eigene Informations- und Sensibilisierungsmassnahmen für Menschen in vulnerablen Situationen, z. B. für Migrantinnen und Migranten notwendig, um deren Gesundheitskompetenz entsprechend ihres spezifischen Bedarfs zu verbessern. Besondere Aufmerksamkeit verdienen Kinder und Jugendliche, die in der Entwicklung besonders

**Beschreibung
Handlungsfeld**

**Zentrale
Herausforderungen**

Stossrichtungen

Bevölkerung informieren

durch Stärkung ihrer Ressourcen unterstützt werden. Dazu sind ihre Unterstützungssysteme wie beispielweise Familie und Schule und die darin tätigen Berufsgruppen in ihrer Bildung und Funktion zu unterstützen und zu stärken.

Unter Einbezug Betroffener werden Bildungsangebote für chronisch Kranke und ihre Angehörigen gefördert, die auf eine Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements abzielen.

**Selbstmanagement-
angebote für chronisch
Kranke fördern**

Mit der steigenden Lebenserwartung nimmt auch die Anzahl der Menschen zu, die mit chronischen Krankheiten leben. Die Unterstützung Betroffener bei der Gestaltung eines möglichst langen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebens ist deshalb von zentraler Bedeutung. Dies trägt auch dazu bei, eine allfällige Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.

Dazu ist die Stärkung der Gesundheitskompetenzen und des Selbstmanagements kranker Menschen und ihrer Angehörigen vordringlich, so dass Betroffene zu Experten und Expertinnen ihrer Erkrankungen werden können. Um dies zu erreichen, sind bestehende Angebote der Patientenorganisationen, Gesundheitsligen und vergleichbarer Organisationen wie auch Selbsthilfeangebote zu stärken und deren Finanzierung zu klären. Der Nutzung neuer Technologien zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz und zur Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils gilt ein besonderes Augenmerk.

Gesundheitsfachpersonen werden unterstützt, handlungsorientierte Kompetenzen über Prävention in der Gesundheitsversorgung zu erwerben und diese bedarfsgerecht und wirksam anzuwenden.

**Gesundheitsfachpersonen
aus- und weiterbilden**

Praxisorientiertes Fachwissen zu Ansätzen der Prävention in der Versorgung wie auch kommunikative, soziale und interkulturelle Kompetenzen im Sinne der ganzheitlichen Gesundheitsberatung sind in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen auf einheitlicher Wissensbasis verstärkt zu vermitteln. Dabei stehen die motivationale Gesprächsführung sowie der Gesundheitspfad als umfassender Orientierungsrahmen für Präventionsleistungen im Zentrum. Angestrebt wird eine Verbesserung der Schnittstellen wie auch der Zusammenarbeit zwischen Prävention und Kuration.

In diesem Zusammenhang sind zunächst integrative Konzepte für die Aus-, Weiter- und Fortbildung vor dem Hintergrund der verschiedenen Bildungsstufen zu schaffen. Dafür muss vorerst der heutige Stand der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten bezüglich Prävention in den universitären wie nicht-universitären Aus- und Weiterbildungen der Gesundheitsfachleute eruiert werden. Entsprechend wird abgeklärt werden, wie präventive Kompetenzen weiter vertieft werden können. Darauf folgend sollen diese Inhalte in die Lernzielkataloge der universitären Medizinalberufe (u.a. Zahnmedizin, Pharmazie, Chiropraktik) integriert werden.

Auf Fachhochschulebene wird bei den Gesundheitsberufen der Austausch mit den Berufskonferenzen aktiv aufgenommen, um präventive Kompetenzen vermehrt in die Aus- und Weiterbildung einzubringen. Für die Berufe auf Stufe Höhere Fachschule sowie auf Stufe Grundbildung wird geklärt, wie die Integration in die Rahmenlehrpläne gewährleistet werden kann. Es ist zu prüfen, ob auch interprofessionelle Module für Gesundheitsfachpersonen angeboten werden sollen.

5.7 HF 7 Rahmenbedingungen

Die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen sind so zu gestalten, dass sie die Menschen in ihrem gesundheitsförderlichen Verhalten unterstützen («*Make the*

**Beschreibung
Handlungsfeld**

healthy choice the easy choice»). Es gibt vielfältige Möglichkeiten für verhältnispräventive Massnahmen. Dazu zählen neben gesetzlichen Regulierungen (z.B. Preisgestaltung, Erhältlichkeit, Werbung und Besteuerung gesundheitsgefährdender Güter und Dienstleistungen) das Engagement der Wirtschaft (z.B. Verhaltenskodex oder freiwillige Selbstverpflichtungen für gesunde Nahrungsmittel) sowie die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z.B. Förderung sicherer, attraktiver Velowege oder eines gesunden Angebots in den Kantinen am Arbeitsplatz oder in Schulen, Erhalt von Natur- und Erholungsräumen). Auch die Stärkung einer multi-sektoralen Gesundheitspolitik und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit tragen zur Verbesserung der Lebensbedingungen bei.

Es ist bekannt, dass zum Beispiel Menschen mit niedrigem Einkommen oder niedrigem Bildungsstand schlechtere Chancen haben, gesund alt zu werden. Es ist daher wichtig, bedarfsorientierte Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Möglichkeiten eines gesundheitsförderlichen Lebensstils verbessern. Gerade Menschen in vulnerablen Situationen profitieren am meisten von verhältnispräventiven Massnahmen.

Zentrale Herausforderungen

Gesundheit ist abhängig von verschiedenen Determinanten wie zum Beispiel Bildung, Einkommen, Luft, Verkehr, Wirtschaft, Sicherheit. Diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen werden nicht alleine von der Gesundheitspolitik beeinflusst. Aufgrund der Komplexität des Themas und der zahlreichen Einflüsse sind weitere Politiksektoren für gesundheitsspezifische Aspekte zu sensibilisieren und aktiv einzubeziehen. Dies kann eine oft zeitaufwändige und kostenintensive Koordination bedingen, Zielkonflikte können die Zusammenarbeit erschweren.

Folgende Stossrichtungen sind für dieses Handlungsfeld zentral:

Stossrichtungen

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen werden so konzipiert und gestaltet, dass sie zur Chancengleichheit und zur Lebensqualität der Bevölkerung beitragen und einen gesunden Lebensstil fördern.

Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen stärken

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind auf verschiedenen Staatsebenen und für alle Menschen möglichst so zu gestalten, dass es einfacher wird, sich gesund zu verhalten und aktiv mobil zu sein. Dazu sind zum Beispiel gesundheitsförderliche Infrastrukturen wie Quartiere mit attraktiven, sicheren Velowegen oder Spielzonen sowie Natur- und Erholungsräumen zu stärken. Darüber hinaus ist es wichtig, den Menschen gesunde, attraktive und leicht zugängliche Alternativen im Bereich Ernährung und Bewegung zu bieten. Dies ermöglichen beispielsweise freiwillige Aktionsversprechen aus der Wirtschaft, die sich für eine gesunde Wahl in diesen beiden Bereichen engagieren. In Ergänzung dazu muss überprüft werden, ob die bestehenden gesetzlichen Grundlagen optimal vollzogen werden und den aktuellen Herausforderungen ausreichend Rechnung tragen.

Der Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention soll allen Menschen möglich sein. Damit wird im Rahmen der öffentlichen Gesundheit die in der Bundesverfassung verankerte Chancengerechtigkeit umgesetzt. Es werden unter anderem zielgruppenspezifische, niederschwellige Zugänge für Menschen in vulnerablen Situationen angeboten.

Präventions- und Gesundheitsanliegen werden in einer multisektoralen Gesundheitspolitik verstärkt berücksichtigt.

Multisektorale Zusammenarbeit stärken

Massnahmen zur Bekämpfung von NCDs stehen in Zusammenhang mit vielen Politik- und Lebensbereichen (z.B. Wirtschaft, Umwelt, Bildung, Verkehr, Raumplanung) und werden von einer Vielzahl von Akteuren umgesetzt. Daraus ergeben sich die Notwendigkeit einer guten Koordination und einer breit verankerten Sensibilität

für die Gesundheitsrelevanz des eigenen Handelns bei allen Akteuren. Die Entscheidungsträger in allen Bereichen sollen deshalb sensibilisiert werden, den Gesundheitsaspekten Rechnung zu tragen und ihre Mitverantwortung wahrzunehmen. Es gilt, an die soziale Verantwortung für Gesundheit zu appellieren.

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen nationalen und kantonalen Departementen und Politikbereichen wird aufrechterhalten bzw. optimiert, um gesundheitliche Anliegen und Rahmenbedingungen zu stärken. Es werden Pilotprojekte, -modelle und -konzepte gefördert, die den Ansatz der multisektoralen Gesundheitspolitik umfassend praktizieren.

Die Schweiz beteiligt sich aktiv an internationalen Bestrebungen zur Stärkung der Gesundheit in der Bevölkerung und pflegt den internationalen Erfahrungsaustausch.

**Internationales
Engagement pflegen**

Die Schweiz unterstützt aktiv die Bestrebungen der WHO und des WHO-Regionalbüros Europa zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten und pflegt den internationalen Austausch, insbesondere auch mit der EU. Dazu gehört die Mitarbeit an internationalen Empfehlungen im Bereich Alkohol-, Tabak-, Ernährungs- und Bewegungspolitik. Die Schweiz stimmt sich ab mit internationalen Strategien und Aktionsplänen von WHO und EU ab und ist nach wie vor bestrebt, die WHO-Tabakkonvention (Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs; Framework Convention on Tobacco Control, FCTC) zu ratifizieren. Dazu ist die Genehmigung des Tabakproduktegesetzes und einer Botschaft zur Ratifikation der Konvention durch das Parlament notwendig.

6 Umsetzung der Strategie

Die NCD-Strategie mit ihren Zielen, Handlungsfeldern und Stossrichtungen ist auf die Zeit von 2017 bis 2024 ausgelegt. Sie bietet allen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren einen Orientierungsrahmen für ihre Engagements zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten. Dieser Ansatz wird auch bei der Umsetzung der Strategie verfolgt.

Bund (BAG), Kantone (GDK) und GFCH werden nach Verabschiedung der Strategie ab 2016 zusammen mit relevanten Akteuren Massnahmen definieren, deren Umsetzung ab 2017 erfolgt. Die Massnahmen werden vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik gutgeheissen. Die Massnahmen des Bundes werden zudem vom Bundesrat verabschiedet. Die Massnahmen der NCD-Strategie, der Strategie Sucht und des Projekts Psychische Gesundheit werden wo sinnvoll und möglich gemeinsam erarbeitet. Sie werden basierend auf bestehendem Bundes- und kantonalem Recht und unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten entwickelt.

Massnahmenerarbeitung

Die Massnahmen sollen von Bestehendem ausgehen, Kontinuität erlauben und risikofaktorenübergreifende Ansätze sowie Ansätze der Prävention in der Versorgung stärken. Sie können auf Risikofaktoren, auf Settings wie auch auf Lebensphasen ausgerichtet sein. Die Erfahrungen, die Errungenschaften und das Wissen aus der Umsetzung der bisherigen Präventionsprogramme fliessen in die künftigen Massnahmen ein. Ein Übergang von bisherigen Massnahmen und Strukturen erfolgt fliegend.

Die bestehenden kantonalen Programme sollen weitergeführt und sukzessive auf die Zielsetzungen, Handlungsfelder und Stossrichtungen der NCD-Strategie abgestimmt werden können.

Kantonale Programme

Im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Massnahmen erfolgt ab 2016 und in Absprache mit den relevanten Akteuren eine Quantifizierung der strategischen Zielsetzungen. Für jedes NCD-Ziel soll mindestens ein Zielwert definiert werden, der über eine bestimmte Zeitperiode erreicht werden soll. Das Festlegen der Zielwerte (Quantifizierung) dient der Überprüfung der Wirksamkeit der Strategie und gibt zudem die Priorisierung der Massnahmen wieder. Das NCD-Monitoring-System wird die entsprechenden Indikatoren erheben und regelmässig über den Stand der Dinge zur Zielerreichung berichten.

Quantifizierung der Zielsetzungen

Die weiteren staatlichen und nicht-staatlichen Akteure sind dazu eingeladen, ihre Aktivitäten auf die Zielsetzung der NCD-Strategie auszurichten und ihre Aktivitäten so zu entwickeln, dass sie sich gegenseitig unterstützen und ergänzen. Grundsätzlich bleibt es jedoch den einzelnen Akteuren überlassen, eine individuelle Schwerpunktsetzung vorzunehmen.

Unterstützung der strategischen Ziele

Wie in Kapitel 5.3. beschrieben, wird mit der Umsetzung ab 2017 eine NCD-Stakeholderkonferenz etabliert, welche die Umsetzung der Strategie regelmässig thematisiert und allen Akteuren eine Plattform für einen Erfahrungsaustausch bietet. Sie gibt Raum für die Vorstellung von erfolgreichen Ansätzen, fördert die Entwicklung von spezifischen Umsetzungsvorhaben und stärkt sowohl die Vernetzung wie auch den Wissenstransfer.

Stakeholderkonferenz

Ein strategisches Umsetzungsgremium unter Leitung von Bund (BAG), Kantonen (GDK) und GFCH wird gemeinsam mit Vertretungen von weiteren relevanten Akteuren die Umsetzung der NCD-Strategie ab 2017 koordinieren.

Koordination

BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz erstatten zudem dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik regelmässig Bericht und legen Rechenschaft ab über die Umsetzungsschritte zur Erreichung der gesetzten Ziele. Die Ergebnisse und Erkenntnisse der Stakeholderkonferenzen fliessen in diese Berichterstattung ein. Im Jahr 2020 wird der Bundesrat mittels eines Zwischenberichtes über den Verlauf der Umsetzung der Strategie informiert. 2023 wird die Umsetzung dann im Detail betreffend Relevanz, Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit der Massnahmen evaluiert. Es erfolgt wiederum eine Berichterstattung an den Dialog Nationale Gesundheitspolitik. Der Bundesrat wird anschliessend über die Strategieentwicklung informiert und entscheidet über das weitere Vorgehen. Bei Bedarf können zudem spezifische Projektevaluationen durchgeführt werden.

Berichterstattung und Evaluation

Die Finanzierung der Umsetzung seitens der Akteure erfolgt über jeweils eigene Mittel und über Beiträge aus bestehenden Geldquellen, die von Gesundheitsförderung Schweiz oder dem Tabakpräventionsfonds zur Verfügung gestellt werden.

Finanzierung

Der Antrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zur Erhöhung des Beitrags für die allgemeine Krankheitsverhütung wird zurzeit (März 2016) vom EDI geprüft.

Anhang

Beispiele

HF 1 Gesundheitsförderung und Prävention

Risikofaktoren vorbeugen

- Unternehmen rauchfrei – Integration der Tabakprävention in das betriebliche Gesundheitsmanagement:
www.unternehmenrauchfrei.ch
- MiniMove – Kleinkinder in Bewegung:
www.ideesport.ch/de/kinder-jugendprojekte/mini-open-sunday/mini-open-sunday

Lebensphasen- und Settingansätze fördern

- Projekt MIAPAS von Gesundheitsförderung Schweiz
- <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/ernaehrung-und-bewegung-bei-kindern-und-jugendlichen/fokusthemen/kleinkindbereich.html>
- Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen:
<http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Schweizerisches-Netzwerk-Gesundheitsfoerdernder-Schulen/PXoYa/?lang=de>
- Via – Gesundheitsförderung für ältere Menschen:
<http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen.html>
- M-Well – Pilotprojekt betriebliche Gesundheitsförderung:
www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/14489/index.html?lang=de

Menschen in vulnerablen Situationen stärken

- Femmes-Tische – ein Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramm für Frauen mit (mehrheitlich) Zuwanderungsgeschichte: <http://femmestische.ch/>
- Hometreatment Aargau – Aufsuchende Familienarbeit: www.hota.ch

HF 2 Prävention in der Gesundheitsversorgung

Prävention in der Versorgung fördern

- Das Pilotprojekt «Girasole» im Kanton Tessin verbindet «Gesundheitscoaching» und «Paprica» und möchte in einem weiteren Schritt das Projekt auf den gesamten Gesundheitspfad ausweiten:
www.gesundheitscoaching-khm.ch, www.paprica.ch/
- Sturzprävention: www.rheumaliga.ch/Sturzpraevention,
www.bpa.ch/de/fuer-fachpersonen/sturzpraevention;
<http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/gesundheitsfoerderung-fuer-aeltere-menschen.html>
- Eviprev – Programm zur Förderung der evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis: www.eviprev.ch

Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration verbessern

- Nachfolgestrategie eHealth Schweiz ab 2018 – Integration der Prävention in das elektronische Patientendossier: www.e-health-suisse.ch
- Plattform Interprofessionalität – Moderne Grundversorgung ist Medizin im interprofessionellen Team: www.interprofessionalitaet.ch

Guidelines weiterentwickeln

- NICE Pathways – Guidelines und Qualitätsstandards: <https://pathways.nice.org.uk>
- QualiCCare – Erarbeitung von Behandlungsstandards bei Diabetes und COPD: www.qualiccare.ch

HF 3 Koordination und Kooperation**Bestehende Plattformen nutzen**

- Tagung Kantonale Aktionspläne Alkohol: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/10916/10922/15816/index.html?lang=de>
- Jahreskonferenz actionsanté: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/11260/15808/index.html?lang=de

Stakeholderkonferenz etablieren

- NCD-Stakeholderanlass: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/14877/15482/index.html?lang=de

HF 4 Finanzierung**Finanzielle Mittel strategisch einsetzen**

- Programmvereinbarungen gemäss Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen
- Prüfung möglicher Zusammenarbeitsvereinbarungen (u.a. Leistungsverträge, Memorandum of Understanding)

Stärkung von Bereichen mit Handlungsbedarf

- Gemeinsame Projektfinanzierung in der multisektoralen Gesundheitspolitik, z. B. Dienstleistungszentrum für nachhaltige und innovative Mobilität: www.are.admin.ch/dienstleistungen/00908/index.html?lang=de

Finanzierung von Präventionsleistungen klären

- KIDSSTEP Obesity: www.akj-ch.ch/de/fachpersonen/therapie-msitmgp.html

HF 5 Monitoring und Forschung**NCD-Monitoring etablieren**

- Monitoringsystem Ernährung und Bewegung MOSEB: www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/index.html?lang=de
- Daten des Bundesamtes für Statistik im Bereich Gesundheit: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14.html

Forschung und Wissenstransfer anregen

- Nationales Forschungsprogramm «Gesundheitsversorgung» NFP 74: www.nfp74.ch

Innovation unterstützen

- Fonds «Innovative Projekte» von Gesundheitsförderung Schweiz (IP-Fonds): <http://gesundheitsfoerderung.ch/public-health/projektunterstuetzung/fonds-innovative-projekte.html>

HF 6 Information und Bildung**Bevölkerung informieren**

- Million Hearts® – Bevölkerungskampagne zur Sensibilisierung für Herz-Kreislaufkrankungen: <http://millionhearts.hhs.gov>
- Gesundheitsinformationen für Migrantinnen und Migranten: www.migesplus.ch

Selbstmanagementangebote für chronisch Kranke fördern

- Evivo – Selbstmanagement bei chronischer Erkrankung: www.evivo.ch
- «Mobile Health» – Massnahmen der Gesundheitsfürsorge, die unter anderem durch Mobilgeräte wie Mobiltelefone und persönliche digitale Assistenten unterstützt werden:
www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00278/index.html?lang=de

Gesundheitsfachpersonen aus- und weiterbilden

- Abstimmung der relevanten Kompetenzen der Gesundheitsfachleute auf Tertiärstufe durch die Erarbeitung und Umsetzung kohärenter Gesetze wie MedBG, PsyG, Entwurf GesBG: www.bag.admin.ch/themen/berufe/index.html?lang=de
- Integration des Gesundheitscoachings in die ärztliche Weiterbildung der Hausärztinnen und -ärzte, Kinderärztinnen und -ärzte in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF):
www.fmh.ch/bildung-siwf.html, www.gesundheitscoaching-khm.ch

HF 7 Rahmenbedingungen**Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen stärken**

- Healthy Cities für ein gesundheitsförderliches Lebensumfeld:
www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities
- actionsanté – besser essen, mehr bewegen:
www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/index.html?lang=de
- Alkoholtestkäufe:
www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/13088/14457/index.html?lang=de

Multisektorale Zusammenarbeit stärken

- Integrationsdialog der Tripartiten Agglomerationskonferenz zum Thema «Aufwachsen – gesund ins Leben starten»:
www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen
- Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesamtes für Raumentwicklung:
www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html

Internationales Engagement pflegen

- WHO-Tabakkonvention (Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs; Framework Convention on Tobacco Control FCTC)
www.bag.admin.ch/fctc/index.html?lang=de
- Ausarbeitung einer Bewegungsstrategie des WHO-Regionalbüros Europa
www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/news/news/2015/01/whoeurope-first-region-in-the-world-to-develop-strategy-for-physical-activity

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BFS	Bundesamt für Statistik
CDM	Chronic Disease Management
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EU	Europäische Union
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GesBG	Gesundheitsberufegesetz
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFCH	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
HF	Handlungsfeld
IV	Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
MOSEB	Monitoring-System Ernährung und Bewegung
NCD(s)	Nichtübertragbare Krankheit(en)/engl. noncommunicable disease(s)
NGO(s)	Non-Governmental Organization(s)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung/ Organization for Economic Cooperation and Development
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PsyG	Bundesgesetz über die Psychologieberufe
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
TPF	Tabakpräventionsfonds
VBGF	Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung und Prävention
VPL	Verlorene potenzielle Lebensjahre
WEF	World Economic Forum
WHO	World Health Organization

Danksagung

Die NCD-Strategie wurde in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Akteuren erarbeitet. Der Bundesrat und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) danken insbesondere den unten aufgeführten Institutionen für ihr Engagement bei der Erarbeitung der NCD-Strategie.

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT); Careum Stiftung; Caritas Schweiz; Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP); Die innovativen Krankenversicherer (curafutura); Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV); Evidenz basierte Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis (EviPrev); Frei von Tabak; Hochschule Luzern (HSLU); Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH); Interpharma; Kanton Aargau (AG); Kanton Basel-Landschaft (BL); Kanton Fribourg (FR); Kanton Graubünden (GR); Kanton St. Gallen (SG); Canton Ticino (TI); Canton de Vaud (VD); Kanton Zug (ZG); Kantonsapothekervereinigung (KAV); Krebsliga Schweiz/Oncosuisse; Kollegium für Hausarztmedizin (KHM); Lungenliga Schweiz (LL CH); PAPRICA (physical activity promotion in primary care); Procap Schweiz – für Menschen mit Handicap; QualiCCare; RADIX; Rheumaliga Schweiz (RL CH); Schweizer Berufsverband der Pflegefachpersonen (SBK); Schweizerische Adipositas-Stiftung (SAPS); Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände (SAJV); Schweizerische Diabetes-Gesellschaft (SDG); Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE); Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO); Schweizerische Herzstiftung (SHS)/CardioVasc Suisse; Schweizerischer Apothekerverband (pharmaSuisse); Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV); Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG); Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK); Solothurner Spitäler AG (soH); Spitex Verband Schweiz; Sucht Schweiz; Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH); Tabakpräventionsfonds (TPF); Verband der Schweizer Krankenversicherer (santésuisse); Verband der Schweizer Unternehmen (economie-suisse); Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH); Verein IG eHealth

Glossar

Begriff	Definition
Chancengerechtigkeit	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit hat zum Ziel, dass alle Menschen die Möglichkeit erhalten, unabhängig von sozialen, ökonomischen, ethnischen und Geschlechts- sowie Altersunterschieden ihre Gesundheit zu entwickeln, zu gestalten und zu erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass sie einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheitsressourcen haben.
Einflussfaktoren (Gesundheitsdeterminanten)	«Einflussfaktoren» ist der Oberbegriff für Risikofaktoren und Schutzfaktoren, die das Auftreten einer Krankheit beeinflussen.
Früherkennung/ Frühintervention	Früherkennung ist eine Form von Diagnose, die bestrebt ist, Symptome von entstehenden Krankheiten möglichst früh zu erkennen. Ihre Behandlung wird als Frühintervention/Frühbehandlung bezeichnet.
Gesundheitsberatung	Bei der Gesundheitsberatung handelt es sich um eine professionelle Beratung, die mittels wissenschaftlich fundierter und primär psychologischer und sozialer Methoden (z.B. motivationale Gesprächsführung) Veränderungsprozesse auf individueller Ebene anregt und unterstützt. Sie verfolgt das Ziel, Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhindern und/oder bei der Bewältigung einer Krankheit zu unterstützen. Gesundheitsberatung orientiert sich ganzheitlich an der konkreten Lebenslage und den spezifischen Bedürfnissen einzelner Menschen und unterstützt längerfristig die Entwicklung persönlicher Kompetenzen. Individuen lernen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben sowie mit Veränderungen in verschiedenen Lebensphasen, mit Belastungen, Erkrankungen und Behinderungen umzugehen.
Gesundheitsförderung	Es ist in der fachlichen Diskussion umstritten, ob und in welcher Hinsicht sich die Gesundheitsförderung von der Primärprävention unterscheidet. Da es bei der Gesundheitsförderung wie bei der Primärprävention in erster Linie darum geht, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu reduzieren, werden die beiden Begriffe hier synonym verwendet.
Gesundheitskompetenz	Gesundheitskompetenz meint die individuelle Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.
Gesundheitspfad	Der Gesundheitspfad ist ein konkretes Beispiel für die Gesundheitsberatung. Er ist ein standardisierter, evidenzbasierter, koordinierter Ablauf mit dem Ziel, dass die betroffene Person und der/die Gesundheitsversorger/in gemeinsam und partnerschaftlich ein individuell massgeschneidertes Vorgehen finden, welches die Veränderung des Lebensstils des betroffenen Menschen erleichtert. Diesen Pfad können nicht nur erkrankte Menschen (Tertiärprävention) beschreiten, sondern auch Individuen, die durch ihren Lebensstil ein erhöhtes Risiko haben, eine NCD zu entwickeln (Sekundärprävention).
Krankheitslast	Im Zusammenhang mit der NCD-Strategie werden unter dem Begriff Krankheitslast (vorzeitige) Todesfälle (Mortalität), chronisches Leiden (Morbidität) und verminderte Lebensqualität subsummiert.
Lebensphasenansatz	Der Lebensphasenansatz betrachtet die gesamte Lebensspanne, unterscheidet jedoch nach Lebensphasen: Kindheit und Jugend, Erwachsenenalter und Alter. Stehen in der Kindheit und der Jugend noch das Wachstum und die gesunde Entwicklung sowie bei Jugendlichen die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils im Zentrum, geht es im Erwachsenenalter vermehrt um die Erhaltung von Gesundheit, Verhinderung von Krankheiten, gesellschaftliche Teilhabe und Produktivität. Im fortgeschrittenen Alter stehen die Erhaltung der Unabhängigkeit, Lebensqualität sowie die Verhütung von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit im Vordergrund. Je nach Lebensphase sind unterschiedliche Lebenswelten sowie Bezugs- und Fachpersonen

	wichtig. Diese haben als Multiplikatoren einen massgeblichen Einfluss auf den Lebensstil und die gesundheitlichen Rahmenbedingungen des jeweiligen Menschen. So sind beispielsweise bei Säuglingen und Kleinkindern Hebammen, Mütter- und Väterberatung wie auch die Kinderärztinnen und Kinderärzte oder das persönliche Umfeld zentrale Ansprechpersonen zu Fragen der Ernährung und Pflege des Kindes, während bei Jugendlichen häufig zentrale Ansprechpartner in Schule und Freizeitorganisationen zu finden sind.
Nichtübertragbare Krankheiten – NCDs	Nichtübertragbare Krankheiten (engl. noncommunicable diseases, kurz NCDs) sind Krankheiten, die nichtübertragbar/nicht ansteckend sind und in der Regel einen langfristigen, chronischen Verlauf zeigen. Sie treten in der Bevölkerung, insbesondere in der älteren Generation, gehäuft auf. Oft werden daher auch die Begriffe «chronische Krankheiten» oder «Zivilisationskrankheiten» verwendet. Fünf Erkrankungsgruppen sind neben den psychischen Erkrankungen für einen grossen Teil der Krankheitslast in der Schweiz zuständig: Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf, chronische Atemwegserkrankungen oder muskuloskelettale Erkrankungen. Diese NCDs stehen in kausalem Zusammenhang mit vier weit verbreiteten und über den Lebensstil veränderbaren Risikofaktoren: unausgewogener Ernährung, mangelnde Bewegung, Tabakkonsum und übermässiger Alkoholkonsum.
Prävention Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention	Prävention ist der Oberbegriff für alle Massnahmen, die zur Reduktion des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen von Krankheiten oder Gesundheitsbeeinträchtigungen beitragen. Unter Präventionsmassnahmen fallen medizinische, psychologische und erzieherische Interventionen, Umweltkontrolle, gesetzgeberische Massnahmen, Lobbying und massenmediale Kampagnen. Die Primärprävention richtet sich an verschiedene Bevölkerungsgruppen, dient der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, der Verbesserung der Gesundheitskompetenzen und weiterer Schutzfaktoren sowie der Verminderung von Risikofaktoren mit dem Ziel, Erkrankungen zu vermeiden. Die Sekundärprävention fokussiert auf die Früherkennung und Frühintervention bei konkreter Gefährdung und/oder ersten Anzeichen einer Erkrankung und konzentriert sich auf einzelne Risikogruppen. Die Tertiärprävention zielt bei bereits erkrankten Personen auf die Vermeidung von Chronifizierungen und Folgeschäden sowie auf eine Verbesserung der Lebensqualität.
Präventionsleistungen	Präventionsleistungen sind von Gesundheitsfachpersonen in der Grundversorgung und der Gesundheitsberatung angebotene Beratungsleistungen, die bei Personen mit erhöhten Risiken die Erkrankung an einer NCD verhindern bzw. hinauszögern will und bei bereits erkrankten Menschen die Lebensqualität verbessern will.
Risikofaktoren	Faktoren, die durch einen kausalen Zusammenhang die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer NCD zu erkranken: Verhaltensbezogene Risikofaktoren: Tabakkonsum, übermässiger Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel Physiologische Risikofaktoren: Bluthochdruck, erhöhter Blutzuckerspiegel, Übergewicht, Adipositas, erhöhter Cholesterinwert.
Schutzfaktoren	Faktoren, die als krankheitsverhindernde Einflussfaktoren den Einfluss der Risikofaktoren beschränken und so das Auftreten einer Krankheit unwahrscheinlicher machen: z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, ausreichende Erholung, unterstützendes soziales Netzwerk.

Selbstmanagement	Selbstmanagement ist ein Aspekt der Gesundheitskompetenz. Bei Vorliegen einer chronischen Krankheit bezeichnet Selbstmanagement auch einen dynamischen Prozess, welcher die Fähigkeiten eines Individuums umfasst, adäquat und aktiv mit den Symptomen, körperlichen und psychosozialen Auswirkungen, Behandlungen der chronischen Krankheit umzugehen und seinen Lebensstil entsprechend anzupassen. Selbstmanagement kann durch geeignete Schulungen, Programme und Technologien gefördert und unterstützt werden.
Settingansatz	Ein Ansatzpunkt bei der Prävention von NCDs ist das Umfeld bzw. das Setting, in dem sich der Mensch bewegt. Dieses Setting wird als ein abgegrenztes sozialräumliches System verstanden, in dem Menschen leben und das Einfluss auf die Gesundheit von Individuen und Gruppen hat. Beispiele für Settings sind die Schule, der Arbeitsplatz, die Gemeinde, das Quartier oder das soziale Wohnumfeld. Der Ansatz basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme aus der Interaktion zwischen sozioökonomischen und kulturellen Rahmenbedingungen und der persönlichen Lebensweise entstehen. Ziel des Settingansatzes ist es, die Lebenswelten so zu gestalten, dass sie einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben.
Verhaltens- und Verhältnisprävention	Verhaltensprävention meint die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Verhaltens- oder individuumbezogene Ansätze richten sich direkt an das Individuum, bei dem Einstellungs- und Verhaltensänderungen erreicht werden sollen. Verhältnisprävention meint die Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Verhältnis- oder strukturbezogene Ansätze bezwecken die Schaffung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt.
Vulnerabilität	Das Verhältnis von Risiko- und Schutzfaktoren wird als Vulnerabilität bezeichnet.
Menschen in vulnerablen Situationen	Menschen in vulnerablen Situationen sind Menschen, bei denen eine Häufung an Risikofaktoren und ein Defizit an Schutzfaktoren festzustellen ist. Menschen können aufgrund einer Krise situativ (kurzfristig) oder auch aufgrund ihrer Lebensumstände (langfristig) vulnerabel sein. Eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität kann vielfältige Gründe haben, so können z.B. Personen betroffen sein, die aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten stammen, über ein niedriges oder kein Einkommen verfügen oder aus sprachlichen oder kulturellen Gründen sozioökonomisch benachteiligt sind. Der gezielten Förderung von Menschen in vulnerablen Situationen ist besonders Rechnung zu tragen.
Vorzeitige Todesfälle	Gemäss Definition des BFS werden vorzeitige Todesfälle bzw. die vorzeitige Sterblichkeit mittels der Anzahl der verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) gemessen. VPL sind Lebensjahre, die in einem Kalenderjahr durch Todesfälle vor dem vollendeten 70. Altersjahr verloren gehen.
Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit werden im Zusammenhang mit dem KVG genannt. Es handelt sich dabei um Qualitätskriterien, denen Leistungen entsprechen müssen, damit sie von den Krankenkassen erstattet werden. Ausserhalb des KVG sind die Begriffe «evidenzbasiert» und «effizienter Mitteleinsatz» gebräuchlich.
Zielgruppenansatz	Um ausgewählte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Botschaften und Angeboten besser zu erreichen, ist es wichtig, nicht nur auf Ebene der Gesamtbevölkerung, sondern zielgruppenspezifisch zu kommunizieren und zu handeln. Eine Zielgruppe ist eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Merkmalen, Bedürfnissen und/oder ähnlichen Lebenssituationen, auf die sich

	Ziele und Massnahmen von Interventionen beziehen. Im Kontext der Prävention werden Zielgruppen meist bestimmt nach erhöhten Risiken und geringeren Ressourcen. Zielgruppen können zum Beispiel junge arbeitslose Frauen und Männer sein, alleinerziehende Frauen/Männer in sozioökonomisch schwächeren Gegenden, betagte Menschen in Altersheimen, Migranten/innen etc.
--	---

Zahlenspiegel NCD

Erkrankungen	Prävalenz/Inzidenz (in Prozent der Bevölkerung in der Schweiz)	Direkte und indirekte Kosten ⁱ (in CHF)	Vorzeitige Todesfälle ⁱⁱ (in Prozent)	Entwicklung
5 NCDs gesamthaftⁱⁱⁱ	Multimorbidität 22 % aller über 50-Jährigen 41,3 % aller über 80-Jährigen Erwartete gesunde Lebensjahre bei 65-Jährigen: Männer: 13,6 Jahre, Frauen: 14,2 Jahre (2012)	Direkte med. Kosten: 25,6 Mrd. Indirekte Kosten: 27,3 Mrd.	Männer 49,9 % Frauen 59,6 %	Zunahme der Bedeutung von NCDs bezogen auf vorzeitige Todesfälle: Rate für vorzeitige Todesfälle zwischen 1993 und 2013 für NCDs weniger stark gesunken (-47 % bei Männern, -42 % bei Frauen) als Rate für alle Todesfälle gesamthaft (-51 % bei Männern, -44 % bei Frauen)
Krebs^{iv}	40 % erkranken im Laufe ihres Lebens an Krebs Neue Krebsdiagnosen jährlich: Männer: 20 634, Frauen: 17 942	Direkte med. Kosten: 4,0 Mrd. Indirekte Kosten 5,8 Mrd.	Männer 29,3 % Frauen 45,1 %	Zunahme der Inzidenz-Rate zwischen dem 25. und 64. Lebensjahr: bei Männern von 1 auf 141 bei Dickdarmkrebs, 0,3 auf 197,1 bei Lungenkrebs und 0,1 auf 357,1 bei Prostatakrebs, bei Frauen von 6,1 auf 324,5 Brustkrebs-Erkrankte pro 100 000 Einwohner/innen.
Diabetes^v	4,7 % mit ärztlicher Diagnose Diabetes: Männer: 5,5 %, Frauen: 3,9 % 3,5 % in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung: Männer: 4,4 %, Frauen: 2,7 %	Direkte med. Kosten 1,0 Mrd. Indirekte Kosten 1,3 Mrd.	Männer 1,2 % Frauen 0,9 %	Zunahme Prävalenz Diagnose Diabetes: von 3,3% (1997) auf 4,7% (2012)
Herz-Kreislauf-Erkrankungen^{vi}	Kardiovaskulär bedingte Todesfälle: Männer: 9719, Frauen: 11 793 stationäre Behandlung: Männer: 53 208, Frauen: 67 549	Direkte med. Kosten 10,3 Mrd. Indirekte Kosten 6,4 Mrd.	Männer 16,6 % Frauen 10,5 %	Zunahme Prävalenz akuter Myokardinfarkt: von 149,9 (2000) auf 177,9 (2012) Fälle pro 100 000 Einwohner/innen
Chronische Atemwegserkrankungen^{vii}	Asthma-Erkrankungen: 6,7 % der Erwachsenen, 7,4 % der Kinder COPD: 9,1 % der 18–60-Jährigen	Direkte med. Kosten 1,6 Mrd. Indirekte Kosten 1,6 Mrd.	Männer 2,8% Frauen 3,2%	Zunahme der Prävalenz von chronischer Bronchitis/Emphysem zwischen dem 25. und 64. Lebensjahr: von 1,2 % der Männer und 2,3 % der Frauen (25–34-Jährigen) zu 3 % der Männer und 4 % der Frauen (55–64-Jährige)
Muskuloskelettale Erkrankungen^{viii}	Rücken- oder Kreuzschmerzen: 40 % Männer: 34,9 %, Frauen: 44,9 % Arthrose/Arthritis: 7,3 % Männer: 5,6 %, Frauen: 9,0 %	Direkte med. Kosten 8,7 Mrd. Indirekte Kosten 12,2 Mrd.	Männer 0,3 % Frauen 0,6 %	Stabile Prävalenz Rücken- oder Kreuzschmerzen: 40,8 % (1992) und 40 % (2012) Abnehmende Prävalenz Arthrose/Arthritis: 8,4 % (2007) und 7,3 % (2012)

Verhaltensbezogene Risikofaktoren	Prävalenz (in Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz)	Ergänzende ausgewählte Indikatoren	Entwicklung
Alkohol^{ix}	Chronisch risikoreicher Konsum (letzte 12 Mt): • Hohes Risiko: 1 % • Mittleres Risiko: 2,9 % • Gesamthaft: 3,9 % Rauschtrinken: • 21 % mind. 1x/Monat • 5,9 % mind. 2x/Monat	Risikoreicher Alkoholkonsum (Kombination chronischer Risikokonsum und Rauschtrinken 1x/Mt): 22 % Mortalität: 1600 alkoholbedingte Todesfälle bei 15–74-Jährigen pro Jahr (2011)	Eher stabil: risikoreicher Alkoholkonsum Abnahme: chronisch risikoreicher Alkoholkonsum bei Frauen Zunahme: Rauschtrinken
Tabak^x	Rauchende (ab 15 Jahren): 25 % Täglich Rauchende: 17,6 % Gelegentlich Rauchende: 7,4 % Rauchende bei den 25–34-Jährigen: 34,4 %	Passivrauchexposition: 1+Std/Tag: 6 % (18,6 % bei den 15–19-Jährigen) 1+Std/Woche: 35,1 % Aufhörwunsch: 52,7 % Mortalität: 9200 tabakbedingte Todesfälle pro Jahr (2012)	Eher stabil auf hohem Niveau: Zunahme bis Ende der 1990er -Jahre, danach kontinuierlicher Rückgang bis auf 33 % im 2001 (Tabakmonitoring und Start NPT) und bis auf 25 % im 2008. Seither Stagnation Passivrauchexposition: Reduktion von 35 % (2001) auf 6 % (2013) 2010 (10 %) Einführung Passivrauchschutzgesetz
Ernährung^{xi}	Empfehlung: Täglich mind. zwei Portionen Früchte und mind. drei Portionen Gemüse essen erfüllt: an 7 Tagen/Woche: 11 % • Männer 6 % • Frauen 16 % teilweise erfüllt: an 5 Tagen/Woche: 8,2 %	Ernährungsbewusste Personen: 68 %, Männer 61 %, Frauen 75 % Täglicher Fruchtekonsum bei Kinder/Jugendlichen 11–15-Jährig: • Knaben 38 % • Mädchen 48 %	Erwachsene: Ernährungsbewusstsein stabil auf tiefem Niveau (1992–2012) Kinder/Jugendliche 11–15-Jährig: leichter Anstieg von täglichem Fruchtekonsum (2002–2010): Knaben von 31 auf 38 %, Mädchen von 41 auf 48 %
Bewegung^{xii}	Erfüllen der Bewegungsempfehlungen: 72 % • Männer 76 % • Frauen 69 % Dauer im Sitzen und Ruhen von mehr als 8,5h: • Männer 19 % • Frauen 12 %	Erfüllen der Bewegungsempfehlungen von Kindern/Jugendlichen 11–15-Jährig: • Knaben 16 % • Mädchen 9 % Anteil trainierter Personen (mind. 3 Mal/Woche mit Schweißepisoden durch körperliche Bewegung): 28 %	Erwachsene: Zunahme der aktiven Personen um 10 % (2002 und 2012) Kinder/Jugendliche 11–15-Jährig: stabil (2002–2010)

Physiologische Risikofaktoren	Prävalenz (in Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz)	Ergänzende ausgewählte Indikatoren	Entwicklung
Übergewicht, Adipositas^{xiii}	41 % Übergewicht und Adipositas (BMI $\geq$ 25) 30,8 % Übergewicht ($25 \leq$ BMI $<$ 30) 10,3 % Adipositas (BMI $\geq$ 30) • Männer Übergewicht und Adipositas: 50% • Frauen Übergewicht und Adipositas: 32%	Kinder/Jugendliche 6-12-Jährig: • 19 % übergewichtig und adipös • 7,1% adipös Risikohaftes Bauchumfang 15+-Jährige: 53 % • Männer 48 % • Frauen 58 %	Erwachsene: Zunahme von Übergewicht und Adipositas von 30 % (1992) auf 41 % (2012), dabei starke Zunahme von Adipositas von 5 % (1992) auf 10 % (2012) Kinder/Jugendliche 6-12-Jährig: stabil (2002–2012)
Bluthochdruck^{xiv}	26,8 % mit ärztlicher Diagnose • Männer 28 % • Frauen 25,7%	Diagnose nach Alter: • 38,5 % der 55–64-Jährigen • 51,5 % der 65–74-Jährigen • 57,9 % der über 75-Jährigen Einnahme von Medikamenten gegen Bluthochdruck: 15.8%	Anstieg Prävalenz Diagnose Bluthochdruck: von 20,1% (1997) auf 26,8% (2012)
Erhöhte Cholesterinwerte^{xv}	17,4 % mit ärztlicher Diagnose erhöhte Cholesterinwerte • Männer 19,1 % • Frauen 15,7 %	Diagnose erhöhte Cholesterinwerte nach Alter: • 31,8 % der 55–64-Jährigen • 38,4 % der 65–74-Jährigen • 29,0 % der über 75-Jährigen Einnahme von Medikamenten gegen erhöhte Cholesterinwerte: 8 %	Anstieg Prävalenz Diagnose erhöhte Cholesterinwerte: von 11,8 % (1997) auf 17,4 % (2012)

- ⁱ **Direkte und indirekte Kosten** Definitionen: direkte medizinische Kosten sind Kosten aufgrund der Behandlung wie Medikamente, Spitalaufenthalt, etc.; indirekte Kosten entstehen v. a. durch Produktivitätsverluste wie krankheitsbedingte Arbeitsausfälle; Wieser S. et al. (2014) Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW): <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/>
- ⁱⁱ **Vorzeitige Todesfälle** Definition vorzeitige Todesfälle: Verlorene potenzielle Lebensjahre zwischen dem 1. und 70. Lebensjahr; Todesursachenstatistik, BFS, Verlorene potenzielle Lebensjahre: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>; <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/09/blank/ind42.indicator.420018.420005.html>;
- ⁱⁱⁱ **5 NCDs gesamthaft** Definition Multimorbidität: gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehr chronischen Erkrankung (5 NCDs plus Depression, Demenz, Grauer Star und Parkinson'sche Krankheit); Obsan Bulletin 4/2013: Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren; Datenerhebung: SHARE. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf; Todesursachenstatistik, BFS, Verlorene potenzielle Lebensjahre: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015), Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Bern: Hogrefe Verlag
- ^{iv} **Krebs** Krebs in der Schweiz, Stand und Entwicklung von 1983–2007, BFS/NICER (2011). <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/05/dos/01.html>; NICER, Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung, Krebsinzidenz. Werte 2012. <http://www.nicer.org/de/statistiken-atlas/krebsinzidenz/>; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), 2015, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Bern: Hogrefe Verlag
- ^v **Diabetes** Indirekte Kosten für Diabeteserkrankung ohne Folgeerkrankungen; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{vi} **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** Todesfälle: Anzahl, Entwicklung und Ursachen, BFS, 2015. Werte 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>; Gesundheitsstatistik 2014, BFS, Neuchâtel 2014. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/dienstleistungen/publikationen_statistik/publikationskatalog.html?publicationID=5765; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015), Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Bern: Hogrefe Verlag
- ^{vii} **Chronische Atemwegserkrankungen** Leuenberger P. (2015) Air pollution in Switzerland and respiratory disease in adults, Sapaldia study, Schweiz Rundsch Med Prax 1995; 84:1096–11000; Robertson, CF et al. (1993) International comparison of asthma prevalence in children: Australia, Switzerland, Chile. Pediatr Pulmonol 1993;16:219–225; Bridevaux, P-O et al., Long-term decline in lung function, utilization of care and quality of life in modified GOLD stage 1 COPD. Thorax. 2008;63:768–74 (SAPALDIA); Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2015) Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015, Bern: Hogrefe Verlag
- ^{viii} **Muskuloskelettale Erkrankungen** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS: <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{ix} **Alkohol** Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013, www.suchtmonitoring.ch, 2013; Marmet, S. et al (2013), Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011, Sucht Schweiz
- ^x **Tabak** Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2013, www.suchtmonitoring.ch, 2013; Tabakbedingte Todesfälle in der Schweiz 1995–2007, BFS 2009
- ^{xi} **Ernährung** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>; Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB), Indikator 2.1: Ernährungsverhalten erwachsene Wohnbevölkerung (Konsum von Gemüse und Früchten). http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05190/07835/07859/index.html?lang=de; Stamm, HP. et al. (2012) Analyse der Studie Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zürich
- ^{xii} **Bewegung** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>; Stamm, HP. et al. (2012) Analyse der Studie Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) unter den Aspekten von Ernährung und Bewegung, Zürich
- ^{xiii} **Übergewicht, Adipositas** Definition BMI: Body Mass Index: Körpergewicht in kg/Körpergrösse in m²; Definition risikohaft Bauchumfang: Bauchumfang ≥80 cm bei Frauen und ≥94 cm bei Männern; Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>; Murer, SB. et al. (2014) Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012, Eur J Nutr. 2014, 53:865-875; Chappuis, A. et al. (2011), Swiss survey on salt intake: main results. CHUV, Lausanne
- ^{xiv} **Bluthochdruck** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>
- ^{xv} **Erhöhte Cholesterin-Werte** Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012, BFS. <http://www.portal-stat.admin.ch/sqb2012/>