Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift

Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz

Band: 89 (2018)

Heft: 12: Gesundheitsstrategien : wie Pflegeheime davon betroffen sind

Artikel: Weshalb auf nationaler Ebene Gesundheitsstrategien entwickelt werden : "Die Kantone und Landesteile können voneinander lernen"

Autor: Seifert, Elisabeth / Greyerz, Salome von

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-834449

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Weshalb auf nationaler Ebene Gesundheitsstrategien entwickelt werden

«Die Kantone und Landesteile können voneinander lernen»

Die Versorgungsstrukturen in der Schweiz sind zu wenig gut auf die demografische Entwicklung vorbereitet. Dies sei ein wichtiger Grund für die Entwicklung nationaler Gesundheitsstrategien, sagt Salome von Greyerz vom Bundesamt für Gesundheit*.

Interview: Elisabeth Seifert

Frau von Greyerz, viele der Strategien und Programme, die auf Bundesebene ausgearbeitet werden, betreffen auch die Pflegeheime. Wie kommt es dazu, dass zu einem bestimmten Thema eine Strategie entwickelt wird?

Salome von Greyerz: Es gibt zwei Typen von Gesundheitsstrategien, Aktionsplänen oder Massnahmenpaketen, die auf Bundesebene entwickelt und umgesetzt werden: Der erste Typ fusst auf einer bundesgesetzlichen Grundlage. Darunter fällt etwa die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Man könnte den Vollzug auch ohne Strategie machen. Mit einer Strategie wird der Vollzug aber koordinierter und zielorientierter und die Akteure können systematisch mit einbezogen werden. Die Strategien gegen Antibiotikaresistenz und nosokomiale Infektionen sind Beispiele dafür. Eine zweite Kategorie ersetzt das Fehlen eines Bundesgesetzes. Das Parlament, der Bund und die Kantone oder ein Departementsvorsteher sind aber der Meinung, dass sich alle Akteure bei einem bestimmten Thema auf übergeordnete Ziele und gemeinsame Massnahmen einigen sollen. Beispiele dafür sind die Demenzstrategie, der Aktionsplan Suizidprävention oder die Palliative Care-Strategie.

«Der Bereich Pflege und Betreuung wird immer wichtiger, darauf müssen wir reagieren.»

Es fällt auf, dass erst seit einigen wenigen Jahren solche Gesundheitsstrategien auf nationaler Ebene entwickelt werden. Wieso macht man das gerade jetzt?

Wir haben erkannt, dass unsere Versorgungsstrukturen nicht optimal auf die demografische Entwicklung vorbereitet sind. Die Strukturen sind heute stark auf die Akutsomatik ausgerichtet. In den nächsten Jahren aber wird aufgrund der zunehmend älteren Bevölkerung der Bereich Pflege und Betreuung eine grössere Bedeutung bekommen. Darauf müssen wir reagieren. Aufgrund der sehr starken fachlichen Spezialisierung der vergangenen Jahre ist das System fragmentierter und zersplitterter geworden. Heute wird immer deutlicher, dass Zusammenarbeit und Koordination gefragt sind. Die Digitalisierung schafft dabei neue Möglichkeiten. Damit man nicht alles 26 Mal erfinden muss, versucht man eine von Bund und Kantonen gemeinsam getragene Strategie zu definieren. Die Kantone und Landesteile können so auch voneinander lernen.

Gerade weil die Strategien die demografische Entwicklung als Auslöser haben, sind die Pflegeheime besonders stark betroffen. Braucht es hier nicht eine bessere Priorisierung, um die Pflegeheime nicht zu überfordern?

Sie sprechen da ein wichtiges Thema an, das alle Ebenen betrifft, den Bund, die Kantone und die Institutionen. Auch die Kantone fühlen sich bombardiert durch die Vielzahl an Strate- >>

* **Salome von Greyerz**, 50, ist Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien im Bundesamt für Gesundheit. Sie hat in Bern Pharmazie studiert und im Bereich Immunologie promoviert.

gien und Programmen, nicht nur die Pflegeheime. Dadurch, dass die verschiedenen Strategien unterschiedliche Auslöser haben, sind sie nicht in jedem Fall gut aufeinander abgestimmt. Das führt dazu, dass sie sich manchmal überschneiden. Um Doppelspurigkeiten zu vermeiden, müssen wir gemeinsame Themen übergreifend angehen. Dadurch können wir das System entlasten. Es wäre aus meiner Sicht aber falsch, eine Strategie zu priorisieren.

Sie wollen gemeinsame Themen übergreifend angehen. Können Sie das etwas konkretisieren?
Mobile Equipen zum Beispiel finden sich heute in der Psychiatrie und in der Palliative Care. Mobile Equipen können zudem eine Massnahme sein zur Suizidprävention, und sie sind auch ein spezielles Modell von koordinierter Versorgung. Sie tauchen also in mehreren Projekten auf. Es macht deshalb Sinn, das Thema auf einer übergeordneten Ebene zu bearbeiten. Auch bei der Demenzstrategie und der Plattform Palliative Care, dem Nachfolgeprojekt der Strategie Palliative Care, gibt es grundsätzliche Herausforderungen, die durch beide Strategien angegangen werden. Es geht darum, die gemeinsamen Kernprobleme zu definieren und übergeordnete Lösungen zu finden.

Eine der grundsätzlichen Herausforderungen in der Palliative Care und der Demenzbetreuung ist der grosse Zeitaufwand, der entsprechende Ressourcen erfordert…
Diese vermehrt geforderte Betreuung ist ja vielleicht gerade eines dieser übergeordneten Themen. Die Bedeutung von Betreuung und Begleitung wird in verschiedenen Strategien sichtbar. Allenfalls wird man sich Gedanken machen müssen, wie man die Betreuung organisieren und auch finanzieren will. Es stellt sich zum Beispiel die Frage: Müssen die Betreuung und Begleitung immer durch Fachleute erfolgen, oder sollen auch vermehrt Angehörige und Freiwillige eingebunden werden? Das will ich jetzt aber nicht als politische Absichtserklärung verstanden wissen. Ich will vor allem illustrieren, wie sich aus verschiedenen Bereichen ein Thema herauskristallisiert.

Geht es nicht auch einfach darum zu erkennen, dass bestimmte Strategien und Massnahmen eben auch mit Kosten verbunden sind?
Es war eindrücklich zu sehen, wie sich das Parlament grossmehrheitlich für eine Demenzstrategie ausgesprochen hat. Alle waren sich einig, dass man hier etwas machen muss. Das hat viel mit persönlicher Betroffenheit zu tun. Auch die Entlastung von pflegenden Angehörigen ist ein Thema, bei dem sich alle dafür aussprechen. Doch wenn es dann um die konkrete Umsetzung geht, vor allem um die Finanzierung, dann wird es schwieriger. Da prallen verschiedene Weltbilder aufeinander, und jeder versucht, die heisse Kartoffel einem anderen zuzuschieben. Wir brauchen eine gesamtgesellschaftliche Grundsatzdiskussion darüber, was die demografische Entwicklung für die Schweiz bedeutet. Die Pflege und Betreuung am Lebensende ist leider immer noch ein Tabuthema. Dabei könnten wir hier Gesundheitspolitik für unser eigenes, möglichst gutes Lebensende machen.

«Wenn es um die Umsetzung geht, vor allem um die Finanzierung, dann wird es schwierig.»

Lassen sich auf Bundesebene überhaupt Strategien im Bereich Gesundheit entwickeln? Die Kantone verfügen hier ja vielfach über die Entscheidkompetenzen und die finanziellen Mittel…
Es kommt darauf an, was man unter dem Begriff «Strategie» versteht. Wenn man unsere Situation mit jener im Ausland vergleicht, stehen wir mit den geteilten Zuständigkeiten vor einer besonderen Herausforderung. In anderen Ländern macht man eine Demenzstrategie, hat im Hintergrund einen millionenschweren Finanztopf und finanziert gestützt auf diese Strategie die Projekte. In der Schweiz ist das nicht so, deshalb haben wir alle Strategien der letzten Jahre immer gemeinsam mit den Kantonen, den Leistungserbringern und anderen Akteuren entwickelt.

Letztlich kann der Bund aber oft nur Empfehlungen machen?
Die Kantone müssten eigentlich den Lead haben und die anderen Staatsebenen, den Bund und die Gemeinden, mit einbeziehen sowie die Leistungserbringer und die anderen Akteure. Dass man das nicht so macht, ist eine rein praktische Frage. Das Bundesamt für Gesundheit verfügt über ganz andere Ressourcen als das Zentralsekretariat der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Dieses Vorgehen bringt den Bund aber immer wieder in schwierige Situationen: Eine gemeinsame Strategie erfordert auch eine gemeinsame Umsetzung. Der Bund hat aber keine Möglichkeiten, die Umsetzung zu forcieren. Wir sind darauf angewiesen, dass die Akteure dabei ihren Teil übernehmen. Wir können nur anstossen, indem wir übergeordnete Grundlagen zur Verfügung stellen.

Welche Resonanz haben Sie auf solche übergeordneten Unterlagen?
Ob das, was wir hier im Bundesamt für Gesundheit machen, bei den Akteuren tatsächlich ankommt, ist eine berechtigte Frage. Im Rahmen der Strategie Palliative Care zum Beispiel wurde das Versorgungsangebot in allen Kantonen ausgebaut. Aus Umfragen wissen wir auch, dass die Bekanntheit von Palliative Care zugenommen hat. Dies ist sicher nicht nur, aber auch der Strategie geschuldet. Ich habe sehr engagierte Mitarbeiter, die tolle Arbeit leisten. Auf vielfachen Wunsch haben wir etwa auch eine Broschüre zu Fallbeispielen in der koordinierten Versorgung erarbeitet. Wir haben aber leider feststellen müssen, dass diese die Leistungserbringer noch kaum kennen. Wir müssen also unsere Produkte und Lösungen noch stärker bekannt machen.

Treffen diese Papiere vielleicht nicht immer die tatsächlichen Bedürfnisse der Akteure, weil sie schlicht zu komplex sind?
Wir versuchen das umzusetzen, was für die Akteure nützlich ist. Sie sagen uns auch, was sie für wichtig halten. Im Bereich Demenzstrategie ist es nochmals etwas anders: Hier werden sämtliche Produkte von den Akteuren selber erarbeitet. Pro Senectute und Alzheimer Schweiz haben zum Beispiel eine Sensibilisierungskampagne konzipiert, und Curaviva Schweiz hat mit der Demenzbox Grundlagenmaterial für Gesundheitseinrichtungen erarbeitet. Bei allen Strategien ist es unser Anliegen, sämtliche Akteure mit

«Es geht darum, gemeinsame Kernprobleme zu definieren und übergeordnete Lösungen zu finden:» Salome von Greyerz ist sich bewusst, dass die Pflegeheime und die Kantone durch die vielen Strategien stark gefordert sind. Foto: Marco Zanoni

einzubeziehen. Damit die Botschaften tatsächlich bei den Gesundheitseinrichtungen ankommen, sind wir stark auf die Verbände angewiesen. Wir können nicht auf einzelnen Heime oder Spitäler zugehen. Es wäre aber wahrscheinlich sinnvoll, dass neben Verbandsvertretern auch vermehrt einzelne Gesundheitseinrichtungen in die Umsetzungsprozesse eingebunden werden.

«Der Kanton Waadt ist, auch was die Langzeitpflege betrifft, weit fortgeschritten.»

Neben den Verbänden sind die Kantone gefragt. Diese sind ja über die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) in die Strategien eingebunden. Die GDK hat aber keine Weisungsbefugnis…

Wir versuchen vermehrt neben dem GDK-Zentralsekretariat auch Vertreter einzelner Kantone in die Leitungsgremien mit einzubeziehen. Bei der Plattform Palliative Care zum Beispiel sind wir so vorgegangen. Damit wollen wir noch näher an die Ebene herankommen, auf der wichtige Entscheide gefällt werden. Um konkrete Produkte zu erarbeiten, müssen dann, wie gesagt, die Gesundheitseinrichtungen noch stärker eingebunden werden.

Wie beurteilen Sie die Bereitschaft der Kantone, erarbeitete Massnahmen umzusetzen und die dafür nötigen Gelder bereitzustellen?

Wir hören immer wieder, dass Mitarbeitende der kantonalen Verwaltungen gerade auch aufgrund ihrer beschränkten Ressourcen froh sind über die Grundlagendokumente. Diese werden für die innerkantonale politische Auseinandersetzung benutzt.

Welcher Kanton ist am weitesten?

Über alle Gesundheitsthemen hinweg, auch was den Bereich Langzeitpflege betrifft, ist sicher der Kanton Waadt weit fortgeschritten. Die Waadt und auch Genf haben sehr viele Themen, die wir auf Bundesebene bearbeiten, schon vor Jahren aufgenommen und Lösungsstrategien entwickelt. Sie sind vielfach nicht mehr auf die Bundesstrategien angewiesen.

Hat die Romandie eine höhere Sensibilität für Gesundheitsthemen?

In den Westschweizer Kantonen übernehmen der Kanton und die kantonale Gesundheitsdirektion eine stärkere Rolle in der Gestaltung der Gesundheitsversorgungsstrukturen als in den Kantonen der Deutschschweiz. Es werden mehr öffentliche Gelder in diesem Bereich investiert. Die Gesundheitspolitik ist in der Westschweiz etatistischer als in der Deutschschweiz. In der Deutschschweiz wird vieles an die Gemeinden delegiert und man überlässt es auch den Leistungserbringern, sich zu organisieren.

Wie erklären Sie sich solche Unterschiede zwischen den Landesteilen?

Ganz grundsätzlich hat die Westschweiz in Bezug auf «sozialpolitische Themen» ein etatistischeres Verständnis. Das heisst, Regulierungen des Staates werden eher gutgeheissen als in der Deutschschweiz. Und was die Gesundheitsthemen betrifft: Der ganze Bereich Langzeitpflege, Lebensende, Tod wird in der Romandie möglicherweise anders diskutiert als in der Deutschschweiz.

Gibt es in der Deutschschweiz Unterschiede zwischen den Kantonen?

Der Kanton Zürich zum Beispiel und ganz generell Kantone mit Universitätskliniken haben ein anderes Bewusstsein für die Gesundheitsthemen und können viel Grundlagenarbeit selber machen. Aufgrund solcher Unterschiede zwischen den Kantonen und Landesteilen ist die Chancengleichheit beim Zugang

>>

zu bestimmten Versorgungsstrukturen wie etwa mobilen Equipen nicht mehr überall gewährleistet. Ziel der Bundesstrategien ist es, gerade auch kleinere oder ressourcenschwächere Kantone in ihrer Gesundheitspolitik zu unterstützen. Die Kantone können nur dann voneinander lernen, wenn man sie zusammenbringt. Der Föderalismus hat auch sehr viele Vorteile. Man spricht ja vom föderalen Labor. In einzelnen Regionen oder Kantonen könne gewisse Konzepte getestet werden.

Der Bund hat es über das KVG in der Hand, zum Beispiel mittels einer Änderung der Krankenpflegeleistungsverordnung, für mehr Chancengleichheit zu sorgen. Warum macht man das nicht?
Es gibt bereits erste Bemühungen, den hohen Pflegeaufwand für demente Personen besser abzugelten. Man hat schon lange die Vermutung, dass die Grundpflege von Demenkranken aufwendiger ist als bei Personen ohne Demenz. Die Feststellung allein reicht aber nicht. Man muss den Mehraufwand mit Zahlen belegen können.

Wie beurteilen Sie mittel- und längerfristig die Wahrscheinlichkeit, dass die Bundesstrategien auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen umgesetzt werden?
Dafür sind wir, wie gesagt, auf die Mitarbeit aller Akteure angewiesen, auf die Kantone sowie die Verbände und Organisationen. Es braucht gute Multiplikatoren. Die Strategie Palliative Care zeigt, dass mit einer Bundesstrategie viel in Bewegung kommen kann. Vor gut zehn Jahren war Palliative Care eine Herzensangelegenheit ein paar enthusiastischer Palliativmediziner. In der Zwischenzeit ist das Thema in der Öffentlichkeit angekommen und hat politische Anerkennung gefunden. Der Ständerat hat einstimmig ein Postulat zur besseren Betreuung am Lebensende angenommen. Man hat erkannt, dass hier noch Handlungsbedarf besteht. Mit der Plattform Palliative Care, dem Nachfolgeprojekt der Strategie Palliative Care, die 2015 abgeschlossen worden ist, haben wir jetzt ein ständiges Instrument. Hier pflegen wir einen zielorientierten und noch stärker auf die Praxis ausgerichteten Austausch.

Es geht also weniger schnell vorwärts, als man ursprünglich gemeint hat? Die Strategien sind auf vier Jahre angelegt...
Strategien haben Vor- und auch Nachteile. Der Vorteil ist, dass man einem Thema Schub und Elan verleihen kann, der Nachteil aber ist, dass eine Strategie ein Ende haben muss. Wir machten eine Zeitlang den Fehler, dass wir meinten, wir können in vier Jahren etwas bewegen. Jetzt wissen wir, dass wir mehr Zeit brauchen. Nächstes Jahr läuft zum Beispiel die Demenzstrategie aus. Wie deren Zukunft aussieht, ist noch nicht klar.

Wird die Finanzierung der Heime irgendwann einmal abhängig gemacht von der Erfüllung ganz bestimmter Normen? Braucht es künftig zum Beispiel irgendwelche Labels?
Solche Absichten sind mir nicht bekannt. Qualität wird sicher immer wichtiger. Ein Label ist aber eine private Norm, die man nicht gesetzlich einfordern kann. Es ist für die Heime auch nicht machbar, für jeden Pflegebereich die Anforderungen eines Labels zu erfüllen. Das Gute an solchen Labels ist, dass sie zur Entwicklung der gesamten Organisation beitragen. ●

Für die Umsetzung der Massnahmen braucht es

«Regional angepasste

Bei der Erarbeitung der nationalen Strategien sind die Kantone direkt beteiligt. Vertreten werden sie durch das Zentralsekretariat der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Das Interesse an der Umsetzung der Strategien in den Kantonen sei hoch, meint Kathrin Huber*.

Interview: Elisabeth Seifert

Frau Huber, Gesundheitspolitik ist doch Sache der Kantone. Macht es Sinn, dass man auf Bundesebene Gesundheitsstrategien entwickelt?
Kathrin Huber: Im Bereich der übertragbaren Krankheiten hat der Bund einen gesetzlichen Auftrag. Andere Strategien, die hier im Vordergrund stehen, etwa Palliative Care oder Demenz, entstehen im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, einer gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen. Bei diesen Themen kommt man gemeinsam zum Schluss, dass es schweizweite Ziele und Massnahmen braucht, um einen Schritt weiterzukommen. Bereits bestehende Aktivitäten in den Kantonen können so besser aufeinander abgestimmt und mit neuen Massnahmen koordiniert werden. Die nationale Ebene ist insbesondere von Bedeutung, wenn es um politische Forderungen geht, die auf Bundesebene thematisiert und initiiert werden müssen.

Bei diesen politischen Forderungen haben Sie vor allem die Finanzierung im Sinn, oder?
Die Finanzierung spielt gerade bei der Verbesserung der Demenzpflege und der Palliative Care im Alltag eine wichtige Rolle. Die Abgeltung der Leistungen haben wir deshalb auch in den beiden Strategien aufgenommen. Im Rahmen der Strategie Palliative Care hat die Gesundheitsdirektorenkonferenz zusammen mit Curaviva Schweiz untersucht, wie der Pflegeaufwand heute abgebildet wird. Wir haben gesehen, dass die Bedarfsermittlungsinstrumente in diesem Bereich Defizite aufweisen. Der Bund, der für die Instrumente zuständig ist, müsste hier darauf hinwirken, dass der Aufwand als Voraussetzung für eine bessere Abgeltung durch die Krankenversicherung adäquat abgebildet wird. Und im Rahmen der Demenzstrategie ist ein Antrag der Leistungserbringerverbände, der von der GDK unterstützt wird, beim Bundesamt für Ge-

* **Kathrin Huber**, 34, ist stv. Zentralsekretärin der eidgenössischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Sie hat in Bern und Paris Soziologie, Geschichte, Völkerrecht und Politikwissenschaft studiert.