

Bundesamt für Gesundheit
Abt. Multisektorale Projekte
3003 Bern

bw / Kn

Bern, 31. Oktober 2008

Vernehmlassungsantwort der FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

- **zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung und**
- **zum Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung**

Sehr geehrter Herr Bundespräsident
Sehr geehrter Herr Direktor
Sehr geehrte Damen und Herren

Der Zentralvorstand der FMH hat sich anlässlich seiner Sitzung vom 30. Oktober vertieft mit den beiden Entwürfen befasst – gleichzeitig wurden vorgängig sämtliche Fach- und kantonalen Ärztegesellschaften in die Vernehmlassung miteinbezogen. Die FMH bedankt sich für die Gelegenheit, zu den beiden vorerwähnten Gesetzesentwürfen Stellung beziehen zu können. Die nachfolgende, vom Zentralvorstand der FMH anlässlich seiner Sitzung vom 30. Oktober verabschiedete Stellungnahme basiert auf den eingetroffenen Antworten von Fach- und kantonalen Ärztegesellschaften (Liste siehe Anhang).

Generelle Bemerkungen

Die Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte begrüsst ausdrücklich die Schaffung des Präventionsgesetzes und die Regelung der enthaltenen Kernelemente. Dadurch wird eine bessere gesetzliche Verankerung möglich. Eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist unseres Erachtens konzeptionell, politisch, organisatorisch und rechtlich zwingend notwendig. Wie im OECD/WHO-Länderbericht zur Schweiz als auch im Schlussbericht der Fachkommission „Prävention + Gesundheitsförderung (PGF2010)“ erwähnt, ist die heutige Situation im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung unbefriedigend; klare Zielvorgaben und bessere Koordination der Akteure sind gefordert. Zudem schliesst das Gesetz rechtliche Lücken bei den nicht übertragbaren und psychischen Krankheiten. Mit der Gesetzesvorlage wird des weiteren versucht, die Mechanismen der Gesundheitsförderung und Prävention zu klären, den Einsatz der vorhandenen Mittel

transparenter zu gestalten und den Mitteleinsatz mit einer klaren Strategie und den daraus abgeleiteten Zielen besser zu koppeln.

Wir begrüßen insbesondere:

- Die Schliessung der rechtlichen Lücken bei nicht übertragbaren psychischen und physischen Krankheiten (Art. 1).
- Die Verankerung von wichtigen gesundheitsfördernden Grundsätzen, insbesondere das Ziel, soziale Ungleichheiten abzubauen (Art. 2, Abs. 2, Bst. b), die Ausrichtung auf alle wichtigen Politikbereiche (Art. 2, Abs. 2, Bst. d) und damit verbunden die Gesundheitsfolgenabschätzung (Health Impact Assessment) für wichtige Parlaments- und Bundesratsgeschäfte (Art. 7).
- Die Beachtung der individuellen Selbstbestimmung und der Vielfalt der Bevölkerung bei der Umsetzung von Massnahmen (Art. 2 Abs. 3).
- Die Schaffung eines einheitlichen Wortschatzes mit der Klärung der Begriffsdefinitionen (Art. 3).
- Die Einführung nationaler Ziele (Art. 4), einer bundesrätlichen Strategie (Art. 5) und der Gesundheitsberichterstattung als Steuerungsinstrumente (Art. 22).
- Die Klärung der Rollenverteilung unter den Akteuren
 - Der BUND konzentriert sich auf den strategischen Bereich insbesondere durch Koordination, Wissenstransfer, Information und Evaluation (Art. 9, 10 und 24).
 - Die KANTONE sind weiterhin für Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich und sorgen für die Durchführung der Massnahmen (Art. 11). Durch den Einbezug der Kantone in die Erarbeitung nationaler Ziele und der bundesrätlichen Strategie wird ihre Rolle gestärkt – sie dürfen nicht einfach Ausführende der Ziele sein, sondern mitverantwortlich für deren Definition.
 - Die PRIVATEN ORGANISATIONEN als Vertreterinnen der Zivilgesellschaft spielen sowohl bei der Umsetzung von Massnahmen wie auch bei der Erarbeitung der nationalen Ziele eine unabdingbare Rolle (Art. 4, 17-19 und 26).
 - Ein SCHWEIZEIRISCHES INSTITUT FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG wird als starker gesamtschweizerischer Akteur die Kantone und Dritte bei Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen. Als Kompetenzzentrum soll es in der Schweiz die Basis schaffen für eine Kultur der Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 12 sowie alle Art. im Bundesgesetz über das Schweiz. Institut für Prävention und Gesundheitsförderung).
- Die gesetzliche Verankerung der Diagnoseregister als unverzichtbare wissenschaftliche Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung (Art. 21).
- Die Finanzhilfen für öffentliche und private Organisationen sowie die Fördermassnahmen für Forschung, Innovation sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung (Art. 17-19).

Spezifische Bemerkungen

Gesundheitsförderung

Im Vergleich zu Prävention scheint uns die Gesundheitsförderung zu wenig betont. Im Gesetzestext steht die Ausrichtung auf Krankheit immer noch im Vordergrund. Es muss in den einzelnen Artikeln darauf geachtet werden, dass die gesundheitsfördernde Ausrichtung klarer ersichtlich wird.

Medizinische Früherkennung

Aus der Public Health Perspektive macht es durchaus Sinn, auch die systematische Früherkennung als sekundärpräventive Massnahmen sowie die Primärprävention, wie z.B. die kantonalen HPV- Programme, durch das Präventionsgesetz zu regeln. Dabei gilt es klar zu unterscheiden zwischen folgenden Bereichen:

- Einerseits die eigentliche Früherkennung, die durch den Arzt ausgeführt wird: Diese wird durch die Krankenkassen finanziert, wenn die Vorgaben des KVG erfüllt sind (WZW-Kriterien: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit).
- Andererseits die Programme, mit denen definierte Gruppen der Bevölkerung systematisch erreicht werden sollen. Zu diesen Programmen gehören u.a. Koordination, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätskontrolle etc.

Diese Klärung soll durch eine Definition der Früherkennungsprogramme in Artikel 3 und einen Kommentar im erläuternden Bericht erfolgen.

Systematische Früherkennungsprogramme (mass screening) verursachen jedoch hohe Kosten. Es besteht somit die Gefahr, dass die heute zur Verfügung stehenden Mittel für Primärprävention und Gesundheitsförderung (KVG-Prämienzuschlag + Tabakpräventionsfond) zum grossen Teil für die Finanzierung von Früherkennungsprogrammen verwendet werden und demzufolge nicht mehr für den Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Primärprävention zur Verfügung stehen.

Der Finanzierung von Früherkennungsprogrammen und Primärpräventionsprogrammen über das Präventionsgesetz können wir deshalb nur zustimmen, wenn die für diese neuen Aktivitäten erforderlichen Mittel zusätzlich zur Verfügung gestellt werden.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis

Ein umfassendes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung meint nicht nur Aktivitäten zur Verhältnisprävention oder zielgruppenspezifische Anstrengungen, sondern würdigt auch die Bedeutung von individueller Prävention und Gesundheitsförderung!

Wir schlagen vor, Art. 26 KVG zu ergänzen (**Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung**), da Leistungserbringer gemäss KVG heute schon - sinnvollerweise - gesundheitsfördernde Massnahmen erbringen. Das EDI muss die Möglichkeit erhalten, solche Massnahmen in der KLV einzuführen. Über Finanzflüsse zwischen Bundesämtern wird zwar einiges festgehalten, aber es fehlt die klare Möglichkeit, gesundheitsfördernde Massnahmen der Leistungserbringer als Pflichtleistung abgelten und somit sicherstellen zu können. Soll die breite Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten (sinnvollerweise) auch von Ärzten (und allenfalls weiteren Leistungserbringern) ausgeführt werden, ist die Ergänzung von Art. 26 um die Gesundheitsförderung unverzichtbar.

Kommentare zu den einzelnen Artikeln

Art. 1 Gegenstand

Im Gesetzestext steht die Ausrichtung auf Krankheit immer noch stark im Vordergrund – demgegenüber wird Gesundheitsförderung im Vergleich zur Prävention zu wenig betont. Es ist wichtig, dass in den betreffenden Artikeln die gesundheitsfördernde Ausrichtung klar ersichtlich ist.

In den Erläuterungen S. 3 sind die übertragbaren Krankheiten nicht einbezogen. Insbesondere bezüglich Zwangsmassnahmen bleiben sie damit konzeptuell unklar – vgl. Art. 2, Abs 3. „Massnahmen nach diesem Gesetz müssen unter Achtung der individuellen Selbstbestimmung und der Vielfalt in der Bevölkerung erfolgen“ – auch wenn zugegebenermassen das EpG vorbehalten bleibt, das ja nicht abgeschafft wird.

Abs. 2: Wir verstehen den liberalen Wunsch nach einem schlanken Präventionsgesetz. Doch bleibt wohl das Ziel besserer Koordination ein Wunschtraum, wenn viele Sondergesetze mit ihren Sonderkommissionen und –massnahmen unverändert belassen bleiben, insbesondere die Bereiche:

- Arbeitssicherheit (UVG und ArG)
- zielgruppenspezifische Unterstützung von Ligen (bleibt im Bereich IVG und AHVG)
- Verkehr (SVG)
- EpG
- BetmG
- AlkoholG

Konkreter Änderungsantrag

Dieses Gesetz regelt Massnahmen zur Förderung der Gesundheit sowie ~~zur präventive und gesundheitsfördernde Massnahmen~~ zur Verhütung und Früherkennung von physischen und psychischen Krankheiten des Menschen, die übertragbar, stark verbreitet oder bösartig sind **sowie deren schwerwiegende Folgen**

Art. 2 Zweck

Wir begrüßen insbesondere bei Art. 2 die Erwähnung aller Personengruppen. Unserem Verständnis nach sind hier auch **alle Altersgruppen sowie unmündige erwachsene Personen mitgemeint**.

Abs. 1: Unter den Zielen explizit zu erwähnen ist die Förderung der Gesundheit (nicht lediglich der Schutz vor Krankheit; dies basiert auf einem noch sehr traditionellen Verständnis von Prävention).

Nach unserem Verständnis kann wirksame nationale Gesundheitsförderung nicht immer am Krankheitsbegriff festgemacht werden (Beispiel: Suizidprävention!). Denn solche Programme zielen von der Sache her nicht auf „die Krankheit“ sondern auf das „Resultat Gesundheit“. Wenn der Bund weiterhin der Meinung ist, er habe dafür keine genügende Verfassungsgrundlage, begrüsst die FMH eine Ergänzung des Artikels 118 BV.

Konkreter Änderungsantrag

1 Dieses Gesetz bezweckt, den Einzelnen vor übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten zu schützen und dessen Gesundheit zu erhalten **und zu fördern**. Es trägt namentlich dazu bei, die Auswirkungen dieser Krankheiten für die Bevölkerung und die volkswirtschaftliche Entwicklung zu reduzieren, die krankheitsfrei verbrachte Lebenszeit sowie die Lebensqualität zu erhöhen und die Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu bewahren und zu fördern

2 Es soll im Rahmen seines Geltungsbereichs:

- a) Die Gesundheitskompetenz des Einzelnen fördern und **Anreize sowie Rahmenbedingungen** zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in allen Personengruppen schaffen.

Art. 3 Begriffe

Vermisst wird hier die Abstimmung der Begriffe mit den anerkannten Definitionen der WHO. Insbesondere die Definition der Gesundheitsförderung ist zu stark auf Krankheit ausgerichtet. Es fehlt im Sinne des salutogenetischen Ansatzes der Bezug zur Gesundheit und zu den Gesundheitsdeterminanten. Zudem fehlt hier eine Berücksichtigung soziokultureller Faktoren, die sich nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken können (z.B. Migration).

Konkreter Änderungsantrag

Generell

- klare Abstimmung auf die anerkannten WHO-Definitionen
- Stärkere Gewichtung des salutogenetischen Ansatzes (Ottawa-Charta)

Spezifisch

3a

Gesundheitsdeterminanten: persönliche, soziale, ökonomische, **soziokulturelle** und umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand des Einzelnen, einzelner Personengruppen sowie der Bevölkerung bestimmen

3b

Gesundheitsförderung: Prozess der Selbstbestimmung zur Stärkung derjenigen individuellen und kollektiven Faktoren ~~beitragen, welche für den Schutz vor Krankheiten relevant sind~~; für die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit relevant sind

Art. 4 Nationale Ziele

Der Bund will, in Anlehnung an planwirtschaftliche Vorgehen, nationale Ziele für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung festlegen.

Die FMH kann sich mit der Auslegung, dass die dem Bund zufallenden Koordinationsaufgaben auch die Erarbeitung der nationalen Ziele primär durch den Bund beinhalten, nicht einverstanden erklären. Wir sind der Auffassung, dass die Erarbeitung der nationalen Ziele partnerschaftlich zwischen Bund und Kantonen sowie zwingend unter aktivem Einbezug der Leistungserbringer wie auch von (weiteren) Nicht-Regierungsorganisationen erarbeitet werden müssen.

Bemerkung zur Thematik „Früherkennung“

Die Früherkennungsmassnahmen (aktuelle wie auch künftige, siehe Bemerkung S. 2) sollten zusätzlich aus KVG-Beiträgen finanziert werden und nicht die dringend notwendigen und ohnehin knappen Ressourcen für die Primärpräventionsmassnahmen schwächen. Wenn keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung gestellt werden können, sind wir für eine Streichung von „und Früherkennungsmassnahmen“.

Art. 4, Abs. 3, Bst. a

Erkenntnisse aus der Gesundheitsberichterstattung (Art. 22) müssten demnach im Einführungsjahr jedoch bereits in dem Masse vorliegen, dass eine darauf aufbauende Zielformulierung gem. Art. 4 möglich ist.

Art. 4, Abs. 3, Bst. b

Sachlich unkorrekt ist der zweite Teil des Satzes Art. 4, Abs 3, bst.b: „...Gesundheitsdeterminanten für die Verhütung von Krankheiten“

Konkreter Änderungsantrag

1 [Der] Bund ~~legt unter Mitwirkung der Kantone~~ und Kantone **legen unter Einbezug der Wissenschaft und der interessierten Kreise** gemeinsam für eine Dauer von acht Jahren wiederkehrend nationale Ziele als Vorgaben für die Prioritätensetzung bei den Präventions- Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen fest.

4b

Die Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten ~~für die Verhütung von Krankheiten~~

Art. 5 Bundesrätliche Strategie

In Art. 5, Abs. 1 wird die **Gesundheitsförderung** fälschlicherweise nicht aufgeführt. Eine Kohärenz der Begriffe mit Art. 4, Abs. 1 ist notwendig.

Konkreter Änderungsantrag

1 Der Bundesrat legt alle vier Jahre in einer Strategie die Schwerpunkte seiner Politik zur **Prävention, Gesundheitsförderung sowie zur Früherkennung von Krankheiten** fest, namentlich:

1a

die strategischen Vorgaben **des Bundes** [im Gegensatz zu denjenigen der Kantone] für die nationalen Programme nach Artikel 6“

1b

durch die Genehmigung der strategischen Ziele für das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut) nach Artikel 12;“

Absatz 3

Die Kantone wirken an der Erarbeitung der Strategie mit. Die Strategie wird zusammen mit den Kantonen erarbeitet. Der Bund hört das Institut und die interessierten Kreise an.

Zur Entwirrung der verschiedenen strategischen Stufen sollen die strategischen Ziele für das Institut nicht durch den Bundesrat vorgegeben werden, da unserer Meinung nach eine solche Vorgabe den „good governance“ Prinzipien zuwiderlaufen würde. Der Bundesrat legt auf einer „höheren“ Ebene die bundesrätliche Strategie fest und das Institut hat sich daran zu orientieren, jedoch handelt es sich bei der Institutsstrategie um eine Strategie auf einer tieferen Stufe, welche nicht durch den Bundesrat, auch nicht delegiert an ein Bundesamt, insbesondere nicht das BAG, erarbeitet wird. Analog kann auch gesagt werden, dass die Strategien der Bundesämter zwar von der Strategie des Bundesrats abgeleitet und implizit oder explizit vom Bundesrat genehmigt werden sollten, aber durch die Ämter selber festzulegen sind (vgl. auch Stellungnahme zum InstG, Art. 7)

Art. 7 Gesundheitsfolgenabschätzung

Konkreter Änderungsantrag

1 Der Bundesrat sorgt bei Parlaments- und Bundesratsgeschäften, die relevante Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelne Personengruppen haben können, für eine Gesundheitsfolgenabschätzung.

Die Verhältnisprävention ist nach dem Stand der Wissenschaft zuweilen ebenso wichtig wie die Verhaltensprävention. Es ist wichtig, bei Gesetzesvorhaben mit potentiell erheblichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung eine Gesundheitsfolgenabschätzung durchzuführen und im Gesetzgebungsprozess zu berücksichtigen; eine Kann-Vorschrift ist dafür zu wenig.

Art. 8 Koordination

Geht man davon aus, dass konsequenterweise Bund UND Kantone in der Pflicht sind, haben auch Bund UND Kantone für die entsprechende Koordination zu sorgen.

Wichtig scheint uns, dass über das Gesetz die Koordination und Kooperation zwischen Bund, Kantonen und allen anderen öffentlichen und privaten Akteuren sichergestellt und in methodischen und fachlichen Fragen Unterstützung bereitgestellt wird. Heute gibt es bereits viele Aktivitäten, die von Seiten der Leistungserbringer im Sinne der Prävention erbracht, aber nicht direkt als solche wahrgenommen werden.

Aufgrund der Kleinheit der Schweiz macht es Sinn, dass der Bund nationale Programme vorgibt, Probleme sehen wir aber im Umstand, dass die Kantone dann für die Durchführung sorgen müssen. Für bevölkerungsreiche Kantone wird dies keine Probleme ergeben, hingegen werden kleine Kantone kaum in der Lage sein, diese Programme effizient und effektiv durchzuführen. Es gibt die Möglichkeit der Zusammenarbeit zwischen Kantonen, sie ist aber nicht zwingend und im Gesundheitswesen gibt es Paradebeispiele, wie diese Zusammenarbeit nicht funktioniert (Spitalplanung).

Konkreter Änderungsvorschlag

Bund und Kantone koordinieren dieses Gesetz mit gleichartigen Bestrebungen der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Früherkennung der Gesetze nach Art. 5, Abs. 2 Bst b.

3. Abschnitt: Aufgaben des Bundes

Art. 9 Information

Es sollte zumindest geprüft werden, ob sich auch der Informationsauftrag an Bund und Kantone richten soll.

Art. 10 Unterstützungsmassnahmen

Generelle Bemerkung bzw. Frage:

Wenn in Art. 10, Abs. 2, Bst. a von „Er führt ein Zentrum...“ die Rede ist, sollte wohl das zu gründende Institut gemeint sein. Durch die jetzige Formulierung scheint kaum klar, ob der Bund selbst diese Massnahmen trifft oder ob er dies dem zu gründenden Institut (Zentrum?) überträgt. Insbesondere ist dies bei Art. 10, Abs. 2, Bst. b, c, d und e nicht klar ersichtlich.

Aus unserer Sicht sind folgende Punkte kritisch und bedürfen einer Ergänzung bzw. Ausformulierung (zusätzlich zur vorerwähnten Bemerkung): In Art. 10 sind Unterstützungsmassnahmen beschrieben, die sich neben den Kantonen auch auf Dritte beziehen - gemeint sind also alle Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei wird der Bund in den Bereichen Methodik-Grundlagen, Koordination und Information in die Pflicht genommen, sowie in der Entwicklung neuer Interventionsmodelle. Mit der Entwicklung ist es aber nicht getan, nach unserer Auffassung ist es mindestens so wichtig, die Akteure bei der Umsetzung der entwickelten Programme zu unterstützen: über die Phase von Pilotprojekten hinaus soll damit eine breite Distribution und Umsetzung ermöglicht werden. Somit sollte dies auch so im Aufgabenkatalog erwähnt sein

- Eine bessere Umschreibung des gewünschten Wissenstransfers ist notwendig.
- Die Rolle von NGO's bei der Initiierung und Umsetzung von Interventionen muss betont werden
- Will der Bund die „Koordination unterstützen“, bleibt offen, wer wann unter welchen Bedingungen wen koordiniert. Wenn der Bund die Rolle der Koordination übernehmen will, soll er dies unmissverständlich tun.

Konkreter Änderungsvorschlag

Art. 10

Abs. 2, Bst. a

"Er führt ein **Institut**, das Informationen über neue nationale und internationale wissenschaftliche Erkenntnisse sowie anerkannte Interventionsmodelle **sammelt, analysiert und für die interessierten Kreise in geeigneter Form aufarbeitet**"

Abs. 2, Bst. c

"Er entwickelt neue Interventionsmodelle für die Bevölkerung oder bestimmte Personengruppen **oder unterstützt die Akteure bei der Umsetzung**"

Abs. 2, Bst. c

"Er **koordiniert** gemeinsam mit den Kantonen die Aktivitäten der Kantone und Dritter sowie bestehender Netzwerke".

4. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

Art. 11

Der Gesetzestext lässt in Abs. 2, Bst. b Platz auch für Programme die sich an Senioren und die ältere Bevölkerung richten. Hingegen fällt auf, dass sie in den Erläuterungen an entsprechender Stelle noch nicht erwähnt sind.

Wir begrüssen die ausdrückliche Erwähnung von Schülern, denn dies ist wohl eine unserer prägendsten Lebensphasen für spätere Verhaltensweisen. Gleichzeitig fordern wir aber die Beachtung von Art. 11, b, in

dem alle anderen Personengruppen (also auch Kinder im Vorschulalter und betagte Personen) in den Genuss von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen kommen sollen.

Seit langer Zeit spielen in diesem Bereich Schulärzte, Pädiater und in gewissen Kantonen die Krankenschwestern, eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche. Diese präventiven Aktivitäten gehören zurzeit nicht in die Kompetenz der Kantone und sollten künftig in den Kantonsprogrammen berücksichtigt werden.

In diesem Artikel sind zudem verschiedene Begriffe unklar. Die Einleitung macht den Eindruck, als ob in erster Linie die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen vom Bund oder von Dritten wahrgenommen werden. Es sind aber in erster Linie die Kantone, die diese Massnahmen umsetzen.

Die beiden Absätze zur **Schulgesundheit in Artikel 11 Abs. 2 c und d** sind ungenügend, um eine derart wichtige Aufgabe zu verankern. Es fehlen eine Zielformulierung und eine Bestimmung, die es möglich macht, den Untersuchungsumfang zu umschreiben. Zudem ist die Bestimmung, dass die Kantone den "Schülerinnen und Schülern während der gesamten Schulzeit Zugang zu Schulgesundheitsdiensten" verschaffen müssen, missverständlich. Dies könnte als - heute nicht realisierbare - Vorgabe verstanden werden, dass an allen Schulen permanent geöffnete Kliniken zu schaffen sind. Anstelle dieser vagen Vorgabe sollte ein Minimum der Schulgesundheitsleistungen definiert und die Möglichkeit geschaffen werden, die Ausgestaltung der Schulgesundheitsdienste entsprechend dem aktuellen Stand der Evidenz jeweils aktuell zu formulieren.

Konkreter Änderungsantrag

Art. 11, Abs. 1

Die Kantone oder mehrere Kantone gemeinsam sorgen **in Zusammenarbeit mit dem Bund** für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs-, - und Früherkennungsmassnahmen, soweit diese Aufgaben nicht vom Bund oder von Dritten wahrgenommen werden.

Abs. 2

Sie sorgen für adäquate Rahmenbedingungen. ~~schaffen die dazu notwendigen Einrichtungen oder unterstützen private Institutionen.~~ Sie nehmen namentlich folgende Aufgaben wahr:

Abs. 2, Bst. a

„Sie bezeichnen, wo sinnvoll gemeinsam mit anderen Kantonen, eine Beauftragte oder einen Beauftragten...“

Abs. 2, Bst. c und d

sollte hinzugefügt werden: „... **während der gesamten obligatorischen Schulzeit ...“.**

Abs. 2, Bst d

„... über Gesundheitsrisiken, deren Determinanten sowie über Prävention und Gesundheitsförderung ...“

5. Abschnitt: Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung

Wir begrüssen die Errichtung eines Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung als sinnvolle Massnahme. Es soll den Kantonen wissenschaftliche und methodische Unterstützung bieten. Die Doppelfunktion des Instituts lehnen wir jedoch ab, d.h. einerseits Verwaltung und Verteilung von Mitteln, andererseits Erbringen von Unterstützungsmassnahmen und Dienstleistungen. Es sollte deshalb eine Lösung gefunden werden, um die Mittel unabhängig und transparent zu verwalten und zu verteilen.

Wir begrüssen auch, dass das Institut eine gewisse Autonomie erhält; sie ist zwingend notwendig, wenn das

Institut seine Aufgaben insbesondere das zur Verfügung stellen der evidenzbasierten Grundlagen für die Prävention und Gesundheitsförderung, wahrnehmen soll, aber auch im Sinne der „good governance“.

Wir glauben, dass bei Berücksichtigung dieser Grundsätze eine echte Stärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung stattfinden kann. Gleichwohl scheint uns die Abgrenzung der Kompetenzen und Zuteilung der Ressourcen noch zu wenig überlegt und der einzige Transfer der Fachstelle zur Verwaltung der Tabakpräventionsabgabe ungenügend, da das Institut sich in ein vorhandenes, komplexes Gefüge von Institutionen und Akteuren einfügen soll und unnötige Konflikte vermieden werden sollen. Insbesondere ist die Abgrenzung der Kompetenzen und Ressourcen zwischen dem neuen Institut und der zentralen Bundesverwaltung, die bisher im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung die Hauptverantwortung trugen, im Speziellen das Bundesamt für Gesundheit (BAG), das Bundesamt für Sport (BASPO) oder auch das Bundesamt für Statistik (BFS), expliziter und konkreter darzustellen und, wo nötig, auch im Gesetz zu verankern. So ist es nicht klar, welche Kompetenzen sowie finanziellen und personellen Ressourcen dieser Bundesämter (z.B. von den Direktionsbereichen Öffentliche Gesundheit, (Prävention der übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten, Grundlagen), Verbraucherschutz (teilw. Ernährung und Bewegung), Gesundheitspolitik (Evaluation und Forschung) zum neu zu schaffenden Institut transferiert werden müssen. Wenn diese Überlegungen nicht rechtzeitig und vorgängig angestellt werden, könnten unnötige Kompetenzgerangel und Doppelspurigkeiten entstehen, die den Grundideen des PräVG zuwiderlaufen. Damit wären die Unklarheiten faktisch verwaltungsintern verlagert worden. Dies wäre umso bedauerlicher, als im Namen der Effizienzsteigerung einige Kompetenzen nun von den Kantonen und anderen Akteuren (Versicherungen, NGO) an den Bund delegiert und zentralisiert werden sollen. Unklarheiten innerhalb der Bundesstellen könnten den potenziellen Effizienzgewinn zunichte machen oder zumindest deutlich vermindern. Zugleich soll aber auch verhindert werden, dass die bisher diesen Ämtern zugesprochenen Mittel im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung nun mit der Schaffung des Instituts einfach gestrichen werden, was einer versteckten Einsparung der Bundesmittel für die Prävention und Gesundheitsförderung gleich käme. Aus dem gleichen Grund ist es sinnvoll, wenn die Aufgaben im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, ausgenommen Erlasse von Bestimmungen, welche über fachtechnische Inhalte von untergeordneter Bedeutung hinausgehen, möglichst vollständig dem Institut übertragen werden. Schliesslich scheint es uns wichtig, dass das Institut für Leistungen, die es erbringt auf keinen Fall selber die Mittel aus den Fonds sprechen kann, für den es die Kompetenz zur Mittelvergabe besitzt. Für die eigenen Leistungen sollte es direkt Mittel vom Bund erhalten und diese in der Rechnungslegung klar getrennt von den Mitteln, die es an Dritte vergibt, offen legen. Die zusätzliche Schaffung einer weiteren Instanz zur Trennung dieser verschiedenen Kompetenzen scheint uns hingegen nicht zwingend notwendig, so lange die Herkunft der Mittel transparent und ihre Verwendung konfliktfrei geregelt ist.

Fraglich scheint uns jedoch, ob dies nur durch den Status einer öffentlich-rechtlichen „Anstalt“ möglich ist. Etwa gehörte Vergleiche mit Swissmedic gehen insofern fehl, als Swissmedic in ihrem Aufgabenkreis auch eine „Polizistenrolle“ wahrnehmen muss (Durchführung von Strafverfahren), die dieses neue Institut nicht haben wird.

Art. 14 Verwendung der Beiträge

Die Errichtung eines Schweizerischen Institutes für Prävention und Gesundheitsförderung sehen wir als äusserst sinnvoll an. Das Institut sollte aber nicht verlängerter Arm der Bundesverwaltung in einem öffentlich-rechtlichen Status sein, sondern in einem privatrechtlichen Status stehen. (Selbstverständlich müsste bei einer privaten Lösung die Frage der Mehrwertsteuer zuverlässig entschieden werden bzw. ein expliziter Ausschluss der Mehrwertsteuer in diesem Gesetz erfolgen). Es sollte nicht nur unterstützend wirken, sondern die Programme je nach Komplexität selber oder mit privaten und allenfalls auch kantonalen Partnern durchführen. Der Bund macht im Rahmen seiner Aufsichtstätigkeit Vorgaben, welche zusammen mit den Kantonen und dem Institut erarbeitet werden. Daneben hat der Bund auch noch andere Aufsichtsaufgaben, u.a. das Controlling resp. Audit. Was die Präventionsabgaben anbelangt, so werden gemäss vorgestelltem PräVG die Krankenversicherer zu verdeckten Steuereintreibern missbraucht. Die heutige Stiftung Gesundheitsförderung ist eine Einrichtung, in der Krankenversicherer, Kantone und weitere Akteure innerhalb der Gesundheitspolitik vertreten sind. Entsprechend ist der Zuschlag auf die Krankenversicherungsprämie von Fr. 2.40 vertretbar. Sollte das Schweiz. Institut aber einen öffentlich-rechtlichen Status bekom-

men, so müssten unseres Erachtens die Aufwendungen des Institutes und die Präventionsaktivitäten via Steuern oder Sonderabgaben erfolgen, die vom Bund eingezogen werden.

Art. 14, Abs. 1, Bst. b

Der Zusatz „...welche einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele leisten.“ Kann unserer Ansicht nach gestrichen werden. In Art. 15, unter den Voraussetzungen der Beitragsgewährung, wird der Beitrag zur Erreichung der nationale Ziele (Bst. b) allgemeingültig aufgeführt.

Art. 14, Abs. 1, Bst. c ist ganz zu streichen

Forschungsvorhaben sollen über die üblichen Forschungsfonds ermöglicht werden, auch in Gesundheitsförderung und Prävention. Art. 18 PräVG liefert die Berechtigung dafür.

Art. 14, Abs. 1, Bst d

Präventions- und/oder Gesundheitsförderungsmassnahmen, die als wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungen von Leistungserbringern erbracht werden, sollen durch die soziale Krankenversicherung finanziert werden (Ergänzung von Art. 26 KVG um Gesundheitsförderung). Art. 14 Bst. d sollte deshalb anders formuliert werden, um klar zu machen, dass via Präventionsgesetz nicht solche Massnahmen an sich finanziert, sondern organisatorische Rahmenbedingungen, die die Durchführung der Massnahme erst möglich machen.

Art. 15 Voraussetzungen

Hier wie im nachfolgend kommentierten Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung ist vorgesehen, dass das neue Institut Gelder verteilen soll. Gleichzeitig soll das Institut Unterstützungsmassnahmen gemäss Art. 10 einbringen. Diese beiden Aufgaben sollten getrennt werden. Falls das Institut auch Gelder verteilt, soll um dem „Missbrauch“ der sogenannt innovativen Projekte zur Finanzierung aus den Fondsgeldern vorzubeugen, die Änderungen gemäss nachstehendem Antrag eingeführt werden

Es werden laut der Praxis der letzten 20 Jahre Programme und Massnahmen unterstützt – nicht aber Institutionen als solche. Eine reine Projektfinanzierung wäre allerdings unseres Erachtens ineffizient, wenn die Bevölkerung darauf angewiesen ist, dass einzelne Institutionen auch als solche zur Verfügung stehen und funktionieren.

Konkreter Änderungsantrag

Zusatz vor: Abs. 4 (neu): „Innovative Projekte werden gemäss ihres Pilotcharakters in der Höhe und in der Dauer begrenzt finanziert und der Evaluation besonders grosses Gewicht beigemessen.“.

Dies hindert das Institut jedoch nicht daran, bei entsprechend vielversprechenden Evaluationsresultaten das oder die Folgeprojekte wieder bzw. weiter zu finanzieren. Auch bei Art. 16 sind wir der Meinung, dass dieser in die Verordnung des Instituts gehört.

7. Abschnitt: Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen

Art. 17 Finanzhilfen an Organisationen

Es scheint uns sinnvoll, dass die öffentliche Hand Selbsthilfegruppen unterstützen kann. Wenn die öffentliche Hand Unterstützungshilfe leistet, kann sie im Gegenzug auch entsprechende Kriterien festlegen. Ohne Unterstützung bleibt als Geldquelle faktisch oft die Pharma- und medizinaltechnische Industrie, was auch nicht sehr zu begrüßen ist.

Konkreter Änderungsantrag

Der Bund gewährt ~~kann~~ im Rahmen der bewilligten Kredite öffentlichen und privaten Organisationen **und unter Berücksichtigung des Verwendungszwecks der Beiträge und der Voraussetzungen gemäss Art. 14 bis 16** Finanzhilfen für Massnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Prävention ~~Präventions- und Gesundheitsförderungs-~~massnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten nach Artikel 1. Die Finanzhilfen werden für Informationsaktivitäten, für Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie für die Förderung von Selbsthilfegruppen gewährt.

Art. 18 Forschungs- und Innovationsförderung

Konkreter Änderungsantrag

Der Bund unterstützt ~~kann~~ wissenschaftliche Forschung und Innovation ... im Sinne von Artikel 1 durch ~~in Auftrag geben oder mit~~ Finanzhilfen oder durch externe Aufträge ~~unterstützen~~.

Art. 19 Aus- und Weiterbildung

In den Erläuterungen S. 55 wird auch das MedBG erwähnt. Das MedBG unterscheidet zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Der Erwerb von Präventions- und Gesundheitsförderungskompetenzen ist in jeder dieser drei Phasen zu fördern. Dabei kann auch die Neueinführung bzw. Durchführung von einzelnen Modulen in der Fortbildung nicht kostenneutral geschehen.

Konkreter Änderungsantrag

Art. 19 **Aus-, Weiter- und Fortbildung**

Der Bund kann die **Aus-, Weiter- und Fortbildung** in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung fachlich und finanziell unterstützen.

8. Abschnitt: Gesundheitsstatistik und –berichterstattung

Art. 20 Gesundheitsstatistik

Da es durchaus auch Sinn macht, qualitative Daten sowie nicht aggregierte, anonymisierte Daten zu erheben, schlagen wir folgende Änderung vor:

In Art. 20, Art. 21, Abs. 2 Bst a und Art. 22, Abs. 2, das Adjektiv „statistisch“ jeweils zu streichen.

Art. 21 Diagnoseregister

Diagnoseregister sind unserer Meinung nach, auch im Sinne der Effizienz, typische Aufgaben der Zentralverwaltung.

Konkreter Änderungsantrag

Art. 21 Abs. 1

„Der **Bund führt** ~~[Kantone führen kantonale oder überregionale]~~ Diagnoseregister über ...“

Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass nicht nur eine einheitliche Datenerhebung vorgenommen wird, sondern dass auch die dazu notwendigen Instrumente zur Verfügung gestellt werden, da die einheitliche Datenerhebung auch wesentlich von den benutzten Instrumenten abhängt und diese meistens kosteneffizienter zentral entwickelt oder in Auftrag gegeben werden

Art. 21 Abs. 3

„Der Bund erlässt ... Er stellt die zentrale Auswertung der Daten sicher **und stellt die dazu notwendigen Instrumente zur Datenerhebung den Kantonen zur Verfügung.**“

Art. 21 Abs. 4

„Im Rahmen dieses Artikels erhobene Informationen werden nur für diesen Zweck verwendet.“

Begründung: Nachdem Swissmedic mangels klarer gesetzlicher Zweckbindungsgarantie vertrauliche Registrierungsunterlagen über ein Medikament der Staatsanwaltschaft Zürich herausgeben musste¹, ist für uns klar, dass auch für die Diagnoseregister eine „wasserdichte“ Zweckbindungsgarantie im formellen Gesetz eingeführt werden muss; Datenschutzbestimmungen auf Verordnungsebene genügen nicht.

9. Abschnitt Vollzug

Art. 23 Internationale Zusammenarbeit

Internationale Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung gewinnt an Bedeutung. Damit die Schweiz mitwirken kann, ist eine gesetzliche Grundlage wichtig.

Konkreter Änderungsantrag

Art. 23, Abs. 3, Bst. a

"die gegenseitige Information...und über Massnahmen zu deren Verhütung oder Früherkennung sowie zur **Gesundheitsförderung**"

Art. 24 Evaluation

Um rechtzeitig einen ersten Evaluationsbericht zur Umsetzung und zu Wirkungen des Gesetzes zu erhalten und die Erkenntnisse der Evaluation in die Umsetzung laufend einfließen können, schlagen wir nachstehende Ergänzungen vor:

Konkreter Änderungsantrag

Art. 24 Abs. 1

Das Bundesamt für Gesundheit sorgt periodisch, **mit einem ersten Evaluationsbericht spätestens 4 Jahre nach in Kraft treten des Gesetzes, für die Evaluation ... Die Evaluation beinhaltet sowohl summative als auch formative Elemente, deren Resultate mit Empfehlungen zur Optimierung der Umsetzung benutzt werden sollen.**“

Art. 26 Übertragung von Aufgaben

In Absatz 3 befindet sich ein Flüchtigkeitsfehler: es sollte heissen „...Vollzugsaufgaben nach Absatz 1 z.“

10. Abschnitt Schlussbestimmungen

¹Bundesstrafgericht, Entscheid vom 15. Februar 2006, BV.2005.35

Art. 26 Krankenversicherung **Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis**

Ein umfassendes Verständnis von Prävention und Gesundheitsförderung meint nicht nur Aktivitäten zur Verhältnisprävention oder zielgruppenspezifische Anstrengungen, sondern würdigt auch die Bedeutung von individueller Prävention und Gesundheitsförderung!

Wir schlagen vor, Art. 26 KVG zu ergänzen (Medizinische Prävention **und Gesundheitsförderung**), da Leistungserbringer gemäss KVG heute schon - sinnvollerweise - gesundheitsfördernde Massnahmen erbringen. Das EDI muss die Möglichkeit erhalten, solche Massnahmen in der KLV einzuführen. Über Finanzflüsse zwischen Bundesämtern wird zwar einiges festgehalten, aber es fehlt die klare Möglichkeit, gesundheitsfördernde Massnahmen der Leistungserbringer als Pflichtleistung abgelten und somit sicherstellen zu können. Soll die breite Umsetzung von gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten (sinnvollerweise) auch von Ärzten (und allenfalls weiteren Leistungserbringern) ausgeführt werden, ist die Ergänzung von Art. 26 um die Gesundheitsförderung unverzichtbar.

Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten können nicht kategorisch einzelnen Akteuren zugeteilt werden – diese Aufgabenverteilung soll im Einzelfall aufgrund von Effizienzkriterien erfolgen. Weil die breite Umsetzung von gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten (sinnvollerweise) von praktizierenden Ärzten mitgetragen werden können soll, ist Art. 26 KVG um die Gesundheitsförderung zu ergänzen. Mit anderen Worten: Es ist wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich, dass Leistungserbringer bestimmte, in der KLV definierte gesundheitsfördernde Massnahmen durchführen.


Art. 33 Krankenversicherung

Das KVG kennt keine Schulärzte als Leistungserbringer. Hier sind entsprechende Anpassungen notwendig, nicht nur hinsichtlich Pandemieimpfung und Mammographiescreening (gem. erläuterndem Bericht). Zusammenhänge mit dem Konzept einer gemeindeorientierten Prävention fehlen, ebenso Präventionsmassnahmen für Kleinkinder. Eine Vernetzung mit dem Epidemienetz ist wichtig. Die Schweiz. Gesellschaft für Infektiologie moniert, dass in den letzten Jahrzehnten schlechte Erfahrungen gemacht wurden, weil beispielsweise Impfungen im KUVG nicht erwähnt waren und mit dem KVG die Impfungen im Schularzt-dienst desavouiert wurden.

Wir hoffen, dass Sie unsere Anregungen und Kommentare bei der Gestaltung des definitiven Gesetzestextes einfließen lassen.

Freundliche Grüsse

FMH



Dr. med. Jacques de Haller
Präsident



Dr. med. Christine Romann
Verantwortliche Ressort
Gesundheitsförderung und Prävention

Anhang

Liste der Fach- und kantonalen Ärztesellschaften, deren Antworten fristgerecht eingetroffen sind:

- Schweiz. Gesellschaft für Allergologie und Immunologie
 - Schweiz. Gesellschaft für Allgemeinmedizin
 - Schweiz. Gesellschaft für Arbeitsmedizin
 - Schweiz. Gesellschaft für Dermatologie und Venereologie
 - Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Schweiz. Gesellschaft für Infektiologie
 - Schweiz. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 - Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik
 - Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Onkologie
 - Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie
 - Foederatium Paedo-Medlicorum Helveticorum
 - Schweiz. Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
 - Schweiz. Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen
 - Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Kollegium für Hausarztmedizin
 - Schweiz. Akademie für psychosomatische und psychosoziale Medizin
 - Schweiz. Ärztesgesellschaft für Manuelle Medizin
 - Schweiz. Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
 - Swiss Insurance Medicine
 - FMCH
 - Vereinigung der Kantonsärzte
 - Société médicale de la Suisse Romande
 - Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften
 - Verband Schweizer Assistenz- und Oberärzte
- sowie die Ärztesgesellschaften der Kantone Aargau, Basel Stadt, Genf, Luzern, Neuchâtel und Vaud

Nach Fristablauf eingetroffen:

- Groupement Genevois des médecins spécialistes en santé au travail
- KKA