


# Nationale Strategie

## Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes

2017–2024



**Ein Gemeinschaftsprojekt von CardioVasc Suisse**

Juni 2016

Unter besonderer Mitwirkung von:  
Schweizerische Herzstiftung  
Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie  
Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten  
Schweizerische Hirnschlaggesellschaft  
Diabetes-Organisationen der Schweiz

---

# Impressum

## Herausgeber

**Trägerorganisationen:** Schweizerische Herzstiftung; Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie; Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten; Schweizerische Hirn Schlaggesellschaft; Diabetes-Organisationen der Schweiz

Die Trägerorganisationen wurden von folgenden Gesellschaften personell und/oder finanziell unterstützt:

- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie: Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Schweizerische Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie, Schweizerische Hypertonie Gesellschaft, Swiss Cardiovascular Therapists
- Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten: Schweizerische Gesellschaft für Angiologie, Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie, Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie, Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research, Schweizerische Gesellschaft für kardiovaskuläre und interventionelle Radiologie
- Schweizerische Hirn Schlaggesellschaft: Schweizerische Neurologische Gesellschaft, Swiss Federation of Clinical Neurosocieties
- Diabetes-Organisationen der Schweiz: Schweizerische Diabetes-Gesellschaft, Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie, Schweizerische Diabetes-Stiftung

## Projektleitung CardioVasc Suisse (CVS)

Felix Mahler (Vorsitzender CVS); Andreas Biedermann (Koordinator CVS); Claudia Kessler (Projektleitung CVS)

## Autor/innen

**Hauptautorin:** Claudia Kessler

**Co-Autor/innen:** Mitglieder der redaktionellen Kerngruppe (alphabetische Reihenfolge): Andreas Biedermann; Therese Junker; René Lerch; Felix Mahler; Tania Weng-Bornholt

**Redaktion der krankheitsgruppenspezifischen Kapitel** (alphabetische Reihenfolge): Peter Diem; Augusto Gallino; Philippe Lyrer; Gian Marco De Marchis; Tania Weng-Bornholt; Matthias Wilhelm

## Verdankung

Den Mitgliedern der Steuergruppe, den Leitenden der Arbeitsgruppen und deren Mitgliedern, den Mitgliedern der redaktionellen Kerngruppe sowie der grossen Zahl von Beteiligten in den verschiedenen Vernehmlassungsschritten sei an dieser Stelle ganz herzlich für ihre wertvolle, ehrenamtlich geleistete Arbeit gedankt (*Mitwirkende, siehe Anhang 4*). Ohne das grosse Engagement und die konstruktive Zusammenarbeit der beteiligten Personen und Organisationen hätte diese Strategie nicht realisiert werden können.

## Übersetzung, Redaktionelle Unterstützung, Grafik

Bernadette von Arx (Übersetzung Deutsch-Französisch) mit fachlicher Unterstützung von Roger Darioli; Clipper Übersetzungen AG (Übersetzung Deutsch-Italienisch); Thomas Pfluger (redaktionelle Überarbeitung deutscher Text), Jenny Leibundgut (Layout und Grafik)

## Geschlechtergerechte Formulierung und Terminologie

Bei der Textgestaltung wurde auf eine geschlechtssensible Formulierung geachtet. Geschlechtsneutrale Formen wurden bevorzugt. Wo sich keine entsprechende Formulierung anbot, wurde mit der Lösung «Patient/innen» gearbeitet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

Für Definitionen von verwendeten nicht allgemein verständlichen Begriffen wird auf das Glossar am Ende des Dokuments verwiesen.

**Publikationszeitpunkt:** 2016

## Weitere Informationen

Download unter: [www.cardiovascsuisse.ch/strategie](http://www.cardiovascsuisse.ch/strategie)

CardioVasc Suisse  
c/o Schweizerische Herzstiftung  
Dufourstrasse 30  
3005 Bern  
Telefon 031 388 80 70  
[info@cardiovascsuisse.ch](mailto:info@cardiovascsuisse.ch)

**Zitierweise:** CardioVasc Suisse (2016) «Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirn Schlag und Diabetes, 2017–2024»

Diese Publikation steht in deutscher und französischer Sprache mit einem Executive Summary in italienischer und englischer Sprache zur Verfügung.

# Inhalt

<b>Impressum</b>	<b>2</b>
<b>Grusswort</b>	<b>5</b>
<b>Vorwort</b>	<b>6</b>
<b>Die Strategie in Kürze</b>	<b>7</b>
<b>The strategy in short</b>	<b>8</b>
<b>La stratégie en bref</b>	<b>9</b>
<b>La strategia in breve</b>	<b>10</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>11</b>
1.1 Warum braucht es eine «Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes?»	11
1.2 An wen richtet sich diese Strategie?	12
1.3 Wie wurde die Strategie erarbeitet?	12
<b>2. Ausgangslage</b>	<b>14</b>
2.1 Mehrwert der Strategie im nationalen Kontext	14
2.2 Internationaler Bezug	14
2.3 Einbettung der Strategie	15
<b>3. Grundlagen</b>	<b>16</b>
3.1 Krankheitslast und Trends	16
3.2 Risikofaktoren	21
<b>4. Strategie</b>	<b>24</b>
4.1 Vision und langfristige Ziele	24
4.2 Leitprinzipien	24
4.3 Krankheitsgruppen und Schnittstellen	25
4.4 Prioritärer Handlungsbedarf	26
4.5 Bezug zur NCD-Strategie	29
<b>5. Umsetzung</b>	<b>30</b>
5.1 Organisation der Umsetzung	30
5.2 Operationalisierung der Strategie	30
5.3 Verantwortlichkeiten: Leadorganisationen und mögliche Partnerakteure	30
5.4 Ressourcen und Finanzierung	31
5.5 Monitoring und Berichterstattung	31
5.6 Abstimmung mit anderen strategischen Projekten	31
5.7 Anpassung und Aktualisierung der Strategie	31

---

**Anhänge Übersicht** **32**

---

1. Strategietabellen	33
2. Verzeichnis der Abkürzungen	48
3. Glossar	50
4. Zusammensetzung der Steuergruppe und Arbeitsgruppen sowie weitere Mitwirkende	54
5. Referenzliste	56

---

**Liste der Abbildungen**

Abbildung 1: Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024	11
Abbildung 2: Bezug der strategischen Ebene zu anderen Ebenen des Gesundheitswesens	15
Abbildung 3 : Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2014	16
Abbildung 4: Anteil Personen 50+ mit keiner, einer oder mehreren chronischen Krankheiten	18
Abbildung 5: Todesfälle und Hospitalisierungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen	20
Abbildung 6: Direkte Kosten im Jahr 2011	21
Abbildung 7: Übergewicht und Adipositas, 2012	23

---

**Liste der Tabellen**

Tabelle 1	<b>Gemeinsame strategische Prioritäten</b>	33
Tabelle 2	<b>Spezifische strategische Prioritäten: Herz</b>	37
Tabelle 3	<b>Spezifische strategische Prioritäten: Gefäße</b>	40
Tabelle 4	<b>Spezifische strategische Prioritäten: Hirnschlag</b>	42
Tabelle 5	<b>Spezifische strategische Prioritäten: Diabetes</b>	45

---

---

## Grusswort



Jede vierte Person in der Schweiz leidet an einer Herz-Kreislauf-Krankheit, an Diabetes oder an einer anderen chronischen Krankheit, Tendenz steigend. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zusammen mit Krebs zu den häufigsten Todesursachen. Sie führen vielfach dazu, dass jemand vorzeitig, also vor dem 70. Lebensjahr stirbt. Diabetes wiederum ist sowohl eine Krankheit als auch ein Risikofaktor für andere nichtübertragbare Krankheiten und verursacht viel Leid und hohe Kosten.

Die Stärke der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes» ist das grosse Engagement der zahlreich involvierten Organisationen. Mit ihrer krankheitsspezifischen Strategie bündeln sie ihre Kräfte und ergänzen in optimaler Weise die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) von Bund, Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz.

Eine gut abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den Akteuren bei der Umsetzung der beiden Strategien soll Doppelspurigkeiten beseitigen. Die Strategie der medizinischen Fachgesellschaften und Patientenorganisationen wird helfen, die gut funktionierende Gesundheitsversorgung und damit die Lebensqualität in der Schweiz weiter zu stärken. Und schliesslich setzt sie eine alte Volksweisheit um, die uns besonders am Herzen liegen sollte: «vorbeugen ist besser als heilen».

*Alain Berset, Bundesrat, Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern*

---

## Vorwort



Strategien im Gesundheitsbereich haben Hochkonjunktur. Zu einer Vielzahl von Themen sind in den letzten Jahren Publikationen erschienen. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ist an vielen direkt beteiligt, bei weiteren engagiert sie sich als Beobachterin.

Strategien sind sinnvolle und wichtige Instrumente – auch im Gesundheitswesen. Sie bilden Grundlage und Orientierung für ein zielgerichtetes, ganzheitliches und langfristiges Vorgehen. Der Gefahr, dass vor lauter strategischen Bäumen der gesundheitspolitische Wald nicht mehr zu sehen ist, muss auch mit ihrer Einbettung und Orientierung an übergeordneten Konzepten begegnet werden.

Die vorliegende Strategie «Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes» wird diesem Anspruch gerecht – dank ihrer Anlehnung an die NCD-Strategie, die «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten», sowie an die Leitlinien von «Gesundheit 2020». Und sie setzt den Fokus auf Prävention und Früherkennung: zwei Bereiche, die in unserem Gesundheitssystem noch nicht genügend gefördert werden. Wenn die Schweiz die grossen Herausforderungen der demografischen Entwicklung meistern will, braucht es gerade in diesen Feldern weitere grosse Fortschritte. Ganzheitliches und an übergeordneten Konzepten orientiertes Handeln erleichtert schliesslich auch die koordinierte Versorgung und hilft, im verästelten Gesundheitswesen aus Schnittstellen Nahtstellen zu machen.

Für mich als kantonalen Gesundheitsdirektor und als Präsidenten der GDK steht das System als Ganzes auf dem Prüfstand: Alle Bereiche des Gesundheitswesens sind miteinzubeziehen, und darüber hinaus gilt es immer, auch finanzpolitisch tragbare Lösungen mit anderen Politikbereichen wie Bildung, Soziales oder Sicherheit zu suchen. Deshalb begrüsse ich es, dass die vorliegende Strategie eine Übersicht über die Krankheitslast von Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes schafft und dabei die Lücken aufzeigt, die es im ganzen Versorgungssystem zu schliessen gilt. Jede Fachrichtung muss stets den Blick über die eigene Disziplin hinauswerfen und sich für interdisziplinäre Vorgehensweisen engagieren – gerade in der Prävention.

Der technologische Fortschritt in der Medizin war in den letzten Jahren enorm. Das wird sich morgen nicht ändern. Damit wird auch das Spannungsfeld zwischen dem technisch Machbaren, dem medizinisch Sinnvollen und dem öffentlich Finanzierbaren stärker werden. Initiativen, wie das in der Strategie erwähnte «Choosing wisely», werden an Bedeutung gewinnen. Ich bin überzeugt, dass wir aufbauend auf den Zielen von «Gesundheit 2020» Lösungen finden werden, die uns auch in Zukunft eine gute Gesundheitsförderung und -versorgung ermöglichen.

Ich danke CardioVasc Suisse und den beteiligten Fachorganisationen für die sorgfältige Erarbeitung dieser Strategie und ich freue mich auf die Zusammenarbeit auf dieser Grundlage.

*Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger, Präsident GDK*

## Die Strategie in Kürze

Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes tragen heute in der Schweiz führend zur Krankheitslast bei. Sie verursachen vorzeitige Todesfälle und leisten dem stetigen Anstieg der Gesundheitskosten Vorschub. Viele der zugrundeliegenden Risikofaktoren lassen sich durch Prävention und gezielte Früherkennung jedoch wirkungsvoll bekämpfen. Zudem vermag eine bedürfnis- und bedarfsgerechte, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung das Leiden der Betroffenen zu reduzieren und deren Lebensqualität verbessern.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) begrüssen krankheitsspezifische Strategien als Ergänzung zur «Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024» (NCD-Strategie). Bisher fehlte für die Schweiz eine spezifische Strategie für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes. Eine Gruppe von Trägerorganisationen (Schweizerische Herzstiftung, Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie, Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten und ihre Mitglieder, Schweizerische Hirnschlaggesellschaft, Diabetes-Organisationen) hat die Initiative ergriffen und schliesst mit der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024» diese Lücke. Die vorliegende Strategie wurde unter dem Lead des Netzwerks CardioVasc Suisse in einem partizipativen Prozess erarbeitet. Beteiligt waren neben vielen Organisationen der Gesundheitsberufe verschiedener Disziplinen und Professionen auch Patientenorganisationen und andere relevante Akteure.

Die Strategie definiert Prioritäten und schafft für die Akteure einen gemeinsamen Handlungsrahmen. So lassen sich zukünftig Ressourcen besser bündeln und effizienter nutzen, und die politischen Forderungen der Trägerorganisationen gewinnen an Gewicht. In der Praxis der Gesundheitsversorgung soll die Strategie patientenzentriert umgesetzt werden, das heisst, die Bedürfnisse und die oft komplexen Situationen der Betroffenen sollen im Mittelpunkt stehen.

Da die Schweiz heute über eines der höchstentwickelten Gesundheitssysteme verfügt, kann die Strategie auf viel Bestehendem aufbauen. Sie fokussiert deshalb auf die wichtigsten Lücken. Vielfach wurden dabei gemeinsame Anliegen identifiziert, welche für alle beteiligten Akteure einen hohen Stellenwert haben. Die einzelnen Prioritäten der Strategie werden in Kapitel 4 aufgeführt. Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

### **Prioritäten der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024»**

- Prävention und Früherkennung stärken
- Qualitativ hochstehende, integrierte und patientenzentrierte Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patienten fördern
- Akutversorgung von Herzinfarkt und Hirnschlag optimieren
- Koordination und Kooperation auf allen Ebenen verstärken
- Datengrundlage für die Schweiz verbessern
- Finanzierungslücken schliessen und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen verbessern

Die Strategietabellen im Anhang enthalten konkrete Ziele und Massnahmen zu den strategischen Prioritäten. Sie bilden den gemeinsamen Handlungsrahmen für die kommenden acht Jahre. Die Strategie-Umsetzung wird durch interprofessionell und multidisziplinär zusammengesetzte Gruppen erfolgen.

Dabei wird auf eine gute Abstimmung mit relevanten Akteuren wie den Grundversorgern, mit der NCD-Strategie und anderen Initiativen geachtet.

Im Hinblick auf die Umsetzung der Massnahmen werden sich die Akteure auf einer übergeordneten Ebene organisieren, um in den folgenden Jahren ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen sicherzustellen. Über die Fortschritte in der Umsetzung wird periodisch Bericht erstattet.

*Diese Strategie liegt auch in einer französischen Fassung vor. Alle Dokumente und eine Zusammenfassung auf Italienisch und Englisch können auf der Webseite von CardioVasc Suisse unter [www.cardiovascsuisse.ch/strategie](http://www.cardiovascsuisse.ch/strategie) heruntergeladen werden.*

## The strategy in short

Today, diseases of the heart and the vascular system, stroke and diabetes significantly increase the burden of disease in Switzerland. They cause premature deaths and boost the ever rising costs in the health sector. Yet, many of the underlying risk factors can be effectively mitigated by prevention and targeted early detection. In addition, evidence-based and patient-centered healthcare can reduce the suffering of those concerned and improve their quality of life.

The Swiss Federal Office of Public Health and the Conference of Cantonal Health Directors encourage disease-specific strategies complementing the «National Strategy for the Prevention of Non-communicable diseases 2017–2024» (NCD-strategy). So far, no disease-specific strategy for cardiovascular diseases and diabetes exists in Switzerland. A funding body of the relevant organisations (Swiss Heart Foundation, Swiss Society of Cardiology, Union of Vascular Societies of Switzerland and its member societies, Swiss Stroke Society and the various diabetes organisations) has taken up the initiative to close this gap with the development of the «National Strategy for cardiovascular diseases, stroke, and diabetes 2017–2024». This strategy was developed in an interprofessional and interdisciplinary, participative process under the leadership of the network CardioVasc Suisse. Beside a large number of professional societies and organisations from the healthcare system, patient organisations, leagues and other relevant actors were involved.

The strategy defines strategic priorities and creates a common framework for action. This way, existing resources can be better pooled, resulting in higher efficiency and giving more weight to political demands of the involved societies and organisations. At the level of healthcare provision, this strategy shall be implemented in a patient-centered way, putting the needs and often complex situations of the concerned person in the center.

As Switzerland has one of the highest developed healthcare systems worldwide, the strategy can build on the existing and focus on the most important gaps. Often enough, common priorities were identified with a high relevance for all involved actors. All priorities of the strategy are listed in chapter 4. In short, they can be summarized as follows:

### **Priorities of the «National Strategy for cardiovascular diseases, stroke, and diabetes 2017–2024»**

- Strengthen prevention and early detection
- Promote high-quality, integrated and patient-centered care for chronically ill and multimorbid patients
- Optimise acute care of heart attack and stroke
- Reinforce coordination and cooperation at all levels
- Improve the available data(bases) for Switzerland
- Close funding gaps and improve the health policy framework

The strategic tables in the annex reflect concrete objectives and measures in view of the strategic priorities. They outline the common frame of action for the coming eight years. Interprofessional and interdisciplinary groups shall implement the strategy. Special attention will be given to a good coordination among the relevant stakeholders, such as primary healthcare providers, but also with the NCD-strategy and other relevant initiatives.

With regards to the implementation of the decided actions, the actors will organise themselves to ensure a coordinated and concerted approach over the coming years. The progress of the implementation will be reported on periodically.

*The full version of this strategy is available in German and French. All documents, including this present summary as well as its Italian version, can be downloaded from the website of CardioVasc Suisse under [www.cardiovascsuisse.ch/strategie](http://www.cardiovascsuisse.ch/strategie)*



## La stratégie en bref

Les maladies cardio-vasculaires, les attaques cérébrales et le diabète représentent actuellement la principale charge de morbidité en Suisse. Elles provoquent des décès prématurés et participent à la hausse croissante des coûts de la santé. Des mesures de prévention et un dépistage précoce permettent pourtant de lutter efficacement contre nombre de facteurs à l'origine de ces maladies. Des soins centrés sur les patients, adaptés à leurs attentes et à leurs besoins permettent par ailleurs d'atténuer les souffrances des personnes concernées et d'améliorer leur qualité de vie.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) appellent de leurs vœux des stratégies spécifiques venant compléter la « Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017–2024 » (stratégie MNT). La Suisse ne s'est encore jamais dotée d'une stratégie contre les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Un groupe composé de la Fondation Suisse de Cardiologie, de la Société Suisse de Cardiologie, de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires et ses membres, de la Société Cérébrovasculaire Suisse et d'organisations dédiées au diabète a pris l'initiative de combler cette lacune et de proposer la présente « Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017–2024 ». La stratégie a été élaborée selon un processus participatif sous la conduite du réseau CardioVasc Suisse, avec la participation de nombreuses organisations des professions de la santé de différentes disciplines, d'organisations de patients et d'autres acteurs importants.

La stratégie définit des priorités et institue un cadre d'action commun pour les acteurs. Cela permettra à l'avenir de mieux répartir les ressources, de les utiliser avec plus d'efficacité et donnera davantage de poids aux demandes politiques des organisations responsables. La stratégie doit être mise en œuvre dans l'optique des patients, autrement dit être axée sur leurs besoins en matière de santé et leur situation souvent complexe.

Etant donné que la Suisse peut se prévaloir d'un système de santé de pointe, la stratégie s'appuie en grande partie sur ce qui existe déjà. Pour cette raison, elle met l'accent sur les principales lacunes du système. Cette approche a permis d'identifier nombre de priorités communes à tous les acteurs impliqués. Les différentes priorités de la stratégie sont énoncées au chapitre 4. Elles peuvent être résumées de la manière suivante :

### **Priorités de la « Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète, 2017–2024 »**

- Renforcer la prévention et le dépistage précoce
- Promouvoir une prise en charge intégrée, ciblée et de qualité des patients atteints de maladies chroniques et présentant des pathologies multiples
- Améliorer les soins d'urgence dispensés en cas d'infarctus et d'attaque cérébrale
- Intensifier la coordination et la coopération à tous les niveaux
- Développer les bases de données pour la Suisse
- Comblent les lacunes de financement et améliorer les conditions-cadre de la politique sanitaire

Les tableaux figurant en annexe énoncent des objectifs concrets et des mesures précises pour les priorités stratégiques retenues. Ces objectifs et mesures constituent un cadre d'action commun pour les huit prochaines années. La stratégie sera mise en œuvre par des groupes formés de différentes professions et disciplines.

Une attention particulière sera portée à la collaboration avec des acteurs importants, comme les médecins de premier recours, et à une harmonisation avec la stratégie MNT et d'autres initiatives.

Les acteurs s'organiseront à un niveau supérieur pour pouvoir agir de manière coordonnée et concertée dans les années à venir. La progression de la mise en œuvre des mesures fera l'objet de rapports périodiques.

*La présente stratégie existe également en version allemande. Tous les documents ainsi qu'un résumé en italien et en anglais sont disponibles sur le site de CardioVasc Suisse, à l'adresse [www.cardiovascsuisse.ch/strategie](http://www.cardiovascsuisse.ch/strategie).*

## La strategia in breve

Le malattie cardiovascolari, l'ictus e il diabete sono oggi in Svizzera le patologie che maggiormente incidono sulla mortalità precoce e sulla morbosità nel nostro Paese. Esse contribuiscono in maniera significativa al costante aumento dei costi della sanità. Eppure molti dei fattori di rischio di queste patologie si possono combattere più efficacemente con una migliore prevenzione e una mirata diagnosi precoce. Inoltre un'assistenza sanitaria incentrata sui pazienti e adeguata alle loro necessità ed esigenze consente di alleviarne le sofferenze con il conseguente miglioramento della qualità della vita.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) accolgono con favore proposte strategiche specifiche per varie patologie che vanno a integrare la «Strategia nazionale per la prevenzione delle malattie non trasmissibili 2017–2024» (Strategia MNT). Fino a oggi in Svizzera mancava una strategia specifica per le malattie cardiocircolatorie e il diabete. Un gruppo di Società e organizzazioni nazionali promotrici (Fondazione Svizzera di Cardiologia, Società Svizzera di Cardiologia, Unione delle Società Svizzere di malattie vascolari e i suoi membri, Società Cerebrovascolare Svizzera, Associazioni per la lotta contro il diabete) colma ora questa lacuna con la «Strategia nazionale contro le malattie cardiocircolatorie, l'ictus e il diabete, 2017–2024». La presente strategia è stata elaborata sotto la guida della rete CardioVasc Suisse, un'organizzazione mantello che raggruppa diverse società nazionali, ed è frutto di un processo partecipativo dei vari attori coinvolti nella lotta contro queste malattie. Oltre a queste numerose organizzazioni, hanno fornito il proprio contributo molti altri attori che operano nel settore sanitario, in particolare le organizzazioni dei medici di famiglia e di base e le associazioni dei pazienti, nonché altre realtà di rilievo.

La strategia definisce le priorità e propone alle parti in causa un comune quadro d'azione. Ciò dovrebbe consentire in futuro di concertare al meglio le risorse e di sfruttarle in modo più efficiente, conferendo un peso maggiore alle organizzazioni promotrici nel futuro processo strategico-decisionale politico. Nella pratica delle cure sanitarie questa strategia prevede un forte orientamento al paziente, mettendo sempre al centro le sue esigenze in situazioni sempre più complesse.

Poiché attualmente la Svizzera può contare su uno dei sistemi sanitari più sviluppati, la strategia può innestarsi su una base ben strutturata. L'attenzione sarà quindi indirizzata a colmare le maggiori lacune. In varie occasioni sono già stati identificati interessi comuni d'importanza prioritaria per tutte le parti in gioco.

### **Priorità della Strategia nazionale contro le malattie cardiocircolatorie, l'ictus e il diabete, 2017–2024**

- Rafforzare la prevenzione e la diagnosi precoce
- Promuovere un'assistenza di elevato livello qualitativo, integrata e orientata al paziente per i malati cronici e affetti da patologie multiple
- Ottimizzare le cure acute dell'infarto cardiaco e dell'ictus
- Potenziare il coordinamento e la collaborazione a tutti i livelli
- Migliorare le banche dati per la Svizzera
- Colmare le lacune finanziarie e migliorare le condizioni quadro della politica sanitaria

Le ulteriori tabelle allegate a questo documento illustrano la strategia e contengono obiettivi e misure concrete per far fronte alle priorità strategiche specifiche individuate. Esse costituiscono il comune quadro d'azione per i prossimi otto anni. L'attuazione della strategia sarà affidata a gruppi a composizione interprofessionale e interdisciplinare, prestando particolare attenzione ai principali attori, quali i medici di base, e alla strategia MNT, nonché ad altre iniziative.

Nell'intento di attuare le varie misure previste dalla strategia, i rappresentanti dei vari attori si concerteranno in una sovrastruttura organizzativa, in modo di assicurare per gli anni a venire proposte di procedure concordate e coordinate. Periodicamente verranno pubblicati dei rapporti sul grado di avanzamento e sull'attuazione della strategia.

*È disponibile una versione tedesco e francese del testo della strategia. Tutti i documenti e un sommario in italiano e in inglese si possono scaricare dal sito web di CardioVasc Suisse, [www.cardiovascsuisse.ch/strategie](http://www.cardiovascsuisse.ch/strategie).*

# 1. Einleitung

## 1.1 Warum braucht es eine «Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes»?

Gestützt auf die Gesamtschau «Gesundheit2020» des Bundes wurde die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie) erarbeitet [1]. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) begrüssen ergänzende krankheitsspezifische Strategien[2].



Abbildung 1: BAG, Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024; (angepasst) [2]

In Abstimmung mit den Verantwortlichen des BAG und der GDK haben die Trägerorganisationen dieser Strategie die Initiative ergriffen, um mit der «Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes, 2017–2024» eine strategische Lücke zu schliessen.

Der Nutzen einer strategischen Ausrichtung der Akteure liegt auf der Hand. Die Wirkung von Veränderungsprojekten und Initiativen kann durch eine Einbettung in eine übergeordnete Strategie mit langfristigen Zielen gestärkt werden. Damit die Strategie breit abgestützt «Ownership» geniesst und auch tatsächlich umgesetzt wird, ist sie in einem partizipativen Prozess entwickelt worden. Der Mehrwert dieser Kooperation begann bereits während des Strategieentwicklungsprozesses zu greifen: Wissensträger wurden interdisziplinär vernetzt und Austauschforen konnten geschaffen respektive gestärkt werden. Die Akteure haben mit der Entwicklung dieser Strategie ein gemeinsames Ziel verfolgt:

### Ziel des Strategieprojekts

Durch die erarbeiteten strategischen Prioritäten und einen gemeinsamen Handlungsrahmen schaffen die Akteure in den Bereichen Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes Synergien, nutzen die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizienter, stärken das Gewicht der politischen Forderungen, erzielen mehr Wirkung und stärken die Nachhaltigkeit ihrer Massnahmen.

Die Strategie gibt die prioritären Stossrichtungen wieder, nach denen die beteiligten Trägerorganisationen zukünftig ihre Aktivitäten ausrichten und an denen sie gemeinsam arbeiten wollen. Wie in den Strategietabellen aufgezeigt, werden sie dazu Partnerschaften mit weiteren Akteuren suchen, um im Interesse der

Bevölkerung und der Betroffenen sowohl im Bereich der Prävention als auch der Versorgung multidisziplinär und interprofessionell auf allen Ebenen verstärkt zu kooperieren. Die Bildung von Allianzen soll es zudem erlauben, Veränderungen auf politischer Ebene anzustossen.

Der so geschaffene Handlungsrahmen bietet für die kommenden acht Jahre eine transparente und zielgerichtete Orientierung. Es versteht sich dabei von selbst, dass Initiativen und Veränderungsprojekte einzelner Organisationen und Verbände über die strategischen Prioritäten dieser Strategie hinausgehen können.

## 1.2 An wen richtet sich diese Strategie?

Die patientenzentrierte Versorgung ist eines der Leitprinzipien der Strategie. Die Strategie richtet sich jedoch nicht direkt an Patient/innen, sondern an Entscheidungsträger/innen und Fachpersonen der ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachgesellschaften sowie der Förder- und Patientenorganisationen. Gleichzeitig soll sie den politisch Verantwortlichen und der Öffentlichkeit die wichtigsten Stossrichtungen im Bereich der Herz- und Gefässkrankheiten, des Hirnschlags und des Diabetes mellitus aufzeigen.

## 1.3 Wie wurde die Strategie erarbeitet?

Das Strategiedokument wurde von CardioVasc Suisse (CVS) im Auftrag der Schweizerischen Herzstiftung und weiterer Mitgliedorganisationen erstellt. Im Netzwerk von CVS sind national tätige medizinische Fachgesellschaften, Förder- und Patientenorganisationen zusammengeschlossen, die sich für die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes einsetzen<sup>1</sup>. Die Mitgliedorganisationen von CVS sind im Anhang 4 aufgeführt.

Die folgenden Trägerorganisationen finanzierten das Projekt und beteiligten sich mit erheblichen personellen Ressourcen am Prozess.

### Trägerorganisationen der Strategieentwicklung

- Schweizerische Herzstiftung (SHS)
- Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (SGK)
- Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten und ihre Mitglieder (SGA, SGP, SGG, SSVIR, SSMVR)
- Schweizerische Hirnschlaggesellschaft (SHG)
- Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie (SGED), Schweizerische Diabetes-Gesellschaft (SDG) und Schweizerische Diabetes-Stiftung (SDS)

(Abkürzungen siehe Anhang 2)

Die Projektverantwortlichen wurden von einer Steuergruppe beraten, in der neben den Trägerorganisationen jeweils eine Vertretung der Hausärzt/innen, des Bundesamts für Gesundheit und der Kantone (über die GDK) mitwirkten, ausserdem eine Fachperson aus der Gesundheitspolitik und dem Fachbereich der öffentlichen Gesundheit. Im Anhang 4 werden die Steuergruppenmitglieder und ihre Organisationszugehörigkeit namentlich genannt.

An einem Kick-off-Treffen konnte das Projekt einem breiten Kreis von Stakeholdern vorgestellt werden. Vier Arbeitsgruppen definierten anschliessend in einem längeren partizipativen Prozess die krankheitsspezifischen Prioritäten. Die Mitglieder und Leitungspersonen der Arbeitsgruppen wurden von den

1 <http://www.cardiovascsuisse.ch/>

Trägerorganisationen bestimmt. Die Verantwortlichen achteten dabei auf eine ausgewogene Vertretung der Subspezialitäten und Interessensgruppen, insbesondere auf eine Beteiligung der Grundversorger/innen und der nicht-ärztlichen Disziplinen. Patientenorganisationen wurden bereits früh eingebunden und konsultiert. Soweit möglich wurden die verschiedenen Sprachregionen berücksichtigt. Die krankheitsübergreifenden gemeinsamen Ziele und Massnahmen der Strategie wurden in einem Syntheseworkshop bestimmt, an dem neben den Trägerorganisationen weitere Organisationen und Personen beteiligt waren. Im Rahmen der Vernehmlassung äusserten sich weitere Stakeholder zum Entwurf.

(Zusammensetzung der verschiedenen Akteursgruppen – siehe Anhang 4)

---

## 2. Ausgangslage

### 2.1 Mehrwert der Strategie im nationalen Kontext

Der Bundesrat hebt im Bericht zu seiner Gesamtschau «Gesundheit2020» vier Herausforderungen für die kommenden Jahre hervor. Auf die ersten zwei Problembereiche nimmt die «Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes» direkt Bezug:

- **Die chronischen Krankheiten werden zunehmen**
- **Die Versorgung wird sich wandeln müssen**

Die im April 2016 publizierte NCD-Strategie wurde im Rahmen der Gesamtschau «Gesundheit2020» unter der Leitung des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (der gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen für gesundheitspolitische Fragen) entwickelt. Sie versteht sich als Dachstrategie für die fünf wichtigsten Gruppen von nichtübertragbaren Krankheiten (noncommunicable diseases, NCD): Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegserkrankungen und muskuloskeletale Erkrankungen.

Während für andere NCD wie Krebs bereits eine krankheitsspezifische Strategie vorliegt, fehlt eine solche für die zentralen und untereinander zusammenhängenden Themenbereiche der Herz- und Gefässkrankheiten, des Hirnschlags und der Diabetes mellitus-Erkrankungen. Nun wurde in der Schweiz erstmals eine Strategie für diese Bereiche erarbeitet. Sie soll die Ziele und Massnahmen der NCD-Strategie in der Gesundheitsförderung und Prävention krankheitsspezifisch vertiefen und mit Zielen und Massnahmen für die Versorgung vervollständigen. Die Strategie geht auch auf die Herausforderungen ein, die mit der zunehmenden Multimorbidität verbunden sind. Sie schafft somit nicht nur Synergien zur NCD-Strategie, sondern ergänzt andere krankheitsspezifische Strategien wie die «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017» [3], die «Nationale Demenzstrategie 2014–2017» [4] und die «Strategie Muskuloskeletale Krankheiten 2017–2022». Ein Bezug besteht auch zur psychischen Gesundheit, die gemeinsam von Bund, Kantonen und einer Vielzahl weiterer Akteure thematisiert wird. Ebenfalls berücksichtigt werden Konzepte der Versorgung, etwa die neuen Modelle für die Grundversorgung [5].

Auf nationaler Ebene gibt es neben den erwähnten krankheitsspezifischen Strategien weitere Strategien und Programme, die für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes relevant sind. Exemplarisch genannt werden sollen hier die «Nationale Strategie Sucht 2017–2024» [6], das «Nationale Konzept Seltene Krankheiten, 2014» [7] (in Umsetzung bis 2017) und die «Schweizer Ernährungsstrategie 2013–2016» [8]. Akteure anderer relevanter Strategien wurden in den Entwicklungsprozess der vorliegenden Strategie einbezogen, um an Schnittstellen ergänzend zu wirken und Synergiepotenziale zu nutzen.

### 2.2 Internationaler Bezug

Die mit dem Wandel der Lebensgewohnheiten und der Alterung der Bevölkerung eng verbundene Zunahme von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes stellt ein globales Problem dar. Internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Kommission der EU priorisieren seit längerem die Bekämpfung dieser Erkrankungen. Die vorliegende Strategie wurde in Anlehnung an internationale Strategien und Pläne entwickelt, zum Beispiel der «Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020» und die entsprechenden Instrumente des europäischen Regionalbüros der WHO. Zudem wurden die Strategien und Empfehlungen anderer internationaler Organisationen<sup>2</sup> und relevanter internationaler und nationaler medizinischer Fachgesellschaften berücksichtigt.

---

<sup>2</sup> Zum Beispiel des European Heart Network, der World Heart Federation, der World Stroke Organisation und der International Diabetes Federation.

## 2.3 Einbettung der Strategie

Die vorliegende Strategie untersteht – wie alle vergleichbaren Strategien – den übergeordneten Rahmenvorgaben auf nationaler und internationaler Ebene. Dazu gehören die Rechtsbestimmungen im Gesundheitsbereich ebenso wie die Vorgaben der Gesundheitspolitik. Auf der strategischen Ebene knüpft die Strategie direkt an die NCD-Strategie an. Für die operative Ebene ist die Strategie ein Richtungs- und Impulsgeber, zum Beispiel für Guidelines, evidenzbasierte Statements der Fachgesellschaften und Programme der Gesundheits- und Patientenorganisationen. Gleichzeitig baut die Strategie auf den bestehenden Arbeiten der operativen Ebene auf. Sie ergänzt, unterstützt und bündelt die Vielzahl der laufenden Programme, Projekte und Initiativen.



Abbildung 2: Bezug der strategischen Ebene zu anderen Ebenen des Gesundheitswesens (eigene Darstellung)

## 3. Grundlagen

### 3.1 Krankheitslast<sup>3</sup> und Trends

Zu den Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen Krankheiten des Herzens (zum Beispiel Herzinfarkt und Herzinsuffizienz), durchblutungsbedingte Krankheiten des Gehirns (zum Beispiel Hirnschlag) und andere Durchblutungsstörungen (zum Beispiel arterielle Verschlusskrankheit der Beine und Lungenembolie). In Kapitel 4 wird ausführlicher auf die wichtigsten Krankheitsbilder eingegangen, auf die sich diese Strategie bezieht, insbesondere auf das Phänomen der Multimorbidität und die bedeutendsten Risikofaktoren. Speziell hervorgehoben werden soll bereits an dieser Stelle der Diabetes, eine verbreitete chronische Stoffwechselkrankheit, die zugleich einen wesentlichen Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellt. Personen mit Diabetes haben ein zwei- bis vierfach erhöhtes Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko. Herz-Kreislauf-Krankheiten wiederum sind die Haupttodesursache bei Diabetes-Patient/innen<sup>4</sup>. Deshalb werden in dieser Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes als gemeinsames Aktionsgebiet behandelt. Sie alle gehören zu den sogenannten chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten.

#### Mortalität

In der Schweiz – wie in vielen anderen Ländern – sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen seit Jahrzehnten die häufigste Todesursache. Rund ein Drittel aller Todesfälle geht auf eine Herz-Kreislauf-Erkrankung zurück. Mit zunehmendem Alter steigt dieser Anteil. Gemäss der Todesursachenstatistik des Bundes sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den über 75-jährigen Männern für 37 Prozent, bei den Frauen gar für 41 Prozent der Todesfälle verantwortlich [9]. Bei einer Mehrzahl der verstorbenen Personen werden mehrere Krankheiten als Todesursachen registriert, was die Häufigkeit der Multimorbidität in der Bevölkerung spiegelt [10].

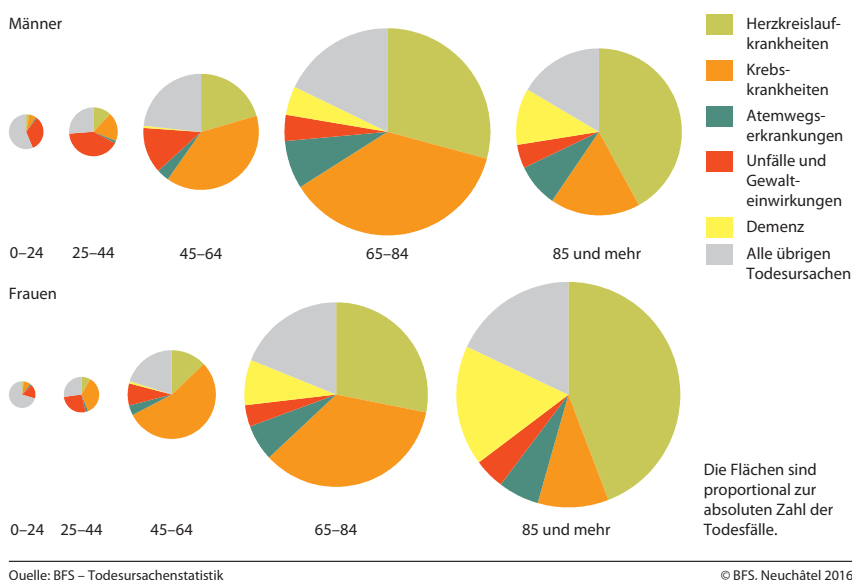


Abbildung 3 : Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2014 [11]

3 Die Krankheitslast (burden of disease) ist ein Begriff aus der Epidemiologie. Sie ergibt sich aus der Häufigkeit und Schwere einer Erkrankung, aus den gesundheitsbezogenen (zum Beispiel körperliche Behinderung), wirtschaftlichen (zum Beispiel Verlust des Arbeitsplatzes) und sozialen (zum Beispiel Einsamkeit) Konsequenzen, die eine Krankheit nach sich ziehen kann und wird als Verlust an gesunden Lebensjahren in disability-adjusted life years (DALYs) gemessen.

4 <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/diabetes/> (accessed: 4.11.2015)



Auch bei den sogenannten vorzeitigen Todesfällen – also den Todesfällen, die sich vor dem 70. Lebensjahr ereignen – nehmen diese Erkrankungen in der Schweiz einen Spitzenplatz ein. Über 10 Prozent der vorzeitigen Todesfälle bei Frauen und 17 Prozent bei Männern sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen (BFS 2012 in [12]). Das stellt diese Krankheitsgruppe auf eine vergleichbare Ebene mit den malignen Tumoren, welche mit 16 Prozent den höchsten Anteil an vorzeitig verlorenen Lebensjahren verursachen (WHO in [9]). Ein genauerer Blick auf die Todesursachen zeigt, dass in der Schweiz die ischämischen Herzkrankheiten den ersten Platz in der Liste der 25 Diagnosen einnehmen, die am häufigsten zu vorzeitigen Todesfällen führen – dicht gefolgt von zerebrovaskulären Todesfällen (Platz 3) und «anderen kardiovaskulären Krankheiten» (Platz 8) [13].

Die Anstrengungen zur verstärkten Prävention und zur besseren Versorgung der Erkrankten zeigen heute Wirkung. Die Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in den letzten zehn Jahren in den meisten Ländern deutlich gesunken, ebenso die Mortalität nach Herzinfarkt und Hirnschlag [14]. Diese Entwicklung trifft auch auf die Schweiz zu. Der Anteil der Todesfälle durch Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems ist hierzulande stark gesunken, bei Männern deutlicher als bei Frauen [1]. Das Risiko, an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, hat sich in 18 Jahren fast halbiert, dasselbe gilt für die Hirnschlag-Mortalität [11]. Auch der Anteil der Todesfälle infolge einer Diabetes-Erkrankung ist markant gesunken. Bei den Frauen hat er sich zwischen 1995 und 2009 gar halbiert [15].

Die Gründe für diese Entwicklung sind in verschiedenen europäischen Ländern analysiert worden. Am Beispiel der koronaren Herzkrankheit zeigt sich dabei folgendes Ergebnis: Rund 40 Prozent der Abnahme der Todesfälle lassen sich durch verbesserte Therapien und über 50 Prozent durch reduzierte Risikofaktoren erklären [16]. Allerdings könnte sich die «Adipositas-Pandemie» in Kombination<sup>5</sup> mit Bluthochdruck, abnormen Blutfettwerten und Typ-2-Diabetes bremsend auf den positiven Trend auswirken. Das Mortalitätsrisiko steigt massiv, wenn gleichzeitig mehrere Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ein Diabetes vorliegen. So ist zum Beispiel belegt, dass die Lebenserwartung von 60-jährigen Männern, die einen Diabetes haben und zudem einen Herzinfarkt oder Hirnschlag erleiden, durchschnittlich um 12 Jahre verkürzt wird. Bei Frauen ist dieser Effekt noch ausgeprägter [17].

## **Morbidität**

Die rückläufige Mortalität in allen vier Krankheitsgruppen erlaubt noch keine Entwarnung. Denn die absolute Zahl der Personen, die an diesen Krankheiten und ihren Folgen leiden, nimmt zu. Dazu tragen nicht nur veränderte Lebensgewohnheiten bei, sondern auch die erhöhte Lebenserwartung und die besseren Behandlungsmöglichkeiten.

Viele Menschen leiden heute zudem an mehr als einer chronischen Erkrankung. Die sogenannte Multimorbidität betrifft vor allem die Altersgruppe der über 65-Jährigen, von denen mehr als die Hälfte mindestens eine chronische Krankheit aufweist. Über 20 Prozent der 65- bis 69-Jährigen und fast 45 Prozent der Personen ab 85 Jahren leiden an mehreren chronischen Krankheiten [9]. In der folgenden Grafik wird der Anteil der Personen mit mehreren chronischen Krankheiten für verschiedene Altersgruppe zuunterst in dunkelblau aufgezeigt.

---

5 in der Fachwelt als metabolisches Syndrom bezeichnet

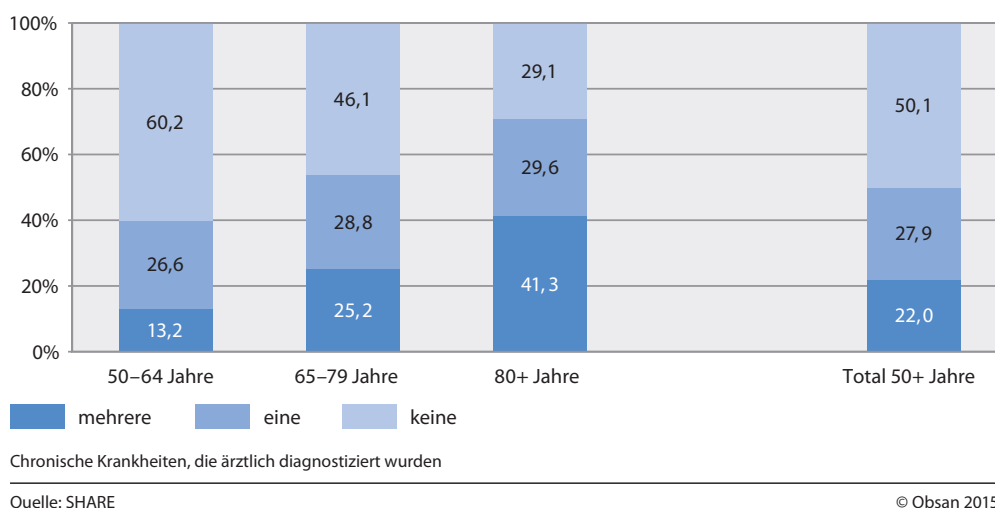


Abbildung 4: Anteil Personen 50+ mit keiner, einer oder mehreren chronischen Krankheiten [9]

### Erkrankungen des Herzens

Die bei weitem häufigste Erkrankung des Herzens ist die koronare Herzkrankheit (KHK), die auch die Ursache des Herzinfarkts darstellt. In einigen Ländern hat die Hospitalisationsrate für Herzinfarkt abgenommen [18], in der Schweiz aber ist sie zwischen 2002 und 2012 gestiegen [19]. Betroffen sind vor allem Personen über 55 Jahren, Männer mehr als Frauen. Die Frühmortalität durch Herzinfarkt hat sich aber in den vergangenen drei Jahrzehnten auch in der Schweiz mehr als halbiert. Dies ist wesentlich der frühen Wiedereröffnung von verschlossenen Herzkranzarterien zu verdanken, hierzulande fast ausschliesslich durch Ballonkatheter-Eingriffe [20]. Dennoch bleibt der Herzinfarkt die häufigste kardiovaskuläre Todesursache.

Die sinkende Herzinfarktmortalität führt zu einer steigenden Anzahl von Langzeitüberlebenden mit einer koronaren Herzerkrankung. Das ist einer der Gründe für die zunehmende Verbreitung der Herzinsuffizienz, die im fortgeschrittenen Stadium die Lebensqualität stark einschränkt. Nach einem Herzinfarkt bleibt zudem das Risiko eines erneuten Herzinfarkts oder einer anderen Komplikation der Arteriosklerose wie Hirnschlag oder periphere arterielle Verschlusskrankheit hoch. Besorgniserregend ist deshalb, dass Patient/innen mit bekannter KHK noch viel zu selten von wirkungsvollen sekundärpräventiven Massnahmen und einer strukturierten Rehabilitation profitieren [21]. Gerade bei diesen Personen bestünde ein hohes Potenzial, durch verhaltenspräventive Massnahmen (zum Beispiel Rauchstopp, ausgewogene Ernährung, mehr Bewegung, Gewichtsabnahme), aber auch medizinische Prävention (zum Beispiel Einstellung des Blutdrucks, des Blutzuckers und der Blutfette) ein Fortschreiten der Krankheit zu bremsen und weitere akute Ereignisse und Todesfälle zu vermeiden. Um die KHK in der Schweiz zu vermindern, braucht es eine Kombination von wirkungsvollen Präventions- und Früherkennungsmassnahmen, welche einerseits bevölkerungsweit greifen und andererseits gezielt bei Personen mit erhöhtem Risiko ansetzen.

Die medizinische Prävention muss heute ihr Augenmerk auch auf das in der älteren Bevölkerung gehäuft vorkommende Vorhofflimmern richten [22]. Eine frühe Diagnose und adäquate Behandlung trägt wesentlich dazu bei, Hirnschläge zu verhindern.

Die Zahl der Menschen mit angeborenem Herzfehler, die das Erwachsenenalter erreichen, steigt dank operativer oder interventioneller Korrektur [23]. Ihre spezifischen Bedürfnisse sind in der Versorgung zu berücksichtigen.

## Erkrankungen der Gefässe

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) ist eine Erkrankung, die meist bei älteren Personen auftritt und mit einem hohen Mortalitätsrisiko einhergeht. Todesfälle bei diesen Patient/innen sind häufig durch die gleichzeitig geschädigten Herzkranzarterien (Herzinfarkt) oder Hirnarterien (Hirnschlag) bedingt. Extrapolierte Daten des internationalen REACH-Registry zeigen, dass jede fünfte männliche, in der Schweiz lebende Person über 60 Jahre eine arterielle Verschlusskrankheit an den unteren Extremitäten aufweisen dürfte. Die meisten Betroffenen sind sich dessen nicht bewusst, weil die Erkrankung oft über lange Zeit keine Beschwerden verursacht. In fortgeschrittenen Stadien führt die PAVK wegen ungenügender Durchblutung unter Belastung zur sogenannten Claudicatio intermittens (Schaufensterkrankheit) und später zu Ruheschmerzen. Auch kann es infolge der PAVK zu nicht heilenden chronischen Wunden oder gar Beinamputationen kommen.

Trotz den Präventionsbestrebungen und verbesserten invasiven und nicht-invasiven Behandlungsmassnahmen hat die Prävalenz der PAVK und ihrer Komplikationen in den letzten Jahren tendenziell zugenommen. Dies ist vor allem auf den zunehmenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung und auf die Ausbreitung gewisser Risikofaktoren – insbesondere der Diabetes-Erkrankungen – zurückzuführen und dürfte sich in Zukunft noch akzentuieren.

In der Schweiz erleiden pro Jahr etwa 6400 Patient/innen erstmalig eine venöse Thromboembolie. Sie benötigen in der Folge über Monate und oft Jahre eine Blutverdünnung (Antikoagulation). Thromboembolische Erkrankungen treten gelegentlich spontan, häufig jedoch nach chirurgischen Eingriffen, bei Bettlägerigkeit und in der Schwangerschaft auf. Sie können zu tödlichen Komplikationen wie einer Lungenembolie führen. Als Langzeitfolge kann es zu einer chronisch venösen Insuffizienz kommen, deren schwerwiegendste Form, das Ulcus cruris (venöses offenes Bein), erhebliche volkswirtschaftliche Konsequenzen nach sich zieht. Die Varikose («Krampfadern») und ihre medizinischen Folgen betreffen gemäss einer Studie etwa 16 Prozent der Schweizer Bevölkerung und sind ebenfalls mit dem Risiko einer chronisch venösen Insuffizienz und von Ulcera cruris verbunden [24].

## Hirnschlag und andere zerebrovaskuläre Erkrankungen

Dank wirkungsvoller Präventionsmassnahmen treten heute weniger neue Hirnschläge auf (sinkende Inzidenz). Gleichzeitig steigt jedoch die absolute Zahl derer, die an einer zerebrovaskulären Krankheit leiden (steigende Prävalenz). Dies erklärt sich vor allem durch den wachsenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung und die verbesserten Überlebenschancen nach einem Hirnschlag. Entsprechend steigt in der Schweiz auch die Zahl der wegen Schlaganfall hospitalisierten Personen weiter an [19].

Die Inzidenz des Hirnschlags nimmt mit dem Alter zu. Männer erleiden häufiger einen Hirnschlag als Frauen. In den letzten Jahren wurde vermehrt nach den Gründen von Hirnschlägen bei jüngeren Personen geforscht. Gemäss einer kürzlich veröffentlichten Studie fand man bei über 70 Prozent der jüngeren Patient/innen modifizierbare vaskuläre Risikofaktoren. Viele Hirnschläge bei jüngeren Personen wären also durch effektive Prävention vermeidbar [26].

In der Öffentlichkeit und selbst in der Fachwelt ist noch wenig bekannt, dass ein wesentlicher Teil der Demenzerkrankungen – gemäss Studien zwischen 15 und 18 Prozent – nicht auf neurodegenerative Erkrankungen wie die Alzheimerkrankheit zurückzuführen ist, sondern auf krankhafte Veränderungen der Hirngefässe. Zudem gibt es häufig Demenz-Mischformen, bei denen sowohl neurodegenerative als auch vaskuläre Faktoren eine Rolle spielen. Die vaskulären Ursachen der Demenz sind beeinflussbar. Die wissenschaftliche Evidenz legt nahe, dass die Kontrolle der vaskulären Risikofaktoren eine wichtige Präventionsstrategie für Demenzerkrankungen darstellt [27]. Im Wissen um die weit verbreitete Angst der Bevölkerung vor einer Demenzerkrankung sollte dieses Präventionspotenzial stärker genutzt werden.

## Diabetes mellitus

In dieser Strategie steht der sehr häufige Typ-2-Diabetes im Vordergrund, der stark vom Lebensstil mitbedingt und oft mit Übergewicht assoziiert ist. Viele Fälle von Typ-2-Diabetes wären durch verstärkte Prävention und bessere Früherkennung vermeidbar. Der seltenere Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunkrankheit und tritt oft bereits im Kindes- und Jugendalter auf.

Weltweit und auch in der Schweiz zeichnet sich ein Trend zur Zunahme von Diabetes mellitus ab – insbesondere bei älteren Personen und bei Männern. In der Altersgruppe der über 75-Jährigen wurde Diabetes bei 18 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen schon einmal im Leben diagnostiziert (BFS 2014; Bopp et al. 2011 in [9]). Als Ursache für diesen Anstieg ist vor allem die Ausbreitung des Übergewichts in der Bevölkerung bedeutsam. Allerdings spielen auch genetische Faktoren eine Rolle, was unter anderem erklärt, warum die Erkrankung in gewissen Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund gehäuft vorkommt.

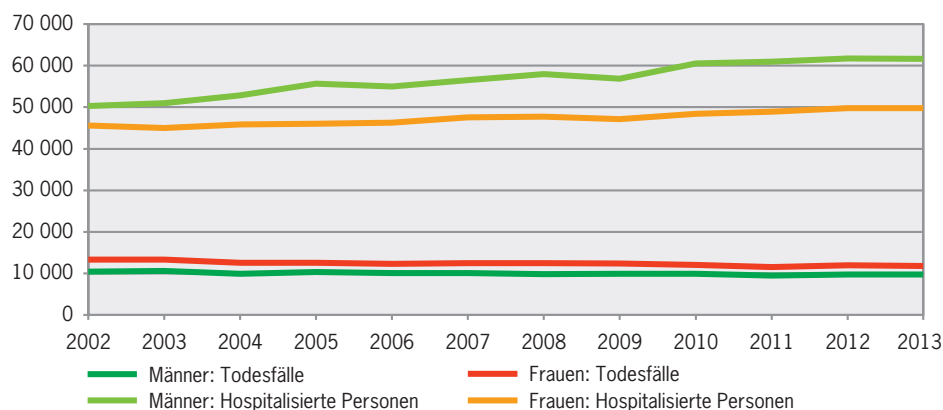
Bei Patient/innen mit einem Typ-2-Diabetes ist das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Hirnschlag verdoppelt, jenes für eine arterielle Verschlusskrankheit gar verfünffacht [28] [29]. Die mit der Krankheit einhergehende Gefässschädigung kann zu weiteren schwerwiegenden Komplikationen führen: zu terminaler Niereninsuffizienz, die oft mit Dialyse oder Nierentransplantationen behandelt werden muss; zum sogenannten diabetischen Fussyndrom, das nicht selten Amputationen bedingt; und zu Gefässerkrankungen der Augen, bis hin zur Erblindung.

Während Diabetes heute in den meisten Fällen gut behandelt werden kann und nur noch selten direkt zum Tode führt, bleiben seine Auswirkungen schwerwiegend: Komplikationen, Behinderungen und verlorene Lebensqualität.

## Gesellschaftliche Auswirkungen und Gesundheitskosten

Die Hauptlast der Herz- und Gefässkrankheiten, von Hirnschlag und Diabetes tragen die betroffenen Personen und ihre Angehörigen. Daneben belasten die Krankheiten auch die Gesellschaft durch gesundheitsbezogene (zum Beispiel körperliche Behinderung), wirtschaftliche (zum Beispiel Verlust der Arbeitsfähigkeit) oder soziale Folgen (zum Beispiel Vereinsamung) [30].

Immer mehr Menschen in der Schweiz leiden an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung, an Diabetes oder mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität). Dies steigert den Ressourcenverbrauch. Diese Entwicklung ist die grösste beeinflussbare Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in unserem Land und sollte konsequent angegangen werden. Bereits heute gibt es Versorgungsengpässe, beispielsweise beim Gesundheitspersonal. Die folgende Grafik zeigt in den beiden oberen Linien die stetig steigende Anzahl von Hospitalisierungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der Trend betrifft beide Geschlechter.



Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (eCOD) und Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS) © BFS, Neuchâtel 2015

Abbildung 5: Todesfälle und Hospitalisierungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen [31]

In der Altersgruppe der 45- bis 84-Jährigen erfolgen viele Spitaleinweisungen wegen ischämischer Herzkrankheiten, zu denen auch der akute Herzinfarkt gehört. Bei der ältesten Bevölkerungsgruppe wiederum ist ein hoher Anteil der Spitalaufenthalte auf Herzinsuffizienz oder Hirnschlag zurückzuführen [19].

Der steigende Ressourcenbedarf treibt die Gesundheitskosten in die Höhe. Die direkten medizinischen Kosten aller chronischen Erkrankungen (NCD) beliefen sich im Jahr 2011 auf über CHF 51 Mrd. und machten 80 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus. Wie in der folgenden Grafik aufgezeigt, sind die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Diabetes mit total CHF 11,3 Mrd. pro Jahr die Spitzenreiter bei den direkten Kosten [30].

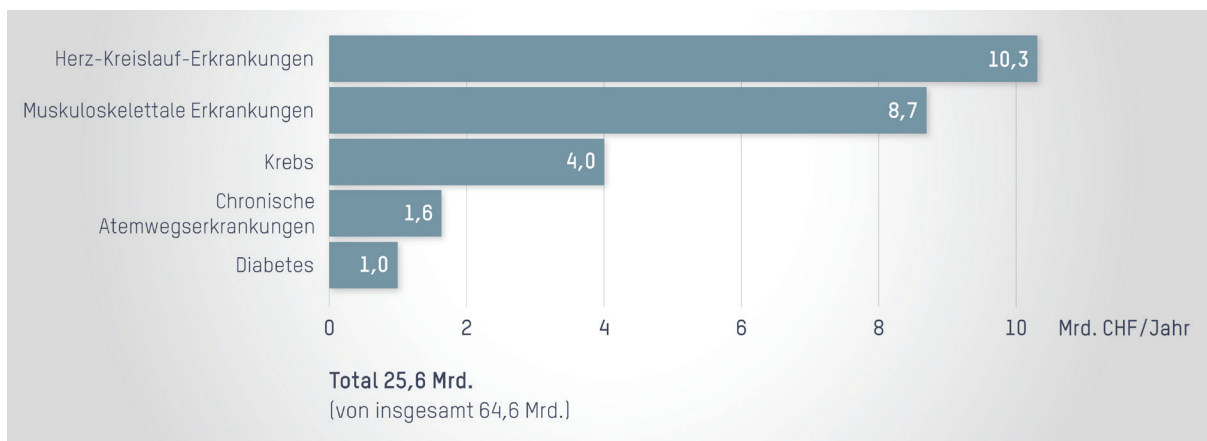
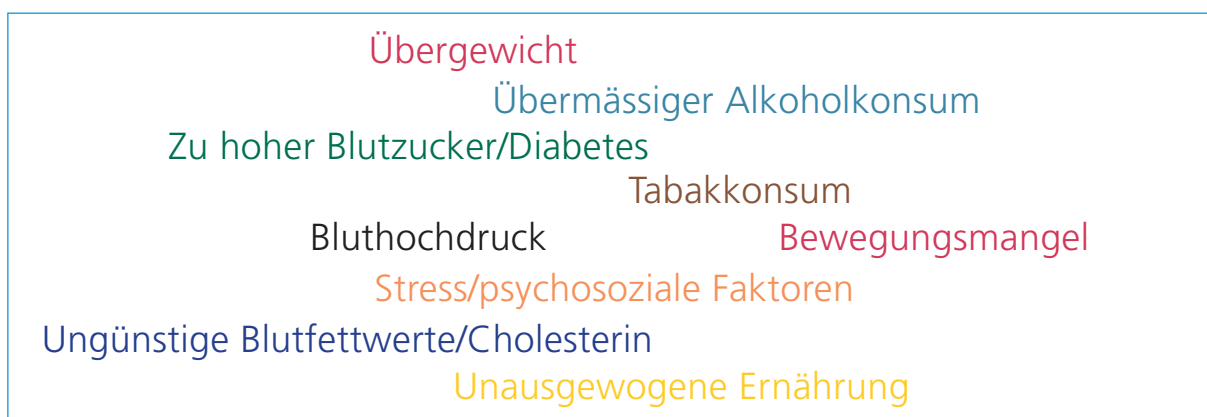


Abbildung 6: Direkte Kosten im Jahr 2011

Hohe Kosten entstehen auch indirekt über Produktivitätsverluste, verursacht durch Morbidität, Behinderung, vorzeitige Mortalität und die Pflege der Betroffenen durch Angehörige. Die indirekten Kosten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes werden auf bis zu CHF 8 Mrd. jährlich geschätzt [12].

### 3.2 Risikofaktoren

Nach neueren Schätzungen sind für 60 bis 80 Prozent der Herz-Kreislauf-Erkrankungen modifizierbare Risikofaktoren verantwortlich, die durch Lebensstilanpassungen oder medizinische Prävention günstig beeinflusst werden können [32]. Die Herz- und Gefässkrankheiten und der Hirnschlag haben zahlreiche gemeinsame modifizierbare Risikofaktoren. Zu diesen zählen insbesondere:



Die meisten dieser Risikofaktoren spielen auch für die Entstehung von Typ-2-Diabetes und seinen Komplikationen eine wesentliche Rolle.

Daneben gibt es Risikofaktoren, die nicht modifizierbar sind. Zu ihnen gehören insbesondere der Alterungsprozess und bestimmte genetische Voraussetzungen, die zu einem familiär gehäuften Auftreten

von Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen können, zum Beispiel die familiäre Hypercholesterinämie. Neben den Risikofaktoren beeinflussen auch die sogenannten Gesundheitsdeterminanten die hier besprochenen Krankheiten. Auf das Determinantenmodell geht die NCD-Strategie näher ein ([1], Seite 19).

Ein Grossteil der Erkrankungen und der damit verbundenen Mortalität, der beeinträchtigten Lebensqualität und der volkswirtschaftlichen Auswirkungen könnte durch eine wirkungsvolle Prävention, gezielte Früherkennungsmassnahmen und eine frühzeitige und evidenzbasierte Behandlung vermieden werden. Modifizierbar sind etwa der Tabak- und Alkoholkonsum, die Ernährung, das Bewegungsverhalten, Übergewicht und Stress. Aber auch Blutfettwerte, Bluthochdruck und Diabetes können positiv beeinflusst werden – nicht nur durch Medikamente, sondern auch durch den Lebensstil.

Das Zusammenwirken verschiedener Risikofaktoren potenziert sich, erhöht das Erkrankungsrisiko erheblich und reduziert die Lebenserwartung. Das hat eine kürzlich in der Schweiz veröffentlichte Studie eindrücklich aufgezeigt. Personen, die gleichzeitig vier lebensstilbezogene Risikofaktoren aufwiesen (Tabakkonsum, übermässigen Alkoholkonsum, unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung), hatten eine ähnliche Lebenserwartung wie Personen, die zehn Jahre älter waren und keinen dieser Risikofaktoren aufwiesen<sup>6</sup> [33].

Ein Grossteil der Schweizer Bevölkerung weist heute einen oder mehrere dieser Risikofaktoren auf. Im Folgenden werden ausgewählte Risikofaktoren beispielhaft beleuchtet.

In der Schweiz konsumiert ein Viertel der über 15-Jährigen Tabak (17 Prozent rauchen täglich und 8 Prozent gelegentlich)<sup>7</sup>. Der Raucheranteil liegt damit weiterhin auf einem hohen Niveau, Tendenz leicht sinkend. Beachtenswert ist, dass über die Hälfte der Rauchenden einen Aufhörwunsch signalisiert. Deutlich rückläufig ist gemäss Angaben von Suchtmonitoring Schweiz seit 2002 die Zahl der Personen, die dem Tabakrauch anderer ausgesetzt sind. Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen, das seit Mai 2010 in Kraft ist, hat die abnehmende Tendenz noch verstärkt [34].

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 stieg die Prävalenz der Diagnose Bluthochdruck zwischen 1997 und 2012 deutlich an. 27 Prozent der erwachsenen Bevölkerung hatten im Jahr 2012 die ärztliche Diagnose Bluthochdruck, Tendenz zunehmend mit steigendem Alter, Männer etwas häufiger als Frauen [35].

Besonders beunruhigend ist die deutliche Zunahme von Übergewicht und Adipositas in der Bevölkerung. Zwischen 1992 und 2012 stieg der Anteil übergewichtiger Personen ab 15 Jahren von 30 Prozent auf 41 Prozent an [36]. Männer sind stärker betroffen als Frauen. Zu beachten ist dabei insbesondere der hohe Anteil an übergewichtigen Kindern und Jugendlichen.

6 «Hazard ratios for the combination of all four risk factors compared to none were 2.41 (1.99–2.93) in men and 2.46 (1.88–3.22) in women. For 65-year-olds, the probability of surviving the next 10 years was 86% for men with no risk factors and 67% for men with four. In women, the respective numbers were 90% and 77%. In 75-year-olds, probabilities were 67% and 35% in men, and 74% and 47% in women... The combined impact of four behavioural NCD risk factors on survival probability was comparable in size to a 10-year age difference and bigger than the gender effect.» [33]

7 <http://www.suchtmonitoring.ch/de/1.html>, 2014, accessed 5.11.2015

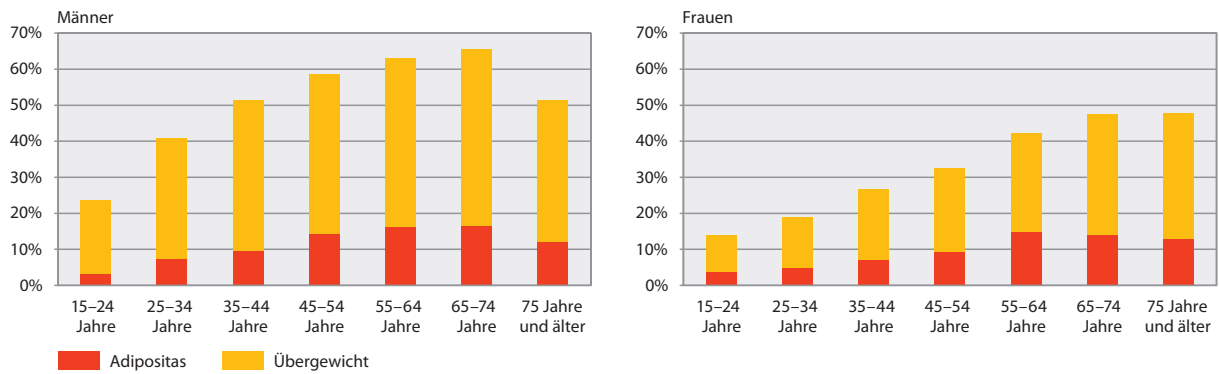


Abbildung 7: Übergewicht und Adipositas, 2012 [19]

Das Beispiel Adipositas weist auf ein weiteres Phänomen hin: Nicht nur die Risikofaktoren, sondern auch die Krankheitshäufigkeiten unterscheiden sich vielfach nach dem sozioökonomischen Status. So kommen zum Beispiel Übergewicht und Adipositas bei Personen mit einem niedrigen Bildungsstand häufiger vor [9].

→ **Weiterführende Informationen zu den modifizierbaren Risikofaktoren:**

Eine Publikation der Schweizerischen Herzstiftung<sup>8</sup> zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Risikofaktoren nach Geschlecht und Altersgruppe und das jeweilige Optimierungspotenzial auf [37]. Weiterführende Informationen zu den Risikofaktoren und den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention finden sich zudem in der NCD-Strategie [1].

8 [https://www.swissheart.ch/fileadmin/user\\_upload/Bilder\\_Inhalt/5.0\\_Ueber\\_uns/5.1\\_Aufgaben\\_u\\_Aktivitaeten/HerzStatistik.pdf](https://www.swissheart.ch/fileadmin/user_upload/Bilder_Inhalt/5.0_Ueber_uns/5.1_Aufgaben_u_Aktivitaeten/HerzStatistik.pdf)

---

## 4. Strategie

### 4.1 Vision und langfristige Ziele

Die folgende Vision leitet die Strategie langfristig.

#### **Vision der Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes 2017–2024**

In der Schweiz leiden weniger Menschen an Herz- oder Gefässkrankheiten, Hirnschlag oder Diabetes und deren Folgen. Betroffene haben eine gute Lebensqualität und sterben weniger häufig vorzeitig.

Im Hinblick auf diese Vision stellt sich die Strategie in den Dienst der übergeordneten langfristigen Ziele der NCD-Strategie.

#### **Übergeordnete langfristige Ziele der NCD-Strategie[1]**

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

### 4.2 Leitprinzipien

Zwei sich ergänzende Hauptanliegen fassen die Leitprinzipien der vorliegenden Strategie zusammen:

#### **Der Mensch steht im Mittelpunkt**

- Betroffene als Akteure – Partnerschaftliche Rollenverständnisse und bedürfnisgeleitete Angebote fördern
- Selbstwirksamkeit und -verantwortung in Prävention und Versorgung stärken
- Die psychische Dimension von chronischen Erkrankungen in der Schulung und Angebotsausgestaltung auf allen Ebenen berücksichtigen
- Chancengerechtigkeit berücksichtigen

#### **Streben nach Qualität und Effizienz prägt die Umsetzung**

- Neue Massnahmen auf Bestehendem aufbauen und Komplementarität anstreben
- Koordination, Kooperation und effiziente Kommunikation zwischen den Akteuren, Disziplinen und Professionen
- Nicht-ärztliches Fachpersonal verstärkt einbeziehen
- Bestehende Evidenz und Erfahrungen aus dem In- und Ausland beachten
- Neue Versorgungsmodelle<sup>9</sup> bei der Empfehlung der Massnahmen berücksichtigen

---

9 Zum Beispiel [www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf13/versorgungsmodelle_d.pdf).



### 4.3 Krankheitsgruppen und Schnittstellen

In dieser Strategie geht es um spezifische Fragestellungen zu Herz- oder Gefässkrankheiten, Hirnschlag oder Diabetes – im gesamten Kontinuum von Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnose und Behandlung bis hin zur Palliation. Den Akteuren ist bewusst, dass sich die Realität von Patient/innen oft komplex präsentiert und eine ganzheitliche Betrachtung erfordert. Viele Menschen leiden an mehreren chronischen Krankheiten. Sowohl die präventive Beratung als auch die Behandlung und Betreuung der Betroffenen im Versorgungssystem muss deshalb patientenzentriert erfolgen und kann nicht nach Krankheitsgruppe künstlich kategorisiert werden. Dies wird auf der operativen Ebene berücksichtigt. Die hausärztliche Betreuung in der Grundversorgung ist naturgemäss thematisch integriert und ganzheitlich.

Dennoch definierten die Akteure bei der Planung dieser Strategie in einem ersten Schritt vier «Krankheitsgruppen» und arbeiteten zuerst parallel in vier Arbeitsgruppen. In einem zweiten Schritt bestimmten die Beteiligten die krankheitsübergreifenden, gemeinsamen Prioritäten. Die vier Arbeitsgruppen grenzten in ihren Themenfeldern ihren Fokus auf die Krankheiten mit der höchsten Krankheitslast und dem stärksten Handlungsbedarf ein. Gewisse Krankheiten wurden dabei für diese Strategiephase (2017–2024) bewusst nicht aufgenommen respektive zurückgestellt (siehe Fussnoten). Es handelt sich dabei ebenfalls um wichtige Krankheitsbilder mit hohem Leidensdruck für die Betroffenen. Die Akteure sind sich deren Bedeutung bewusst. Bei jeder Überarbeitung dieser Strategie sollte die Krankheitslast und der Handlungsbedarf – auch im Hinblick auf diese Erkrankungen – neu eingeschätzt werden.

Folgende Erkrankungen werden in der vorliegenden Strategie 2017–2024 prioritär angegangen:

<b>Krankheitsgruppe Herz<sup>10</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Koronare Herzerkrankung</li><li>• Hypertensive Herzerkrankung</li><li>• Herzklappen-Erkrankungen</li><li>• Herzinsuffizienz mit reduzierter und erhaltener Pumpfunktion</li><li>• Vorhofflimmern</li><li>• Angeborene Herzfehler</li></ul>	<b>Krankheitsgruppe Gefässe<sup>11</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Periphere arterielle Verschlusskrankheit (nicht-koronare Gefässe)</li><li>• Dilatative Arteriopathien (Aneurysma)</li><li>• Venöse thromboembolische Erkrankungen</li><li>• Chronisch venöse Insuffizienz</li><li>• Varikose</li></ul>
<b>Krankheitsgruppe Hirnschlag</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ischämischer Hirnschlag</li><li>• Intrakranielle Blutung</li><li>• Transitorische ischämische Attacke</li><li>• Stenosierende Erkrankungen der hirnversorgenden Arterien</li><li>• Sinusvenenthrombosen</li><li>• Vaskuläre Demenz /Leukoenzephalopathien</li></ul>	<b>Krankheitsgruppe Diabetes<sup>12</sup></b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hauptfokus: Diabetes mellitus Typ 2</li><li>• Prädiabetes</li><li>• Diabetes mellitus Typ 1 (Nebenfokus)</li><li>• Gestationsdiabetes bzgl. Prävention Typ 2</li></ul>

Tabelle A: Eingrenzung des Themenfeldes in den Krankheitsgruppen

10 Ausserhalb des priorisierten Themenfeldes der AG Herz: Myokarditis, Endokarditis, Kardiomyopathien, seltene valvuläre Herzerkrankungen (Aorteninsuffizienz, Mitralklappenstenose, pulmonale und trikuspidale Valvulopathien).

11 Ausserhalb des priorisierten Themenfeldes der AG Gefässe: Lymphatische Erkrankungen, zum Beispiel Lymphödem, Gefässmissbildungen und entzündliche Gefässkrankheiten.

12 Ausserhalb des priorisierten Themenfeldes der AG Diabetes: MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young).

## Wichtige Schnittstellen zwischen den Krankheitsgruppen

Allen Krankheitsgruppen gemeinsam sind die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes, wie sie im Kapitel 3 aufgeführt sind.

Daneben stellt die Arteriosklerose eine starke Verbindung zwischen den vier Gruppen dar. Einerseits ist sie die unmittelbare Ursache der meisten kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen. Andererseits ist die Arteriosklerose auch eine der wichtigsten Folgeerkrankungen des Diabetes. Auch andere Krankheitsbilder verbinden mehrere Krankheitsgruppen. So stellt das Vorhofflimmern ein wichtiges, nicht direkt arteriosklerosebedingtes Risiko für einen Hirnschlag und in geringerem Mass auch für einen peripheren Arterienverschluss dar.

### 4.4 Prioritärer Handlungsbedarf

Im Rahmen der oben beschriebenen Krankheitsgruppen und Schnittstellen (inkl. Multimorbidität) haben die Akteure den prioritären Handlungsbedarf in drei Feldern definiert:

#### Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung

#### Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)

#### Handlungsfeld III: Daten, Qualität und Finanzierung

Die Schweiz hat bekanntlich eines der höchstentwickelten Gesundheitssysteme weltweit – vieles funktioniert bereits heute gut. Darauf kann aufgebaut werden. Die Strategie fokussiert deshalb auf die Lücken im bestehenden System. Basierend auf der vorgängigen Situationsanalyse (siehe Kapitel 3) haben die Arbeitsgruppen mit einer Ist/Soll-Analyse die wichtigsten Defizite in der Gesundheitsförderung und Prävention, der Früherkennung, der Versorgung der Betroffenen und den übergeordneten Funktionen des Gesundheitssystems (zum Beispiel Daten, Forschung) identifiziert. Diese Lücken wurden dann nach vorgegebenen Kriterien priorisiert. Neben der Krankheitslast und der Bedarfseinschätzung fielen für die strategische Auswahl auch das eingeschätzte Veränderungspotenzial<sup>13</sup> sowie das Handlungspotenzial der beteiligten Akteure ins Gewicht.

Die folgende Tabelle B zeigt den prioritären Handlungsbedarf. Da dieser oft auf übergreifender Ebene angesiedelt ist, werden zuerst Prioritäten aufgezeigt, derer sich die Akteure in den kommenden Jahren gemeinsam annehmen wollen. Danach folgt der krankheitsspezifische Handlungsbedarf. Rechts neben den Prioritäten wird auf die entsprechenden Massnahmen in den Planungstabellen hingewiesen. Die detaillierte strategische Planung findet sich in den Strategietabellen (Anhang 1). Einleitend werden dort in Tabelle 1 die gemeinsamen strategischen Prioritäten aufgezeigt, an denen die Akteure mit vereinten Kräften weiterarbeiten werden. In den Tabellen 2 bis 5 folgen die spezifischen strategischen Prioritäten der vier Krankheitsgruppen.

13 Hohes Verbesserungs-/Veränderungspotenzial ergibt sich insbesondere aus:  
(1) hohem Veränderungspotenzial, (2) Kostenüberlegungen (zum Beispiel geringe Kosten einer Massnahme / kann mit den vorhandenen Mitteln erfolgen / hohes Kosteneinsparungspotenzial).

Prioritärer gemeinsamer Handlungsbedarf <sup>14</sup>	Massnahmen <sup>15</sup>
Gesundheitsförderung und Prävention stärken <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ebene Lebensstil und Verhalten (innerhalb und ausserhalb des Versorgungssystems)</li> <li>• Ebene Verhältnisse und Strukturen</li> </ul>	<b>Gemeinsame</b> I/A.1–2 <b>Herz</b> II/1.3 <b>Hirnschlag</b> I/1.1 <b>Diabetes</b> I/2.1
Bevölkerung über Krankheitssymptome informieren und über das richtige Verhalten im Notfall aufklären	<b>Herz</b> II/1.1–2 <b>Gefässe</b> II/1.1 <b>Hirnschlag</b> II/1.1
Früherkennung von Personen mit erhöhten Risiken fördern und präventive Massnahmen im Versorgungssystem einleiten	<b>Gemeinsame</b> I/B.1–3 <b>Herz</b> I/2.1–2 <b>Gefässe</b> I/2.1; II/1.2 <b>Hirnschlag</b> I/1.1 <b>Diabetes</b> I/2.1; I/3.1–2
Qualität der Versorgung chronisch kranker und multimorbider Personen stärken, insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühdiagnostik fördern</li> <li>• Versorgung multidisziplinär und interprofessionell koordinieren</li> <li>• Gesundheitskompetenz, Selbstmanagement und Selbsthilfe von Betroffenen fördern</li> <li>• Palliative Care stärken</li> <li>• Über-, Unter- und Fehlversorgung vermeiden</li> </ul>	<b>Gemeinsame</b> II/A.1–4; II/B.1–3; II/C.1–2; III/B.1 <b>Herz</b> I/2.2; II/3.2–3; II/4.1; II/5.1 <b>Gefässe</b> II/3.2; II/4.1; II/5.1 <b>Hirnschlag</b> II/2.2; II/3.1; II/5.1–2; II/6.1; II/7.1–3; III/1.2; III/2.1 <b>Diabetes</b> II/1.1–3; I/2.1; II/3.1–3
Spezifische Kompetenzen an Fachpersonen in der Aus-, Weiter-, Fortbildung vermitteln	<b>Gemeinsame</b> I/B.2; II/A.2–3; II/C.2 <b>Herz</b> I/2.1; III/2.4 <b>Gefässe</b> II/1.2; II/3.1 <b>Hirnschlag</b> II/1.2; II/7.1 <b>Diabetes</b> I/2.1; I/3.2
Bessere Gesundheits- und Krankheitsdaten generieren und Daten effizienter nutzen	<b>Gemeinsame</b> III/A.1–3 <b>Herz</b> III/1.1 <b>Gefässe</b> III/1.1–2 <b>Hirnschlag</b> III/1.1–2; III/2.5 <b>Diabetes</b> III/1.1
Forschung zu Fragestellungen in den prioritären strategischen Handlungsfeldern stärken	<b>Gemeinsame</b> III/A.3 <b>Hirnschlag</b> III/2.1–5
Langfristige Finanzierung der Massnahmen dieser Strategie sichern	<b>Gemeinsame</b> III/B.2–3 <b>Diabetes</b> III/2.1; III/3.1
Zusätzlicher prioritärer Handlungsbedarf Krankheitsgruppe Herz	Massnahmen
Mortalität und Komplikationsraten des akuten Herzinfarkts weiter senken (insbesondere Zeit bis zur Gefässeröffnung reduzieren)	<b>Herz</b> II/1.1–3; II/2.2
Versorgung von Patient/innen mit chronischen Herzerkrankungen verbessern (insbesondere koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Herzklappenerkrankungen und Vorhofflimmern)	<b>Herz</b> II/2.3; II/3.1–4; III/2.1–3
Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern sichern	<b>Herz</b> II/3.1–4; II/4.1

14 In diesem Dokument wird folgende Farbkodierung verwendet:

- grün – gemeinsame Prioritäten;
- orange – Prioritäten Krankheitsgruppe Herz;
- blau – Prioritäten Krankheitsgruppe Gefässe;
- gelb – Prioritäten Krankheitsgruppe Hirnschlag;
- pink – Prioritäten Krankheitsgruppe Diabetes.

15 Es wird auf die relevanten Massnahmen in den Strategietabellen mit der jeweiligen Nummer verwiesen;

- Gemeinsame = Tabelle 1;
- Herz = Tabelle 2;
- Gefässe = Tabelle 3;
- Hirnschlag = Tabelle 4;
- Diabetes = Tabelle 5.

Zusätzlicher prioritärer Handlungsbedarf Krankheitsgruppe Gefäße	Massnahmen
Best medical care von Patient/innen mit Gefässerkrankungen fördern	<b>Gefäße</b> II/2.1–2; II/5.1
Interdisziplinäre Wundbehandlung bei arteriellen und venösen Erkrankungen fördern	<b>Gefäße</b> II/3.1–2
Zusätzlicher prioritärer Handlungsbedarf Krankheitsgruppe Hirnschlag	Massnahmen
Zeitverlust zwischen Hirnschlag und Spitaleintritt minimieren	<b>Hirnschlag</b> II/1.1–2
Flächendeckende Versorgung von Hirnschlagpatient/innen in spezialisierten Kliniken (Stroke-Centers und Stroke-Units, SC/SU) sicherstellen	<b>Hirnschlag</b> II/2.1
Reintegration und Selbständigkeit der Patient/innen nach Hirnschlag fördern	<b>Hirnschlag</b> II/2.2; II/5.2; II/6.1; III/2.3
Rückfallprophylaxe bei Hirnschlagpatient/innen verbessern	<b>Hirnschlag</b> II/3.1
Zusätzlicher prioritärer Handlungsbedarf Krankheitsgruppe Diabetes	Massnahmen
Beratung verbessern und Case-Management für Personen mit Diabetes über den gesamten Patientenpfad ausbauen	<b>Diabetes</b> II/1.1–3
Prävention und Früherkennung von Diabetes-Folgeerkrankungen und -Komplikationen verbessern	<b>Diabetes</b> II/3.1–3

Tabelle B: Prioritärer Handlungsbedarf und entsprechende strategische Massnahmen

Auch in weiteren Bereichen gibt es Handlungsbedarf. Anliegen, die das Gesundheitswesen generell betreffen und keine spezifische Ausprägung für die vier Krankheitsgruppen haben, wurden bewusst nicht aufgenommen (zum Beispiel Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, Gesundheitsfolgenabschätzung). Dasselbe gilt für bereits initiierte und weit fortgeschrittene Veränderungsprozesse (zum Beispiel elektronisches Patientendossier).

## 4.5 Bezug zur NCD-Strategie

Besonders im Handlungsfeld I (Prävention und Früherkennung), aber auch im Handlungsfeld III (Daten, Qualität und Finanzierung) gibt es viele Schnittstellen zur NCD-Strategie. Während der Entwicklung der vorliegenden Strategie fand ein intensiver Austausch mit dem BAG und den Akteuren der NCD-Strategie statt. Die folgende Tabelle zeigt den Bezug der beiden Strategien auf.

<b>Stossrichtungen NCD-Strategie [1]</b>	<b>Bezug der Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes zu den NCD-Stossrichtungen</b>
Risikofaktoren vorbeugen, Schutzfaktoren stärken	Handlungsfeld I
Lebensphasen- und Setting-Ansätze fördern	Unterliegt implizit Handlungsfeld I
Menschen in vulnerablen Situationen stärken	Leitprinzip Chancengleichheit
Prävention in der Versorgung fördern	Handlungsfeld I und II
Schnittstellen zwischen Prävention und Kuration verbessern	Handlungsfeld I und II
Guidelines weiterentwickeln	Handlungsfeld II
Bestehende Plattformen nutzen	Leitprinzip «Koordination, Kooperation und Kommunikation»; Kapitel 5
Stakeholder-Konferenz etablieren	Kapitel 5
Fachgremium für Prävention in der Versorgung aufbauen	Kapitel 5
Finanzielle Mittel strategieorientiert einsetzen	Handlungsfeld III; Kapitel 5
Finanzierungslücken schliessen	Kapitel 5
Finanzierung von Präventionsleistungen klären	Handlungsfeld III
NCD-Monitoring etablieren	Handlungsfeld III
Forschung und Wissenstransfer anregen	Handlungsfeld III
Innovation unterstützen	Unterliegt implizit allen Handlungsfeldern
Bevölkerung informieren	Handlungsfeld I
Selbstmanagement-Angebote für chronisch Kranke fördern	Handlungsfeld II
Gesundheitsfachpersonen aus- und weiterbilden	Handlungsfeld I und II
Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen stärken	Handlungsfeld I
Multisektorale Zusammenarbeit stärken	Leitprinzip «Koordination, Kooperation und Kommunikation»; Handlungsfeld II
Internationales Engagement pflegen	Leitprinzip «Evidenz»

Tabelle C: Bezug der Kreislauf- und Diabetes-Strategie zu den Stossrichtungen der NCD-Strategie (eigene Darstellung)

---

## 5. Umsetzung

### 5.1 Organisation der Umsetzung

Ein übergeordnetes Gremium koordiniert im Bereich des gemeinsamen Handlungsbedarfs (Tabelle 1) die Umsetzung der Strategie. Es trägt in den Strategietabellen die vorläufige Bezeichnung «Steering Committee der Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes» (SC HGHD)<sup>16</sup>. Das SC HGHD kann in Abstimmung mit den Trägern der Strategie und den Leadorganisationen<sup>17</sup> Arbeitsgruppen einsetzen und die Ausarbeitung thematisch fokussierter Strategiebereiche an sie delegieren. Für die Koordination und die Vernetzung der Strategieumsetzung wird eine Koordinationsstelle geschaffen, die in das Netzwerk von CardioVasc Suisse eingebettet ist.

Für die Umsetzung der Massnahmen in den Krankheitsgruppen-spezifischen Tabellen (2–5) organisieren sich die zuständigen Träger- und Leadorganisationen in Absprache mit dem SC HGHD und mit Unterstützung der Koordinationsstelle.

### 5.2 Operationalisierung der Strategie

Die Lauffrist der Strategie erstreckt sich über acht Jahre bis 2024. Die in den verschiedenen Strategietabellen gelisteten Massnahmen werden in Abhängigkeit vorhandener Ressourcen priorisiert und zeitlich gestaffelt bearbeitet. Verantwortlich hierfür sind bei den Krankheitsgruppen-spezifischen Massnahmen die Trägerorganisationen in Kooperation mit den entsprechenden Leadorganisationen. Auf der übergeordneten Ebene planen und koordinieren das SC HGHD und die Koordinationsstelle die gemeinsamen Massnahmen in Absprache mit den jeweiligen Leadorganisationen.

Die Umsetzung der Massnahmen auf allen Ebenen wird mit anderen relevanten Initiativen und Strategien abgesprochen und koordiniert.

### 5.3 Verantwortlichkeiten: Leadorganisationen und mögliche Partnerakteure

Bei den Planungsarbeiten wurde darauf geachtet, vorwiegend Ziele und Massnahmen zu identifizieren, die in der Einflussosphäre der beteiligten Akteure liegen und zu denen diese auch konkret beitragen können.

Die Lead-Organisationen werden auf der Ebene jeder Massnahme in den Strategietabellen im Anhang 1 in der rechten Kolonne in Fettdruck aufgeführt. Sie sind die ersten Ansprechpartner für das SC HGHD und die Trägerorganisationen bei der Umsetzung der jeweiligen Massnahme. Sie ergreifen die Initiative, klären die Rollen- und Aufgabenteilung und koordinieren respektive delegieren die Arbeiten an der Massnahme.

---

<sup>16</sup> Das Steering Committee wird nicht dieselbe Zusammensetzung wie die Steuergruppe für die Strategieentwicklung haben. Die Zusammensetzung wird zu gegebener Zeit von den Trägerorganisationen bestimmt.

<sup>17</sup> Mit Trägerorganisationen sind die Organisationen gemeint, die für die Entwicklung dieser Strategie verantwortlich waren. Sie werden die Umsetzung der Massnahmen der jeweiligen Tabelle übergeordnet koordinieren. Auf der Ebene jeder Massnahme wurde eine Leadorganisation bestimmt, die auf der Ebene der Massnahmen die Koordinationsfunktion übernehmen wird (siehe Unterkapitel «Verantwortlichkeiten: Leadorganisationen und mögliche Partnerakteure»).

Bei den gelisteten möglichen Partnerakteuren handelt es sich um einen Vorschlag mit ausgewählten weiteren Organisationen, Verbänden oder Behörden, die in die Planung und Umsetzung der Massnahmen einbezogen werden können bzw. sollen<sup>18</sup>. Wo immer möglich und sinnvoll sollen interprofessionelle und multidisziplinäre Partnerschaften angestrebt werden.

## **5.4 Ressourcen und Finanzierung**

Neben der Klärung der Partnerschaften und der Arbeitsorganisation regeln die jeweiligen Leadorganisationen die Frage der personellen und finanziellen Mittel für die jeweilige Massnahme. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten tragen alle an einer Massnahme beteiligten Organisationen mit Ressourcen zur Umsetzung bei. Bei ungenügenden Ressourcen suchen sie gemeinsam nach zusätzlichen Mitteln bei externen Finanzierungspartnern (zum Beispiel bei Bund und Kantonen, Versicherern und Industrie).

## **5.5 Monitoring und Berichterstattung**

Es wird ein Monitoring und Evaluationskonzept erarbeitet, das die Indikatoren, Prozesse und Schnittstellen der Verantwortlichkeiten definiert. Die Koordinationsstelle ist für das periodische Monitoring der Umsetzung der Massnahmen und der Zielerreichung auf der gemeinsamen Ebene zuständig. Das Prozessmonitoring für Krankheitsgruppen-spezifische Massnahmen erfolgt in Absprache mit den Verantwortlichen der Krankheitsgruppen. Für das Wirkungsmonitoring sei auf die Massnahme III.A.2. in Tabelle 1 verwiesen.

Die Monitoring-Ergebnisse fliessen in die periodische Berichterstattung an das SC HGHD und die Trägerorganisationen ein.

## **5.6 Abstimmung mit anderen strategischen Projekten**

Die Akteure beteiligen sich weiterhin mit ihrer Fachexpertise an der Planung und Umsetzung von anderen relevanten nationalen Strategien und Prozessen und bringen dort ihre Anliegen angemessen ein. Sie engagieren sich im Rahmen der Umsetzung der NCD-Strategie. Daneben wird eine enge Kooperation mit den Fachgesellschaften der Grundversorger gesucht.

## **5.7 Anpassung und Aktualisierung der Strategie**

Die Verantwortlichen dieser Strategie tragen neuen Entwicklungen Rechnung. Die Ergebnisse des Monitorings, der Austausch mit den Akteuren anderer strategischer Prozesse und das Verfolgen der Entwicklungen im In- und Ausland fliessen in die periodische Neubeurteilung der Situation ein. Das Steering Committee veranlasst bei Bedarf eine Anpassung oder Überarbeitung der vorliegenden Strategie und entscheidet vor Ende der Laufzeit über eine Neuauflage der Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirschlag und Diabetes.

---

<sup>18</sup> Die Nennung ist noch nicht in allen Fällen mit den genannten Organisationen abgestimmt. Die Liste ist nicht abschliessend und für die Lead- oder Partnerorganisation nicht verpflichtend.

# Anhänge Übersicht

<b>1. Strategietabellen</b>	<b>33</b>
Tabelle 1 <b>Gemeinsame strategische Prioritäten</b>	<b>33</b>
Handlungsfeld I Prävention und Früherkennung	33
Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)	34
Handlungsfeld III: Daten, Qualität und Finanzierung	36
Tabelle 2 <b>Spezifische strategische Prioritäten: Herz</b>	<b>37</b>
Handlungsfeld I Prävention und Früherkennung	37
Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)	37
Handlungsfeld III: Daten und Qualität	39
Tabelle 3 <b>Spezifische strategische Prioritäten: Gefäße</b>	<b>40</b>
Handlungsfeld I Prävention und Früherkennung	40
Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)	40
Handlungsfeld III: Daten und Qualität	41
Tabelle 4 <b>Spezifische strategische Prioritäten: Hirnschlag</b>	<b>42</b>
Handlungsfeld I Prävention und Früherkennung	42
Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)	42
Handlungsfeld III: Daten und Qualität	44
Tabelle 5 <b>Spezifische strategische Prioritäten: Diabetes</b>	<b>45</b>
Handlungsfeld I Prävention und Früherkennung	45
Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)	46
Handlungsfeld III: Daten, Qualität und Finanzierung	47
<b>2. Verzeichnis der Abkürzungen</b>	<b>48</b>
<b>3. Glossar</b>	<b>50</b>
<b>4. Zusammensetzung der Steuergruppe und der Arbeitsgruppen</b>	<b>54</b>
<b>5. Referenzliste</b>	<b>56</b>



# 1. Strategietabellen

**Tabelle 1 – Gemeinsame strategische Prioritäten**
**Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure (siehe Erläuterungen Kapitel 5; die Liste ist nicht abschliessend)
<b>I/A</b>	<b>Durch Fördern eines gesunden Lebensstils und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen treten weniger vermeidbare Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschläge und Diabetes-Erkrankungen auf.</b>	
<b>I/A.1</b>	<b>Verhaltensprävention in der Allgemeinbevölkerung</b> Bevölkerungsorientierte Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme und Aufklärungsmassnahmen im Rahmen der NCD-Strategie mitgestalten und dabei mitwirken, mit folgenden Schwerpunkten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhaltensbedingte Risikofaktoren reduzieren (insbesondere Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Stress) und gesunde Verhaltensmuster fördern (zum Beispiel ausgewogene Ernährung, Alltagsbewegung)</li> <li>• Gesundheitskompetenz stärken, insbesondere auch bei Jugendlichen, Kindern und Eltern</li> <li>• Chancengerechtigkeit der Programme fördern (spezifische Bedürfnisse von Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, Personen mit Migrationshintergrund, älteren Menschen, Patient/innen mit psychischen Erkrankungen und anderen vulnerablen Gruppen berücksichtigen)</li> </ul>	<b>SC HGHD<sup>1</sup></b> CVS-Mitgliedorganisationen; BAG; BLV; GDK; Stiftung Ge-sundheitsförderung Schweiz; NGO und andere Akteure der NCD-Strategie; Schulärztliche Dienste (VSAS); Kantonale Erziehungsbehörden; Kantonale Gesundheitsbehörden und Präventionsbeauftragte
<b>I/A.2</b>	<b>Verhältnisprävention</b> Politische Lobbyarbeit und Interessensvertretung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoärmere Nahrungsmittel-Formulierungen fördern (zum Beispiel Zucker-, Salz- und Fettgehalte)</li> <li>• Verständliche Lebensmittelkennzeichnung einführen</li> <li>• WHO-Tabak-Rahmenkonvention ratifizieren durch die Schweiz</li> <li>• Bewegungsfreundlichen Siedlungsraum fördern</li> <li>• Anreize für ein gesundes Verhalten schaffen (analog Bestrebungen Alkohol- und Tabakpolitik)</li> </ul>	<b>CVS</b> Andere Umsetzungs-Akteure der NCD-Strategie (insbesondere NGO)
<b>I/B</b>	<b>Wirkungsvolle präventive Massnahmen und bessere Früherkennung verhindern Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschläge und Diabetes-Erkrankungen und deren Komplikationen.</b>	
<b>I/B.1</b>	Evidenzbasierte, landesweit harmonisierte, krankheitsübergreifende <b>Praxisempfehlungen zur Früherkennung<sup>2</sup> der wichtigsten Risikofaktoren<sup>3</sup></b> entwickeln, adaptieren und disseminieren	<b>SC HGHD</b> SGK (inkl. AGLA); USGG; SHG, SGED; Organisationen der Grundversorger <sup>4</sup> ; Mitgliedverbände SVBG; BAG und Akteure der NCD-Strategie; Organisationen der Apotheker <sup>5</sup> ; QualiCCare

1 SC HGHD = Steering Committee der Nationalen Strategie Herz und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes; für übrige Abkürzungen siehe Abkürzungsliste.

2 Basierend auf den Empfehlungen von EviPrev (Cornuz J. et al., SMF 2015 [www.medicalforum.ch/docs/smf/2015/43/de/smf-02452.pdf](http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2015/43/de/smf-02452.pdf)), AGLA, QualiCCare u.a.

3 Die wichtigsten Risikofaktoren werden im Kapitel 3 präsentiert.

4 Organisationen der Grundversorger beinhalten die SGAIM, mfe, KHM, SSP-SGP, und allfällige andere.

5 Organisationen der Apotheker: pharmaSuisse, sowie Gruppierungen und Ketten von Apotheken.

<b>I/B.2</b>	<p><b>Personenzentrierte Beratung im Versorgungssystem</b> einführen, um die Gesundheitskompetenz und einen gesunden Lebensstil zu fördern und Risikofaktoren besser zu managen<sup>6</sup> (unter Berücksichtigung des <i>Shared Decision Making</i> und der spezifischen Bedürfnisse von Personen aus vulnerablen Gruppen, siehe I.A.1):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachpersonen schulen</li> <li>• Hilfsmittel entwickeln und disseminieren</li> </ul>	<p><b>SC HGHD</b> Organisationen der Grundversorger; Andere ärztliche und nichtärztliche Fachgesellschaften (zum Beispiel Organisationen der Apotheker, SVA, BSMPA, SVDE, SHV, SBK, etc.); SHS; SDG; QualiCCare</p>
<b>I/B.3</b>	<p><b>Niederschwellige Beratung und Früherkennung</b> zu kardiovaskulären Risikofaktoren und Diabetes durch qualifiziertes Personal fördern, zum Beispiel in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung<sup>7</sup></li> <li>• Apotheken<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>SHS und SDG</b> Andere CVS-Mitgliedorganisationen; Gesundheitsförderung Schweiz; Arbeitsmedizin (SGARM); Organisationen der Apotheker; BAG und Akteure der NCD-Strategie; Kantonale Gesundheitsbehörden</p>

## Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>II/A</b>	<b>Patient/innen mit Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes werden multidisziplinär und interprofessionell koordiniert und bedarfsgerecht versorgt.</b>	
<b>II/A.1</b>	<p><b>Konzepte für die patientenzentrierte, koordinierte Versorgung praktisch umsetzen</b>, u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abläufe und Empfehlungen für die Umsetzung entlang des Patientenpfades erarbeiten</li> <li>• Pilotprojekte fördern</li> <li>• Verantwortlichkeiten und Schnittstellen klären</li> <li>• Spezifische Bedürfnisse multimorbider Patient/innen und unterversorgter Patientengruppen berücksichtigen<sup>9</sup></li> <li>• Den Ansatz des <i>Shared Decision Making</i> fördern</li> </ul>	<p><b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger; Plattform Interprofessionalität in der Grundversorgung; Fachorganisationen der nichtärztlichen Berufsgruppen (zum Beispiel SBK, SVA, BSMPA, Spitex, physioswiss, evs, SVDE); QualiCCare; SAQM; SAMW; Spitäler; BAG; GDK; kantonale Gesundheitsdepartemente; Krankenversicherer; Institute für Sozial- und Präventivmedizin; Patientenorganisationen</p>
<b>II/A.2</b>	<p><b>Nicht-ärztliches Fachpersonal<sup>10</sup> verstärkt</b> in die Schulung, das Monitoring und andere Aufgaben der <b>langfristigen, patientenzentrierten Betreuung</b> von Menschen mit chronischen Erkrankungen <b>einbeziehen</b>, u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empfehlungen für den Einsatz des nicht-ärztlichen Fachpersonals mit entsprechenden Qualifikationen und Kompetenzen erarbeiten</li> <li>• Bestehende Schulungsangebote überprüfen, zertifizierte neue Schulungsangebote entwickeln</li> <li>• Patientenorganisationen am Ausgestalten der Angebote und Ansätze beteiligen</li> </ul>	<p><b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger; Plattform Interprofessionalität in der Grundversorgung; Fachorganisationen der nichtärztlichen Berufsgruppen (zum Beispiel SBK, SVA, BSMPA, Spitex, physioswiss, evs, Organisationen der Apotheker SVDE); Spitäler; GDK; kantonale Gesundheitsdepartemente; OdASanté; Hochschulen/ Fachhochschulen; Krankenversicherer; Patientenorganisationen</p>

6 Basierend auf Erfahrungen Swissheart-Coach und Angeboten der regionalen Diabetesgesellschaften.

7 Basierend auf den Erfahrungen des Heart@Work-Programms der SHS, Angeboten der regionalen Diabetesgesellschaften u.a.

8 Basierend auf den Erfahrungen der Programme HerzCheck/Cardio-Test und Swissheart-Coach, Diabetes-Check u.a.

9 Siehe Anliegen Chancengerechtigkeit unter I. A.1.

10 Pflegende/APN, MPA, Physiotherapeut/innen, dipl. Ernährungsberater/innen, eid. anerkannte Therapeut/innen in Alternativ- und Komplementärmedizin, Apotheker/innen und andere.

II/A.3	<b>Gemeinsame Module in der Aus-, Weiter- und Fortbildung des Fachpersonals<sup>11</sup></b> für die multidisziplinäre und interprofessionelle Versorgungskoordination fördern (die Module berücksichtigen auch die psychische Dimension chronischer Erkrankungen und die bessere Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen im Versorgungssystem)	<b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger; Plattform Interprofessionalität in der Grundversorgung; Fachorganisationen der nichtärztlichen Berufsgruppen (zum Beispiel SBK, SVA, BSMPA, Spitex, physioswiss, Organisationen der Apotheker, evs, SVDE); Plattform «Zukunft Ärztliche Bildung»; Hochschulen; Fachhochschulen; SIWF; OdASanté
II/A.4	<b>Regionale Vernetzung bestehender Angebote</b> in den Bereichen der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation fördern, unter Einbezug der relevanten Akteure im Versorgungssystem: Bestehende Angebote bekannt machen Regionale Koordination und überregionalen Austausch fördern Anreize für die Vernetzung schaffen	<b>SC HGHD</b> SGK; SHG; USGG; Diabetesorganisationen; SHS; Organisationen der Grundversorger; SBK; Physioswiss; evs; Spitäler; Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen; BAG ; Krankenversicherer
<b>II.B Patient/innen und ihre Angehörige werden in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und befähigt, selbstverantwortlich zu entscheiden und zu handeln.</b>		
II/B.1	Bedarf analysieren und Angebote in den Bereichen <b>Patientenschulung/Selbstmanagement/Selbsthilfe<sup>12</sup></b> anpassen, unter Einbezug von Organisationen der Betroffenen und unter Berücksichtigung moderner Technologien	<b>SHS und SDG</b> andere CVS-Mitgliedorganisationen; Selbsthilfe Schweiz; SPO; Careum und andere Mitglieder der Allianz Gesundheitskompetenz; Organisationen der Grundversorger; Fachorganisationen der relevanten nichtärztlichen Gesundheitsberufsgruppen; BAG; GDK; kantonale Gesundheitsbehörden
II/B.2	<b>Zuführung von Patient/innen und ihren Angehörigen zu Angeboten</b> der Patientenschulung, des Selbstmanagements und der Selbsthilfe fördern	<b>SHS und SDG</b> Ärztliche Fachgesellschaften (CVS Mitglieder und Organisationen der Grundversorger); Fachorganisationen der relevanten nichtärztlichen Gesundheitsberufsgruppen; Spitäler; Patientenorganisationen; Selbsthilfe Schweiz; Kantonale Gesundheitsbehörden
II/B.3	<b>Patient/innen im Alltag durch adäquate Kommunikation unterstützen</b> (unter Einbezug moderner Kommunikationstechnologien <sup>13</sup> )	<b>SHS und SDG</b> SGK/GUCH (WATCH); USGG; SHG; SGED; Organisationen der Grundversorger; Fachorganisationen der relevanten nichtärztlichen Gesundheitsberufsgruppen; Spitäler; Patientenorganisationen ; Krankenversicherer; Industrie
<b>II/C Patient/innen mit unheilbaren Erkrankungen und deren Angehörige erhalten eine qualitativ hochstehende palliative Betreuung, in Anlehnung an die Forderungen der Nationalen Strategie Palliative Care.</b>		
II/C.1	<b>Palliative Versorgung von Patient/innen</b> mit unheilbaren chronischen Erkrankungen fördern und Angehörige unterstützen, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorausplanen (Patientenverfügung, <i>advance care planning</i>)</li> <li>• Palliative Versorgung in Guidelines zu potenziell terminalen Erkrankungen berücksichtigen</li> <li>• Typische Warnsignale<sup>14</sup> definieren und disseminieren</li> <li>• Symptomlindernde Therapien fördern, unter Einschluss der Sterbephase</li> <li>• Besondere Bedürfnisse von Personen mit Migrationshintergrund beachten</li> </ul>	<b>SC HGHD</b> Palliative.ch; SGK; SHG; SGED; USGG; Organisationen der Grundversorger; SB; Spitäler; Patientenorganisationen wie die SHS und andere relevante Verbände; GDK; kantonale Gesundheitsbehörden

11 Ärzt/innen, Pflegende/APN, Physiotherapeut/innen, MPA, Apotheker/innen und andere Gesundheitsfachpersonen.

12 Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Studie «Gemeinschaftliche Selbsthilfe in der Schweiz», 2016.

13 Zum Beispiel Internet-basierte Coaching- oder Adhärenz-Angebote, Unterstützung via Skype, E-Mail, Feedbacktools.

14 *Red flags*: Signale im Krankheitsverlauf (wie vermehrte Notfallhospitalisationen, verschlechterter Allgemeinzustand), die darauf hinweisen, dass die letzten Monate oder Wochen angebrochen sind, in denen eine mehr symptomorientierte Behandlung und Vorausplanung im Vordergrund stehen, gemeinsam mit der Frage, was man nicht mehr macht.

<b>II/C.2</b>	<b>Schulungen für das multidisziplinäre Betreuungsteam in der palliativen Versorgung</b> von Patient/innen mit fortgeschrittenen, unheilbaren chronischen Erkrankungen fördern	<b>SC HGHD</b> Palliative.ch; SGK; SHG; SGED; USGG; Organisationen der Grundversorger; SBK und andere relevante Fachorganisationen; Plattform «Zukunft Ärztliche Bildung»; Hochschulen; Fachhochschulen; SIWF; OdaSanté
---------------	--	---

### Handlungsfeld III: Daten, Qualität und Finanzierung

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>III/A</b>	<b>Die wissenschaftlichen Grundlagen der Prävention und Versorgung im Bereich von Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes werden durch bessere Daten und gezielte (Versorgungs)-Forschung gestärkt.</b>	
<b>III/A.1</b>	Politisches Lobbying und Vorstösse, <b>um bestehende Datensammlungen/Register schrittweise zu stärken</b> , ausweiten und zu integrieren: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auf der Basis des neuen Krebsregistergesetzes formelle Anträge an den Bund zur Mitfinanzierung von bestehenden Registern stellen</li> <li>• Krankheitsspezifische Datensammlungen<sup>15</sup> ausbauen, besser vernetzen und nutzen</li> </ul>	<b>CVS</b> SC HGHD; CVS-Mitgliedorganisationen; QualiCCare
<b>III/A.2</b>	<b>Monitoring und Reporting der für diese Strategie relevanten Wirkungsindikatoren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Indikatoren-Set des Monitoring-System NCD relevante Indikatoren selektieren und verfolgen</li> <li>• Zusätzlich nötige Indikatoren identifizieren (insbesondere im Bereich Versorgung)</li> <li>• Monitoringkonzept erarbeiten und umsetzen</li> </ul>	<b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Fachgesellschaften; BAG; BFS/OBSAN; ANQ; QualiCCare
<b>III/A.3</b>	Eine einfache <b>Plattform zur Verbesserung von Vernetzung, Austausch und Kollaboration im Bereich der Forschung</b> zu den Anliegen dieser Strategie schaffen	<b>SC HGHD</b> SHS/Forschungskommission; SGED/SDG; und andere CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger,; Akteure der NCD-Strategie; QualiCCare
<b>III/B</b>	<b>Die Qualität und Finanzierung der Leistungen in der Prävention und der Versorgung wird sichergestellt.</b>	
<b>III/B.1</b>	An Initiativen mitwirken, die dazu beitragen, <b>Über-, Unter- und Fehlversorgung</b> von Patient/innen zu <b>vermeiden</b>	<b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger; SAMW; BAG; Patientenorganisationen
<b>III/B.2</b>	<b>Liste der prioritären Leistungen<sup>16</sup> erstellen, für die eine Kostendeckung geklärt werden soll</b> , u.a. in den folgenden Bereichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävention und Früherkennung durch Ärzt/innen und nicht-ärztliche Fachpersonen</li> <li>• Koordinationsleistungen in der Versorgung</li> <li>• (Delegierte) Leistungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen im Rahmen der Versorgung</li> <li>• Patientenschulung, Selbstmanagement</li> </ul>	<b>SC HGHD</b> CVS-Mitgliedorganisationen; Organisationen der Grundversorger; SAMW; BAG; Krankenversicherer; Patientenorganisationen
<b>III/B.3</b>	Politisches <b>Lobbying und Vorstösse; Anträge zur Kostenübernahme</b> der als prioritär identifizierten Leistungen erarbeiten	<b>CVS</b> SC HGHD; SGK; USGG; SHG; SGED; Organisationen der Grundversorger

<sup>15</sup> In Anlehnung an das Krebsregistergesetz und dessen Umsetzungsstrategien und unter Berücksichtigung der Empfehlungen von FMH, H+ und ANQ zu den Registern.

<sup>16</sup> Priorisierung der Leistungen basierend auf einer transparenten Kosten-Nutzen-Beurteilung (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, WZW) unter Einbezug der betroffenen Akteure.

## Tabelle 2 – Spezifische strategische Prioritäten: Herz

### Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure (siehe Erläuterungen Kapitel 5; die Liste ist nicht abschliessend)
I/1	<b>Durch Fördern eines gesunden Lebensstils und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen treten weniger vermeidbare Herzkrankheiten auf.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2	<b>Durch frühes Erfassen und Behandeln von Personen mit erhöhtem Risiko wird das Auftreten von vermeidbaren Herzerkrankungen vermindert.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2.1	<b>Empfehlungen zur Früherkennung, Frühdiagnose und Behandlung von Personen mit erhöhtem Risiko umsetzen:</b> Integration in Aus-, Weiter- und Fortbildungen, mit dem Ziel einer gestärkten Zusammenarbeit zwischen Herzspezialist/innen, Allgemeininternist/innen im Spital, Grundversorgern und nichtärztlichen Gruppen	<b>SGK</b> Organisationen der Grundversorger; medizinische Fakultäten; FMH/SIWF; Spitäler; SHS
I/2.2	<b>Vorhofflimmern früh erfassen</b> und mit krankheitsübergreifenden Praxisempfehlungen embolische Komplikationen (zum Beispiel Hirnschlag) verhindern	<b>SGK-AG «Herzschrittmacher und Elektrophysiologie»</b> SHG; SHS

### Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
II/1	<b>Weniger Personen sterben an einem Herz-Kreislauf-Stillstand ausserhalb des Spitals.</b>	
II/1.1	<b>Regelmässige Aufklärungskampagnen in der Bevölkerung</b> und in spezifischen Zielgruppen, damit Symptome (auch bei Frauen und Patient/innen mit Diabetes) rasch und richtig erkannt werden und bei einem Herzinfarkt oder Herz-Kreislauf-Stillstand richtig reagiert wird	<b>SHS/Programme HELP/Frau &amp; Herz</b> SGK; SDG; IVR; Patientenorganisationen GDK; Kantonale Gesundheitsdepartemente
II/1.2	Lebensrettendes Wissen in Erster Hilfe ( <b>Basic Life Support, BLS</b> ) vermitteln und Anwenden des automatischen externen Defibrillators (AED) fördern in spezifischen Settings wie Betrieben, Schulen (Aufnahme dieser Kompetenzen in den Lehrplan für Schüler ab 10 Jahren), Sportvereinen, Pfadfindergruppen u.a.m.	<b>SHS/Programm HELP</b> Samariterbund und -vereine; EDK; GDK; Kantonale Gesundheitsdepartemente
II/1.3	Strukturelle Massnahmen fördern: <b>regionale First-Responder-Netze<sup>1</sup> ausbauen</b> und Verfügbarkeit von automatischen externen Defibrillatoren (AED) in öffentlichen Gebäuden und Betrieben erhöhen	<b>SHS Programm HELP</b> Rettungsdienste 144; IVR; SRC; Kantonale Gesundheitsdepartemente
II/2	<b>Die Sterblichkeit und die Kurz- und Langzeitkomplikationsraten nach akutem Herzinfarkt werden vermindert.</b>	
II/2.1	<i>Periodisch wiederholte Sensibilisierung der Bevölkerung</i>	→ siehe II/1.1
II/2.2	<b>Leitliniengerechte Akutbehandlung von Patient/innen mit einem Herzinfarkt durch Optimieren der Abläufe</b> fördern. Prioritäres Ziel: Door-to-reperfusion-time in allen Spitälern auf die durch die ESC empfohlenen Zeitintervalle verkürzen.	<b>SGK-AG Interventionelle Kardiologie und akute Koronarsyndrome</b> Spitäler; Rettungsdienste

<sup>1</sup> First Responder sind in Wiederbelebung und Defibrillation geschulte Ersthelfer/innen und damit ein wichtiges Glied in der Rettungskette. Sie führen lebensrettende Massnahmen aus, bis die Ambulanz eintrifft, und erhöhen so die Überlebenschancen von Patient/innen mit Herz-Kreislauf-Stillstand.

<b>II/2.3</b>	Massnahmen zur <b>Prävention von erneuten kardiovaskulären Ereignissen (inklusive Herzinsuffizienz)</b> bereits vor der Spitalentlassung (medikamentöse Therapie, Patientenschulung zur Risikofaktorbekämpfung) besser implementieren	<b>SGK</b> Spitäler; SHS
<b>II/3</b>	<b>Patient/innen mit chronischen Herzerkrankungen haben eine bessere Lebensqualität, eine geringere Rehospitalisierungsrate und eine niedrigere Frühsterblichkeit.</b>	
<b>II/3.1</b>	<b>Zugang zu strukturierten, evidenzbasierten (tertiären) Präventions- und Rehabilitationsprogrammen</b> für Patient/innen mit koronarer Herzerkrankung, akutem Myokardinfarkt oder Herzinsuffizienz verbessern, dies über systematische Empfehlung einer Rehabilitation durch die behandelnden Kardiolog/innen und Hausarzt/innen, insbesondere bei aktuell unterversorgten Patientengruppen (zum Beispiel Frauen, Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status, ältere Patient/innen und Personen mit angeborenen Herzfehlern)	<b>SGK/SAKR</b> SHS; Krankenversicherer; Spitäler
<b>II/3.2</b>	<b>Herzgruppenangebot und Selbsthilfegruppen ausbauen</b> zur Förderung der langfristigen Nachsorge und Stärkung des Selbstmanagements, der Gesundheitskompetenz und Adhärenz bei koronarer Herzerkrankung, akutem Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz oder angeborenem Herzfehler	<b>SHS</b> SGK/SAKR; Swiss cardiovascular therapists; Pflegefachpersonen (AG-KAPT); Patientenorganisationen (zum Beispiel Cuore Matto, EVHK, herznz.ch); Selbsthilfe Schweiz
<b>II/3.3</b>	<b>Umsetzung der Antikoagulationsempfehlungen bei Vorhofflimmern und der Selbstkontrolle</b> der Antikoagulation fördern	<b>SGK</b> SHS; Organisationen der Grundversorger; Organisationen der Apotheker
<b>II/3.4</b>	<b>Patient/innen mit Herzklappenerkrankungen leitliniengerecht abklären und behandeln</b> , insbesondere älteren Patient/innen mit Begleiterkrankungen; interdisziplinäre und interprofessionelle Heart Teams ausbauen	<b>SGK-AG</b> SGHC; Organisationen der Grundversorger
<b>II/3.5</b>	<i>Verbessern der leitliniengerechten Tertiärprävention durch integrierte und multidisziplinäre Versorgung und Schulung der Betroffenen</i>	→ siehe II/5
<b>II/4</b>	<b>Die Langzeitprognose und Lebensqualität von Patient/innen mit angeborenen Herzfehlern wird verbessert.</b>	
<b>II/4.1</b>	<b>Langzeitbetreuung der Patient/innen mit angeborenen Herzfehlern</b> stärken durch verbesserten Zugang zu einer integrierten Versorgung, in Zusammenarbeit mit speziellen Versorgungszentren und unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse zu ihrer Integration in der Schule und am Arbeitsplatz	<b>SGK/GUCH</b> SGHC; Kinderkardiolog/innen; Patientenorganisationen (Cuore Matto, EVHK, etc.)
<b>II/5</b>	<b>Patient/innen mit Herzerkrankungen und ihr Umfeld werden durch Fachpersonen besser geschult und unterstützt, um autonom und selbstverantwortlich handeln zu können (Empowerment, Selbstmanagement).</b>	
<b>II/5.1</b>	<b>Zielgruppenorientierte Schulungen für Patient/innen mit koronarer Herzkrankheit und/oder Herzinsuffizienz</b> (und ihren Angehörigen) entwickeln (Schulungen werden durch speziell ausgebildetes nicht-ärztliches Fachpersonal umgesetzt, zum Beispiel Pflegende, Physiotherapeut/innen, Medizinische Praxisassistent/innen, Ernährungsberater/innen, Apotheker/innen). Angebote verbessern, die das Selbstmanagement, die Gesundheitskompetenz und die Adhärenz fördern.	<b>SGK</b> AG HI, AGLA, SAKR; SHS; SDG; SVA; BSMPA; SVDE; SCT; Pflegefachpersonen (AG-KAPT); Organisationen der Apotheker
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/6</b>	<b>Patient/innen mit unheilbaren Herzerkrankungen und ihre Angehörige erhalten am Lebensende eine optimale Betreuung und Unterstützung.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten, II/C)		

## Handlungsfeld III: Daten und Qualität

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>III/1</b>	<b>Die Verfügbarkeit, Auswertung und Nutzung von epidemiologischen Daten im Bereich der Herzkrankheiten wird durch untereinander vernetzte Register verbessert.</b>	
<b>III/1.1</b>	<b>Bestehende Register weiterentwickeln</b> (AMIS Plus-Register für Herzinfarkt, CHPACE WEB für Devices und Ablationen, Swiss TAVI Register für Aortenklappen, Mitra-Clip): Verbindliche Teilnahme aller invasiv tätigen Zentren; Register gemäss den Bedürfnissen konsolidieren, allenfalls in einer neuen Form; Beteiligung am geplanten Cardiac Arrest Register der Rettungsorganisationen	<b>SGK mit entsprechenden AGs und AMIS Plus</b> IVR; SRC
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>III/2</b>	<b>Durch hohe Qualität der diagnostischen und therapeutischen Interventionen wird die Patientensicherheit gewährleistet.</b>	
<b>III/2.1</b>	<b>Evidenzbasierte Behandlung, i.d.R. nach den Europäischen Richtlinien</b> , die durch die Fachgesellschaften validiert und bei Bedarf für die Schweiz adaptiert werden	<b>SGK</b> Organisationen der Grundversorger und andere betroffene Fachgesellschaften
<b>III/2.2</b>	<b>Pocket-Leitlinien/Apps zur verbesserten Umsetzung der Richtlinien</b> in der Praxis ausbauen und weiterentwickeln	<b>SGK</b> Organisationen der Grundversorger und andere betroffene Fachgesellschaften
<b>III/2.3</b>	<b>Qualitätsindikatoren und Richtzahlen für kardiologische und herzchirurgische Prozeduren</b> definieren	<b>SGK</b> SGHC und andere betroffene Fachgesellschaften
<b>III/2.4</b>	<b>Richtlinien zum Erlangen von Spezialkompetenzen</b> auf Teilgebieten der Kardiologie schaffen (dedicated fellowships)	<b>SGK</b>
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		

**Tabelle 3 – Spezifische strategische Prioritäten: Gefässe****Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure (siehe Erläuterungen Kapitel 5; die Liste ist nicht abschliessend)
I/1	<b>Durch Fördern eines gesunden Lebensstils und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen treten weniger vermeidbare Gefässkrankheiten auf.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2	<b>Kardiovaskuläre Risikofaktoren werden früh erkannt und behandelt.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2.1	<b>Screening-Angebote<sup>1</sup> anpassen</b> mit dem Ziel, die <b>Risikofaktoren für Gefässkrankheiten besser zu erfassen</b>	<b>SHS</b> Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten (USGG)

**Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
I/1	<b>Die wichtigsten arteriellen und venösen Erkrankungen werden früher diagnostiziert.</b>	
II/1.1	<b>Bevölkerung</b> und spezifische Zielgruppen aufklären und <b>sensibilisieren</b> , damit <b>Risikofaktoren und Symptome der wichtigsten arteriellen und venösen Erkrankungen früh erkannt werden</b> und richtig reagiert wird.	<b>SHS</b> USGG; SGK; SHG; Diabetes Organisationen Organisationen der Grundversorger EDK; kantonale Gesundheitsdepartemente
II/1.2	<b>Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinalfachpersonen und anderen Gesundheitsfachpersonen<sup>2</sup></b> im Bereich der Gefässerkrankungen stärken durch besseres Nutzen vorhandener Bildungsangebote und durch Integrieren in Ausbildungspläne, vor allem: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risikofaktoren und Gefässsymptome erkennen</b>, insbesondere bei Personen mit erhöhtem Risiko, zum Beispiel Personen mit familiärer Hypercholesterinämie oder angeborenem Herzfehler</li> <li>• <b>Aktives Screening für Gefässkrankheiten<sup>3</sup></b></li> </ul>	<b>USGG</b> Universitäten; Fachgesellschaften; wie zum Beispiel Organisationen der Grundversorger
II/2	<b>Patient/innen mit arteriellen oder venösen Erkrankungen erhalten im gesamten Versorgungssystem die bestmögliche Behandlung, Tertiärprävention und Rehabilitation gemäss den aktuellen Richtlinien.</b>	
II/2.1	<b>Checklisten zum praktischen Management der wichtigsten arteriellen und venösen Erkrankungen</b> erstellen; diese basieren auf aktuellen, evidenzbasierten Guidelines und Kosten-Nutzen-Überlegungen und enthalten Empfehlungen zu choosing wisely resp. gegen Überversorgung	<b>USGG</b>
II/2.2	Personen mit Gefässkrankheiten erhalten systematisch eine <b>qualifizierte Beratung mit Empfehlungen zur Verbesserung ihres Risikoprofils</b> (zum Beispiel Fördern der körperlichen Aktivität und der ausgewogenen Ernährung)	<b>USGG</b> Ärztliche Fachgesellschaften; inkl. Grundversorger; nichtärztliche Fachorganisationen (zum Beispiel SVDE; SVA; BSMPA; SBK; etc.); SHS
→ Siehe auch Massnahmen zum Ziel koordinierte Versorgung in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		

1 Zum Beispiel HerzCheck/CardioTest, Heart@Work.

2 Insbesondere Grundversorger, medizinische Praxisassistent/innen, Pflegefachleute, Physiotherapeut/innen.

3 Zum Beispiel breitere Anwendung von tarifpflichtigen ABI-Messungen bei indizierten Fällen oder Ultraschalluntersuchung der Bauchorta bei Risikopopulation (männliche Raucher/Ex-Raucher einmal zwischen 65 und 75 Jahren).



<b>II/3</b>	<b>Patient/innen mit chronischen Wunden haben Zugang zu vaskulärer Abklärung.</b>	
<b>II/3.1</b>	Grundversorger sensibilisieren und aus/weiterbilden, damit <b>Patient/innen mit schlecht heilenden Wunden</b> (mehr als vier Wochen) vermehrt <b>den indizierten Spezialabklärungen zugewiesen</b> werden	<b>SAFW</b> Organisationen der Apotheker
<b>II/3.2</b>	<b>Interdisziplinäre Wundversorgung</b> fördern (zum Beispiel in SAFW-Zentren)	<b>SAFW</b> Unions-Gesellschaften; Podolog/innen
<b>II/4</b>	<b>Patient/innen und ihre Angehörige werden in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt und befähigt, selbstverantwortlich zu handeln.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/4.1</b>	<b>Selbsthilfegruppen</b> für Patient/innen mit Gefässkrankheiten und deren Angehörige fördern, basierend auf den Erfahrungen der Herzgruppen, bestehender Selbsthilfegruppen und der regionalen Selbsthilfezentren	<b>SHS und Selbsthilfe Schweiz</b> USGG; Patientenorganisationen
<b>II/5</b>	<b>Die langfristige Versorgung von Patient/innen mit arteriellen und venösen Erkrankungen erfolgt integriert und wird multidisziplinär und interprofessionell koordiniert (speziell ambulante Versorgung).</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/5.1</b>	<b>Interdisziplinäre/interprofessionelle vaskuläre Netzwerke und Zentren</b> für die ambulante und stationäre Patientenversorgung (zum Beispiel Gefässzentrum USGG) weiterentwickeln und fördern, einschliesslich Prävention, Langzeitbetreuung und Rehabilitation	<b>USGG</b> Ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen; SHS und Patientenorganisationen

### Handlungsfeld III: Daten und Qualität

<b>Nr</b>	<b>Ziele und Projekte/ Massnahmen</b>	<b>Lead</b> und mögliche Partnerakteure
<b>III/1</b>	<b>Die Verfügbarkeit, Auswertung und Nutzung von epidemiologischen Daten im Bereich der kardiovaskulären Medizin wird durch untereinander vernetzte Register von hoher Qualität verbessert.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>III/1.1</b>	<b>Swiss Vasc Database und PTA-Register</b> in eine «Swiss Vascular Database» <sup>4</sup> (Arbeitstitel) <b>zusammenführen und schweizweite Anwendung fördern</b> <sup>5</sup>	<b>USGG</b>
<b>III/1.2</b>	<b>Datenanalyse bezüglich Outcome, Adhärenz, Kosteneffizienz und verbessertes Risikomanagement</b> fördern <sup>6</sup>	<b>USGG</b>

4 Diese Massnahme ist sehr kostenintensiv und kann nur verwirklicht werden, wenn die Verantwortlichen die dafür notwendigen Mittel mobilisieren können.

5 Beinhaltet auch das besondere Risikoprofil von Personen mit angeborenen Herzfehlern.

6 Preis der Union und andere Möglichkeiten dafür nutzen.

**Tabelle 4 – Spezifische strategische Prioritäten: Hirnschlag****Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure (siehe Erläuterungen Kapitel 5; die Liste ist nicht abschliessend)
I/1	<b>Durch Fördern eines gesunden Lebensstils und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen treten weniger vermeidbare Fälle von Hirnschlag und vaskulärer Demenz auf.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/1.1	Bevölkerung und Fachwelt zur <b>vaskulären Demenz</b> (insbesondere Häufigkeit und Modifizierbarkeit) und über das <b>Präventionspotenzial</b> durch frühzeitig beeinflusste kardiovaskuläre Risikofaktoren aufklären und sensibilisieren	<b>SHS und SHG</b> Schweizerische Alzheimervereinigung; SC HGHD; Akteure der Demenzstrategie; Kantonale Gesundheitsdepartemente
I/2	<b>Kardio- und zerebrovaskuläre Risikofaktoren werden – insbesondere bei Personen mit erhöhtem Risiko – früh erkannt und behandelt.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		

**Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
II/1	<b>Patient/innen mit Verdacht auf Hirnschlag werden ohne Zeitverlust in ein Spital mit einem Stroke-Center oder einer Stroke-Unit eingewiesen.</b>	
II/1.1	<b>Regelmässige Aufklärungskampagnen der Bevölkerung, damit Symptome des Hirnschlags und der transitorischen ischämischen Attacken (TIA) erkannt werden</b> und rasch und richtig reagiert wird <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitverluste reduzieren</li> <li>• Patienten in ein Stroke Center oder eine Stroke Unit einweisen</li> <li>• Leicht verständliche Informationsmittel zum Thema Hirnschlagnotfall realisieren und disseminieren</li> </ul>	<b>Programme Hinschlag/HELP SHS und SHG<sup>1</sup></b> mit ihren Mitgliedern Verantwortliche und Mitarbeitende SU/SC <sup>2</sup> ; Rettungsdienste 144; IVR; Aphasie Schweiz; Fragile Suisse; GDK und Kantonale Gesundheitsdepartemente
II/1.2	<b>Fachpersonal<sup>3</sup></b> in prozessoptimiertem medizinischem Handeln im Umgang mit Patient/innen und Angehörigen berufsgruppenspezifisch <b>schulen</b> , mit dem Ziel, <b>Patient/innen mit Verdacht auf Hirnschlag direkt und ohne Zeitverlust über 144 in eine Stroke Unit (SU) oder ein Stroke Center (SC) zu überweisen</b>	<b>SHG</b> Verantwortliche SU/SC; Zusammenarbeit mit lokalen Berufsverbänden; IVR; SHS
II/2	<b>Patient/innen mit Hirnschlag werden überall in der Schweiz rasch und umfassend nach den geltenden Guidelines medizinisch und psychosozial versorgt.</b>	
II/2.1	<b>Zeitgerechte Erstversorgung der Patient/innen in einer SU/SC</b> oder in Zusammenarbeit mit zertifizierter SU/ zertifiziertem SC <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemedizin fördern</li> <li>• Netzwerke unter Spitalern bilden</li> </ul>	<b>Verantwortliche der zugeteilten Hirnschlagregionen IVHSM</b> In Partnerschaft mit SFCNS; Organisationen der Grundversorger
II/2.2	Bedürfnisgerechte <b>psychosoziale Beratung von Hirnschlagbetroffenen</b> (Patient/innen und Angehörige) in allen Phasen: Umgang mit der Erkrankung ( <i>coping</i> ), Selbstwirksamkeit ( <i>self efficacy</i> ) Selbsthilfe, etc.	<b>SU/SC</b> Nachbetreuende Ärzt/innen in der Rehabilitation und Praxis; Aphasie Schweiz; Fragile Suisse; SHS

1 Die Unterstützung von Kantonen, GDK, BAG, Kranken- und Lebensversicherungen wird gesucht.

2 In einem Stroke Center/einer Stroke Unit arbeiten u.a. Ärzt/innen, Pflegefachpersonen, Therapiefachpersonen, Sozialarbeitende und Psycholog/innen. Eine Übersicht über die SU/SC in der Schweiz findet sich unter [www.neurovasc.ch/index.php/stroke-units.html](http://www.neurovasc.ch/index.php/stroke-units.html).

3 Insbesondere Personal in nicht spezialisierten Spitalern, Grundversorgung, Rettungssanität, Spitex, MPA, Hotlines der Versicherer.

<b>II/3</b>	<b>Weniger Hirnschlagpatient/innen erleiden einen erneuten Hirnschlag.</b>	
<b>II/3.1</b>	Bedürfnisgerechte <b>Befähigung, Ausbildung und Beratung von Patient/innen und Angehörigen</b> in allen Phasen, beginnend in der Akutphase: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verständnis für die Krankheit, deren Verlauf, Prognose und Möglichkeiten der Einflussnahme durch Lebensstiländerungen stärken</li> <li>• Compliance mit der medikamentösen Therapie und den nicht-medikamentösen Massnahmen fördern</li> </ul>	<b>Pflegernetzwerk Stroke<sup>4</sup></b> SHG; SNG; Organisationen der Grundversorger; SHS; Aphasie Schweiz; Fragile Suisse; SVDE; Organisationen der Apotheker
<b>II/4</b>	<b>Die Betreuung von Hirnschlagpatient/innen und ihren Angehörigen erfolgt stationär und ambulant berufsgruppenübergreifend koordiniert.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/5</b>	<b>Die Selbsthilfe von Hirnschlagbetroffenen und ihren Angehörigen wird gefördert.</b>	
<b>II/5.1</b>	<b>Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen für Betroffene von Hirnschlag und deren Angehörige</b> fördern, basierend auf den Erfahrungen der Herzgruppen, der bestehenden Selbsthilfegruppen und der regionalen Selbsthilfezentren.	<b>SHS und Selbsthilfe Schweiz</b> SHG/AG Neurorehabilitation; SNG Aphasie Schweiz; Fragile Suisse und andere Patientenorganisationen
<b>II/5.2</b>	<b>Informationsmittel für Patient/innen</b> fördern, zum Beispiel <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientenpass oder App mit wichtigen Informationen, Kontrollterminen und den Schritten entlang des Patientenpfads</li> <li>• Ratgeber «Leben nach dem Hirnschlag» der SHS aktualisieren</li> </ul>	<b>SHG (young strokologists) und SHS</b> Aphasie Schweiz; Fragile Suisse
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/6</b>	<b>Die Reintegration und Selbständigkeit der Hirnschlagpatient/innen wird gefördert.</b>	
<b>II/6.1</b>	Patient/innen mit Hirnschlag <b>interdisziplinär und koordiniert beraten</b> , mit dem Ziel, sie <b>möglichst rasch wieder in das private und berufliche Umfeld zu integrieren</b> (beginnt in der SU/SC → stationär/Reha → ambulant)	<b>Verantwortliche SU/SC</b> und Mitarbeitende; SNG in Kooperation mit nachgelagerten Institutionen und Fachpersonen
<b>II/7</b>	<b>Patient/innen mit unheilbaren zerebrovaskulären Erkrankungen erhalten am Lebensende eine optimale Betreuung und Unterstützung.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/7.1</b>	Medizinalfachpersonen und andere Gesundheitsfachpersonen zur bedürfnisgerechten <b>Aufklärung und Beratung von Patient/innen und ihren Angehörigen am Lebensende</b> befähigen (unter Berücksichtigung der ethischen Grundprinzipien <sup>5</sup> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungs- und Kommunikationskompetenz bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Hirnschlagbetroffenen stärken</li> <li>• Entscheide bezüglich Lebensende und Fragen der Patientenverfügung (inkl. Reanimation, Organspende, IPS-Bedürftigkeit, etc.) klären, wenn nötig wiederholt</li> </ul>	<b>Leitungsgremien der Stroketeams SU/SC</b>
<b>II/7.2</b>	<b>Thema Hirnschlag in die bestehende Patientenverfügung</b> von SHS und Institut Dialog Ethik <b>integrieren</b>	<b>SHS und SHG</b> lokale Experten; Institut Dialog Ethik
<b>II/7.3</b>	<b>Engere Zusammenarbeit</b> in den Spitälern <b>zwischen Verantwortlichen für die stationäre Versorgung von Hirnschlagpatient/innen und den Palliative Care Teams</b> fördern	<b>Leitungsgremien und Mitarbeitende der Stroketeams</b> SU/SCs; in Kooperation mit Palliative Care Teams; SNG

4 «Pflegernetzwerk Stroke»: ein Netzwerk der Pflegeverantwortlichen der SU/SC (wird aktuell konstituiert).

5 Ethische Grundprinzipien der Kommunikation im Gesundheitssektor: Respekt der Autonomie, Vermeiden von Schaden, Maximieren des Nutzens, Gerechtigkeit.

## Handlungsfeld III: Daten und Qualität

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>III/1</b>	<b>Die Verfügbarkeit, Auswertung und Nutzung von epidemiologischen Daten im Bereich der kardio- und zerebrovaskulären Medizin wird durch untereinander vernetzte Register verbessert.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>III/1.1</b>	<b>Bestehendes Stroke-Register flächendeckend und systematisch anwenden</b> (primäre Erfassung aller Hirnschlagbetroffenen und Follow-up drei Monate nach Ereignis), kurzfristig in allen SU/SC und mittelfristig in anderen behandelnden Institutionen	<b>SFCNS Zertifizierungskommission</b> in Kooperation mit dem Netzwerk der SU/SCs
<b>III/1.2</b>	<b>Einhaltung der Zertifizierungskriterien</b> kontrollieren und wenn nötig Sanktionen ergreifen; Qualitätskontrolle über <b>turnusgemässe Rezertifizierung</b> der SU/SCs	<b>SFCNS Zertifizierungskommission</b> in Kooperation mit dem Netzwerk der SU/SCs
<b>III/2</b>	<b>Eine patientenzentrierte und unabhängige Erforschung der kardio- und zerebrovaskulären Krankheiten, ihrer Prävention und Versorgung wird gezielt gefördert.</b>	
<b>III/2.1</b>	<b>Versorgungsforschung zu Fragen der Patientenwege</b> fördern (Hirnschlagereignis → Notfallversorgung in qualifiziertem Zentrum)	<b>SHG</b> SVBG; jeweils über forschende Mitglieder in Kooperation mit Betroffenen
<b>III/2.2</b>	<b>Neue Technologien</b> zur Unterstützung von Hirnschlagbetroffenen und ihren Angehörigen im Alltag erforschen (u.a. Smartphone-Research Kit, Telealarm)	<b>SHG (young strokologists)</b> Ergotherapie-Forschung in Kooperation mit Betroffenen und SHS
<b>III/2.3</b>	<b>Risikofaktoren der fehlenden Reintegration erforschen</b>	<b>SHG</b> SVBG über forschende Mitglieder in Kooperation mit Betroffenen und SHS
<b>III/2.4</b>	<b>Forschung zum Thema End-of-Life-Care im Bereich Hirnschlag</b> fördern	<b>SHG</b> SVBG über forschende Mitglieder
<b>III/2.5</b>	Versorgungsforschung: <b>Register-Datenauswertung im Hinblick auf Outcome- und Compliance-Monitoring</b> fördern	<b>SHG</b> über forschende Mitglieder, mit Epidemiolog/innen und ISPM

**Tabelle 5 – Spezifische strategische Prioritäten: Diabetes****Handlungsfeld I: Prävention und Früherkennung**

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure (siehe Erläuterungen Kapitel 5; die Liste ist nicht abschliessend)
I/1	<b>Durch Fördern eines gesunden Lebensstils und Schaffen geeigneter Rahmenbedingungen treten weniger Diabetes-Erkrankungen auf.</b>	
→ Die Massnahmen zu diesem Ziel finden sich in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2	<b>Personen mit einem erhöhten Risiko werden von Fachpersonen erfolgreich dabei unterstützt, ihren Lebensstil zu optimieren und dadurch die Diabetes-relevanten Risikofaktoren zu minimieren bzw. zu behandeln.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
I/2.1	<b>Fachpersonen</b> (zum Beispiel Ärzt/innen, Pflegefachpersonen, Ernährungsberater/innen) <b>zu besserer Erfassung der Diabetes-Risiken befähigen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kenntnis der Risikofaktoren in Aus- und Weiterbildungs-Curricula sowie Konferenz- und Tagungsprogramme einbauen</li> <li>• Interdisziplinäre Fortbildungen fördern</li> <li>• Risikotest der SDG bzw. Empfehlung der SGED fördern</li> <li>• Fachartikel und Referate in einschlägigen Foren publizieren</li> <li>• Niederschwellige Angebote entwickeln</li> </ul>	<b>SGED</b> SDG; Organisationen der Grundversorger; Beratungssektion der SDG; SVDE; SBK; (SIDB); SVA; Organisationen der Apotheker; QualiCCare
I/3	<b>Diabetes mellitus Typ 2 wird in früheren Stadien diagnostiziert.</b>	
I/3.1	<b>Niederschwellige Angebote zur regelmässigen Kontrolle (Follow-up) von Personen mit erhöhtem Risiko</b> (gemäss Empfehlung der SGED) in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens entwickeln und implementieren	<b>SGED und SDG</b> Organisationen der Grundversorger; SGK; SGGG; SSP/SGP; SDG; SHS; Organisationen der Apotheker; Spitex; QualiCCare
I/3.2	Gynäkolog/innen in Hinblick auf <b>eine langfristige und systematische Weiterbetreuung von Frauen</b> , bei denen in der Schwangerschaft ein <b>Gestationsdiabetes</b> aufgetreten ist, sensibilisieren	<b>SGED</b> SGGG; SHV; BSS

## Handlungsfeld II: Bedarfsgerechte Versorgung (Erkrankte und Umfeld)

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>II/1</b>	<b>Die Diabetesversorgung erfolgt schweizweit harmonisiert und nach hohen Qualitätsstandards.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/1.1</b>	Bestehende schweizweit harmonisierte, evidenzbasierte <b>klinische Praxisempfehlungen<sup>1</sup></b> basierend auf neuen Forschungsergebnissen und internationalen Empfehlungen <b>regelmässig aktualisieren</b>	<b>SGED</b> Organisationen der Grundversorger; PcD; QualiCCare; IUMSP; SBK (SIDB); SVDE; SDG; SPV und SSP
<b>II/1.2</b>	<b>Behandlungspfade</b> aufgrund der Praxisempfehlungen <b>definieren</b> , inkl. Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure	<b>SGED</b> SAQM; Organisationen der Grundversorger; PcD; QualiCCare; SBK (SIDB); SVDE; SDG; SPV und SSP; SVA
<b>II/1.3</b>	<b>Best-Practice-Ansätze</b> und Ansätze des gemeinsamen Lernens bekanntmachen und <b>fördern</b> , über die Regionen und Sprach- bzw. Kantonsgrenzen hinweg: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Best-Practice-Ansätze identifizieren</li> <li>• Best-Practice-Ansätze über bestehende Kanäle bekanntmachen (zum Beispiel Weiterbildung, Qualitätszirkel, Fachzeitschriften)</li> <li>• Implementation der Best-Practice-Ansätze fördern (zum Beispiel durch Instrumente basierend auf modernen Kommunikationstechnologien)</li> </ul>	<b>SGED</b> QualiCCare; PcD; Industrie
<b>II/2</b>	<b>Diabetes-Betroffene werden ab Diagnosestellung über Betreuungseinheiten hinweg interdisziplinär und interprofessionell koordiniert betreut. Sie werden mit dem Ziel des Empowerments während und zwischen den Konsultationen besser unterstützt, um autonom und selbstverantwortlich handeln zu können.</b>	
→ Siehe dazu insbesondere Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>II/2.1</b>	<b>Selbstmanagement- und Diabetes-spezifische Schulungen für Patient/innen systematisch anbieten</b> (ab Diagnosestellung; mit Inhalten entsprechend der geltenden SGED- bzw. SDG-Empfehlung). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Vielfalt kostengünstiger Angebote sicherstellen</li> <li>• Betroffene und Fachpersonen über Angebote informieren</li> </ul>	<b>SDG</b> Beratungssektion der SDG; SVDE; SBK (SIDB); SGED; Organisationen der Grundversorger; Organisationen der Apotheker
<b>II/3</b>	<b>Alle Diabeteskomplikationen werden wirksam verhindert, früher entdeckt und einer effektiven Behandlung zugeführt.</b>	
<b>II/3.1</b>	<b>Patient/innen mit Diabetes mellitus und Angehörige</b> hinsichtlich möglicher Komplikationen sensibilisieren und <b>zur regelmässigen (Selbst-)Kontrolle motivieren.</b>	<b>SDG</b> Beratungssektion der SDG; SVDE; SBK (SIDB); SGED; Organisationen der Grundversorger
<b>II/3.2</b>	<b>Patient/innen systematisch durch Fachpersonen auf die wichtigsten Diabetes-Komplikationen kontrollieren lassen</b> (Nieren, Augen, Füsse), gemäss den Empfehlungen der SGED	<b>SGED</b> Organisationen der Grundversorger; SOG; SGN; USGG; SPV und SSP; SBK (SIDB); QualiCCare
<b>II/3.3</b>	Patient/innen und Fachpersonen der Grundversorgung bezüglich der <b>Angebote für die Versorgung schwieriger Verläufe</b> bei Diabeteskomplikationen informieren und sensibilisieren	<b>SDG</b> (für Zielgruppe Patienten) <b>SGED</b> (für Zielgruppe Grundversorger) SOG; SGN; USGG; SGOT Expertengruppe Fuss; SGINF; SAFW

1 Praxisempfehlungen, die im Rahmen des Programme cantonal Diabète im Kanton Waadt (PcD) und des QualiCCare-Projekts erarbeitet wurden.

## Handlungsfeld III: Daten, Qualität und Finanzierung

Nr	Ziele und Projekte/ Massnahmen	Lead und mögliche Partnerakteure
<b>III/1</b>	<b>Die Verfügbarkeit, Auswertung und Nutzung von Diabetes-relevanten epidemiologischen Daten wird verbessert.</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>III/1.1</b>	<b>Ein nationales Diabetes-Register entwickeln</b> Aktiver Einsatz der Akteure im Bereich Diabetes mellitus – auch auf politischer Ebene – für das politische Ziel eines Diabetesregisters, das Daten zu Komorbiditäten, Behandlungsqualität und Outcomes enthält und an andere relevante Register anschlussfähig ist	<b>SGED/SDG/SDS</b> Organisationen der Grundversorger; QualiCCare u.a.
<b>III/2</b>	<b>Die Leistungen in der Prävention und der koordinierten Versorgung von Diabetes-Betroffenen werden vergütet (über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsförderung/ Prävention, Behandlung bis Rehabilitation).</b>	
→ Siehe auch Massnahmen zu diesem Ziel in der Tabelle 1 (Gemeinsame strategische Prioritäten)		
<b>III/2.1</b>	<b>Plädoyer für eine Indikationserweiterung evidenzbasierter Massnahmen</b> (Lebensstil-Massnahmen und medikamentöse Therapien), damit Personen, bei denen ein Prä-Diabetes <sup>2</sup> identifiziert wurde, vergütete Therapien erhalten können	<b>SGED</b> Organisationen der Grundversorger; DIAfit; SwissPrevent; ev. externe Berater
<b>III/3</b>	<b>Die Versorgung der Patienten mit altbewährten Produkten der Diabetesbehandlung soll sichergestellt werden, auch nach Markteinführung neuer Produkte.</b>	
<b>III/3.1</b>	<b>Plädoyer für die Sicherung der Versorgung mit altbewährten Produkten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Pharmafirmen</li> <li>• bei den Behörden im Hinblick auf die Umsetzung des Verfassungsartikels 117a «Medizinische Grundversorgung»</li> </ul>	<b>SGED/SDG</b> Industrie; BAG

2 Stark erhöhtes Diabetes-Risiko durch gestörte Glukosetoleranz oder erhöhte Nüchternblutglukose.

## 2. Verzeichnis der Abkürzungen

ABI	Knöchel-Arm-Index (ankle-brachial-index)
AG	Arbeitsgruppe
AGLA	Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BSMPA	Berufsverband Medizinischer Praxis-Assistentinnen
BSS	Berufsverband Schweizerischer Stillberaterinnen
CVS	CardioVasc Suisse
EU	Europäische Union
EVHK	Elternvereinigung für das herzkranke Kind
evs	Ergotherapeut/innen Verband Schweiz
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GUCH	Grown-Up with Congenital Heart Disease
HGHD	Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes (nicht als offizielle Abkürzung dieser Strategie zu verwenden)
IPS	Intensivpflegestation
ISPM	Institute für Sozial und Präventivmedizin
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung für hochspezialisierte Medizin
IVR	Interverband für Rettungswesen
KHK	Koronare Herzkrankheit
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz
MPA	Medizinische Praxistent/innen
NCD	Chronische, nicht übertragbare Krankheiten (non-communicable diseases)
NGO	Nichtregierungsorganisation
OdASanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PcD	Programme cantonal Diabète (Vaud)
SAfW	Schweizerische Gesellschaft für Wundbehandlung
SAKR	Schweizerische Arbeitsgruppe Kardiale Rehabilitation
SAMW	Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften
SAQM	Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SC HGHD	Steering Committee der Nationalen Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes
SCT	Swiss Cardiovascular Therapists
SDG	diabetesschweiz (vormals Schweizerische Diabetes-Gesellschaft)
SDS	Schweizerische Diabetes-Stiftung
SFCNS	Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
SGA	Schweizerische Gesellschaft für Angiologie
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für allgemeine Innere Medizin
SGARM	Schweizerische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
SGED	Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie
SGINF	Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie
SGG	Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie



SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
SGHC	Schweizerische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie
SGK	Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie
SGN	Schweizerische Gesellschaft für Nephrologie
SGOT	Schweizerische Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
SHG	Schweizerische Hirnschlaggesellschaft
SHS	Schweizerische Herzstiftung
SHV	Schweizerischer Hebammenverband
SIDB	Schweizerische Interessengemeinschaft Diabetes-Beratung
SIWF	Schweizerisches Institut für Weiter- und Fortbildung
SNG	Schweizerische Neurologische Gesellschaft
SPO	Schweizerische Stiftung Patientenschutz
SOG	Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft
SPV	Schweizerischer Podologen-Verband
SRC	Swiss Resuscitation Council
SSP-SGP	Swiss Society of Paediatrics
SSMVR	Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research
SSVIR	Schweizerische Gesellschaft für vaskuläre und interventionelle Radiologie
SU/SC	Stroke Unit/Stroke Center
SVA	Schweizerischer Verband Medizinischer Praxis Assistentinnen
SVBG	Dachverband der schweizerischen Berufsorganisationen im Gesundheitswesen
SVDE / ASDD	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen
Union/USGG	Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten
WATCH	Arbeitsgruppe der Schweizer Kardiologen für Jugendliche und Erwachsene mit angeborenem Herzfehler
WHO	Weltgesundheitsorganisation

## 3. Glossar

**Arteriosklerose** (*synonym mit Atherosklerose verwendet, umgangssprachlich Arterienverkalkung*): Wörtlich übersetzt heisst Arteriosklerose Verhärtung der Schlagadern. Unter Arteriosklerose versteht man die Ablagerung von Fett, Bindegewebe, Makrophagen, Entzündungszellen und Kalk in der Wand der Arterien, was zu Verengungen führen kann. Im Arterienlumen kann der Blutfluss zusätzlich behindert oder die Arterie durch Auflagerung von Blutgerinnseln verschlossen werden.

**Behandlungspfad:** Ein klinischer Behandlungspfad (*clinical pathway*) ist ein Modell, das einen Ablaufplan für eine medizinische Behandlung beschreibt. (Angepasst von Wikipedia, accessed 8.2.2016).

**Adhärenz** (*früher auch Compliance genannt*): Als Adhärenz bezeichnet man in der Medizin die Einhaltung der gemeinsam von Patient und Behandelnden gesetzten Therapieziele im Behandlungsprozess. Statt Adhärenz wird häufig der Begriff Compliance verwendet, der jedoch nur das einseitige Befolgen der Therapievorgaben durch den Patienten im Fokus hat («Therapietreue»). Dabei wird ausser Acht gelassen, dass für den Therapieerfolg die Mitarbeit beider Behandlungspartner notwendig ist. (Nach DocCheck Flexicon, accessed 8.2.2016)

**Disease Management:** Disease Management ist ein integrierter Ansatz, um den gesamten Versorgungsprozess zu planen und zu koordinieren mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu steigern und/oder Kosten zu sparen. Disease Management kommt vor allem bei chronischen Erkrankungen zum Einsatz, häufig unter Verwendung sogenannter Leitlinien.

**Choosing wisely:** Liste mit Interventionen und Untersuchungen, die gemäss Evidenz oft unnötig angewendet werden und ohne spezielle Begründung nicht mehr durchgeführt werden sollten. Nach dem Projekt «*Choosing Wisely*» des American Board of Internal Medicine.

**eHealth:** Unter dem Begriff eHealth werden in der Schweiz alle elektronischen Gesundheitsdienste zusammengefasst, zum Beispiel elektronisches Patientendossier, Telemedizin, Online-Dienste wie webbasierte Gesundheitsportale oder Dienstleistungen im Internet. (eHealth, BAG in [38])

**Empowerment:** Patienten-Empowerment hat das Ziel, die Stellung des Patienten durch Information, Mitwirkung und Mitentscheidung zu verbessern.

**Epidemiologie:** Wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Verbreitung sowie den Ursachen und Folgen von gesundheitsbezogenen Zuständen und Ereignissen in Bevölkerungen oder Populationen beschäftigt. (Wikipedia, accessed 12.2.2016)

**Früherkennung:** Bei der Früherkennung von Krankheiten geht es darum, eine Erkrankung, eine Störung bzw. Fehlbildung oder einen anderen Gesundheitsschaden rechtzeitig zu erkennen. Diese Massnahmen werden in der Literatur auch als sekundäre Prävention bezeichnet, zum Beispiel Früherkennungsuntersuchungen bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebsvorsorge.

**Gemeinschaftliche Selbsthilfe:** Gemeinschaftliche Selbsthilfe ist vielseitig und kann unterschiedliche Formen annehmen. Örtliche Selbsthilfegruppen, die Vernetzung einzelner Personen miteinander und Selbsthilfeangebote im Internet sind verschie-

dene Ausprägungen der Selbsthilfe. Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Hilfe und Solidarität sind die wichtigsten und prägendsten Merkmale der Gemeinschaftlichen Selbsthilfe. (Webseite Selbsthilfe Schweiz, accessed 6.5.2016)

**Gesundheit:** Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. (WHO)

**Gesundheitsdeterminanten** (*auch Einflussfaktoren genannt*): Oberbegriff für die Risiko- und Schutzfaktoren, die das Auftreten einer Krankheit beeinflussen. Sie lassen sich in körperliche (endogene wie das Immunsystem und exogene wie das Bewegungsverhalten), psychische (wie die Selbstwirksamkeitserwartung), soziale (wie soziale Unterstützung) und physikalisch-materielle (wie die Beschaffenheit von Nahrungsmitteln) Faktoren unterteilen [1].

**Gesundheitsförderung:** Es ist in der fachlichen Diskussion umstritten, ob und in welcher Hinsicht sich die Gesundheitsförderung von der Prävention unterscheidet. Da es bei der Gesundheitsförderung wie bei der Prävention in erster Linie darum geht, Schutzfaktoren zu stärken und Risikofaktoren zu reduzieren, werden die beiden Begriffe hier synonym verwendet [39].

**Gesundheitskompetenz:** Die individuelle Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. (Nach Kickbusch 2006)

**Gesundheitssystem:** Ein gesellschaftsweit operierendes System mit der Funktion der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit durch Diagnose, Behandlung und Prävention. Das Gesundheitssystem ist eng verbunden mit Gesundheitsorganisationen (wie Spitälern), die wie die meisten Organisationen aber auch eng mit dem Wirtschaftssystem gekoppelt sind [39].

**Gesundheitsversorgung:** Die Gesundheitsversorgung umfasst alle medizinischen und nicht-medizinischen Personen, Organisationen, Einrichtungen, Regelungen und Prozesse, deren Aufgabe die Förderung und Erhaltung der Gesundheit wie auch die Behandlung von Krankheiten und Verletzungen ist. (Wikipedia, in [39])

**Grundversorgung** (medizinische): Die medizinische Grundversorgung umfasst die präventive und kurative Versorgung der Bevölkerung durch ärztliche Grundversorger, Pflegefachpersonen, Apotheker/innen, Hebammen, Physio- und Ergotherapeut/innen, Ernährungsberater/innen, Medizinische Praxisassistent/innen und Fachangestellte Gesundheit [39].

**Inzidenz:** Anzahl Neuerkrankte während eines Zeitraums im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung unter Risiko. Die Inzidenz erlaubt die Einschätzung neuer Krankheitsfälle in der Bevölkerung. (Gutzwiller F, Jeanneret O. et al. 1996)

**Krankheitsgruppe:** In dieser Strategie wurden vier Krankheitsgruppen gebildet: Erkrankungen des Herzens; Erkrankungen der Gefässe; Hirnschlag; Diabetes (mellitus).

**Krankheitslast:** Die Krankheitslast (*burden of disease*) ist ein Begriff aus der Epidemiologie. Sie ergibt sich aus der Häufigkeit und Schwere einer Erkrankung, aus den gesundheitsbezogenen (zum Beispiel körperliche Behinderung), wirtschaftlichen (zum Beispiel Verlust des Arbeitsplatzes) und sozialen (zum Beispiel Einsamkeit) Konsequenzen, die eine Krankheit nach sich ziehen kann und wird als Verlust an gesunden Lebensjahren in disability-adjusted life years (DALY) gemessen.

**Multimorbidität:** Als Multimorbidität bezeichnet man mehrere gleichzeitig auftretende bzw. bereits bestehende Krankheiten bei einem/einer Patient/in.

**Mortalität** (*Synonym zu Sterblichkeit; umgangssprachlich anstelle Letalität*): Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum (i.d.R. ein Jahr) bezogen auf 1000 Individuen einer Population.

**Morbidität:** Die Morbidität gibt an, wie viele Individuen einer Population in einem bestimmten Zeitraum eine bestimmte Erkrankung erlitten haben (DocCheck Flexicon, accessed 3.2.2016). In der Praxis wird der Begriff auch oft für die Inzidenz von Komplikationen oder Folgeerkrankungen bei Betroffenen verwendet. (Wikipedia, 08.02.16)

**Palliative Care:** Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und /oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Patient/innen wird eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode gewährleistet und die nahestehenden Bezugspersonen werden angemessen unterstützt. Die Palliative Care beugt Leiden und Komplikationen vor. Sie schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein [40].

**Prävalenz:** Anzahl Erkrankte im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung zu einem gegebenen Zeitpunkt. Die Prävalenz ist das einfachste Mass der Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung. (Gutzwiller F, Jeanneret O. et al. 1996)

### **Prävention: Primär- /Sekundär- /Tertiärprävention**

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 und auf eine Verbesserung der Lebensqualität [1].

*Nota bene:* Die Prävention nach Herzinfarkt und Hirnschlag wird in dieser Strategie sinngemäss als Tertiärprävention bezeichnet.

**Risikofaktoren:** Faktoren, die durch einen kausalen Zusammenhang die Wahrscheinlichkeit erhöhen, an einer kardiovaskulären Krankheit oder Diabetes zu erkranken [39].

**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 [39].

**Selbstwirksamkeit:** Selbstwirksamkeit (*self-efficacy*) ist die Überzeugung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich ausführen bzw. in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung im Sinne von Bewältigung oder Verhaltensänderung erbringen zu können. (Bandura, 1977)

**Über-, Unter- und Fehlversorgung:** Unter *Überversorgung* versteht man medizinische Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen gewährt werden (zum Beispiel aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen). Als *Unterversorgung* wird eine Gesundheitsversorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf verstanden, die verweigert oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind. *Fehlversorgung* bedeutet die durchgeführte oder unterlassene Versorgung, die gemäss medizinischer Evidenz oder nach Massgabe der Erfahrung häufig zu einem Behandlungsschaden (potenzieller Schaden) oder zu einem entgangenen Nutzen führt<sup>1</sup>.

**Verhältnisprävention** (*synonym mit struktureller Prävention verwendet*): Die verhältnis- oder setting-bezogenen Präventionsansätze sind auf Veränderungen in sozialen Systemen (Unternehmen, Familien, Rechtssystem etc.) ausgerichtet resp. auf Veränderungen der physikalisch-materiellen Umwelt (zum Beispiel durch die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Umgebung) [39].

**Versorgungsforschung:** Ziel der Versorgungsforschung ist es, Erkenntnisse zu gewinnen, wie sich die Strukturen der Kranken- und Gesundheitsversorgung optimieren, die Versorgungsqualität und die Effizienz steigern, die Über-, Unter- und Fehlversorgung reduzieren und die Patientenorientierung und -sicherheit erhöhen lassen. (BAG Faktenblatt Versorgungsforschung, 2015)

**Versorgungskoordination, koordinierte Versorgung** (*oft synonym mit integrierter Versorgung verwendet*): Gesamtheit der Verfahren, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern, wobei – wo sinnvoll – auch Präventionsaspekte einfließen sollen. Der Patient oder die Patientin sollen im Zentrum stehen und Integration und Koordination sollen entlang der Patientepfade erfolgen [41].

**Vision:** Die Vision beschreibt einen idealen Zustand in unbestimmter Zukunft. Die Strategie richtet sich nach dieser Vision aus.

**Vorzeitige Todesfälle:** Todesfälle vor dem Erreichen des 70. Lebensjahrs. «Die verlorenen potenziellen Lebensjahre (VPL) sind ein Indikator für vorzeitige Mortalität. Zur Berechnung der VPL werden die Todesfälle jeder Altersgruppe addiert und anhand der Zahl der bis zur Altersgrenze von 70 Jahren verbleibenden Lebensjahre gewichtet. Tritt beispielsweise der Tod im 5. Lebensjahr ein, werden 65 VPL gezählt. Die Grenze von 70 Jahren ist festgelegt und wird oft so gewählt (zum Beispiel von der OECD), um die Zahlen vergleichen zu können [42].

1 [www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/unter-ueber-fehl-versorgung](http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/unter-ueber-fehl-versorgung), accessed 6.5.2016

## 4. Zusammensetzung der Steuergruppe und Arbeitsgruppen sowie weitere Mitwirkende

(jeweils in alphabetischer Reihenfolge, ohne Angabe der Titel)

### Steuergruppe Strategieentwicklung

**Vorsitz:** Felix Mahler (CVS), unterstützt von Andreas Biedermann (CVS) und Claudia Kessler (CVS)

**Mitglieder der Steuergruppe:** Ursula Koch (bis Juni 2015) und Eva Bruhin (BAG), Peter Diem (SGED), Augusto Gallino (USGG), Felix Gutzwiller (Experte Public Health und Gesundheitspolitik), Sébastien Jotterand (mfe) (bis Oktober 2015), Therese Junker (SHS), Markus Kaufmann (GDK), Urs Kaufmann und Michael Zellweger (SGK), René Lerch (SHS), Philippe Lyrer (SHG), Tania Weng-Bornholt (QualiCCare, SDG), Matthias Wilhelm (SGK)

### Arbeitsgruppe Herz

**Leitung der Arbeitsgruppe Herz:** Matthias Wilhelm (SGK)

**Mitglieder der Arbeitsgruppe:** Matthias Greutmann (SGK), Matthias Hermann (SGK), Roger Hullin (SGK), Raban Jeger (SGK), Peter Jüni (BIHAM); Michael Kühne (SGK), Christian Matter (SGK), Georg Noll (SGK und Schweizerische Hypertonie Gesellschaft), Dragana Radovanovic (SGK), Marco Roffi (SGK), Francesco P.A. Siclari (bis April 2016) und Alberto Weber (ab Mai 2016) (SGHC), Gaby Stoffel (SGK), Michael Zuber (SGK)

### Arbeitsgruppe Gefässe

**Leitung der Arbeitsgruppe:** Augusto Gallino (USGG), unterstützt von Felix Mahler (CVS, USGG)

**Mitglieder der Arbeitsgruppe:** Stefan Küpfer (SGP), Dieter Mayer (SGG), Salah Qanadly (SSVIR), Martin Schneller (SGAIM), Daniel Staub (SGA), Hans Stricker (SGA)

### Arbeitsgruppe Hirnschlag

**Leitung der Arbeitsgruppe:** Philippe Lyrer (SHG), unterstützt von Gian Marco De Marchis (SHG, Young Stroke Physicians)

**Mitglieder der Arbeitsgruppe:** Leo Bonati (Swiss Stroke Registry); Robert Bühler (SHG); Doris Mösinger und Matthias Küng (Pflegeexperten Stroke, Netzwerk Stroke Pflege); Hakan Sarikaya (SHG); Jochen Vehoff (SHG)

### Arbeitsgruppe Diabetes

**Leitung der Arbeitsgruppe:** Peter Diem (SGED), Tania Weng-Bornholt (SDG/QualiCCare)

**Mitglieder der Arbeitsgruppe:** Michael Brändle (SGED), Christine Carnal (MFE, SGAIM), Emanuel Christ (SGED), Gentiane Colque (SGED), Doris Fischer-Taeschler (SDG), Rolf Gräni (SGED), Isabelle Hagon-Traub (PcD/SGED), Margrit Hasler (SIDB), Jürg Pfisterer (SGIM), Katrin Schimke (SGED), Isabelle Zanella-Ayer (Beratungssektion SDG/ SVDE)

## Gruppe Syntheseworkshop – Bearbeitung der gemeinsamen Prioritäten

**Vorsitz:** Felix Mahler (CVS)

**Leitung:** Claudia Kessler (CVS) und Andreas Biedermann (CVS)

**Teilnehmende:** Hermann Amstad (SAMW), Eva Bruhin (BAG), Gian Marco de Marchis (SHG), Peter Diem (SGED), Steffen Eychmüller (palliative.ch), Claudia Galli (SVBG), Augusto Gallino (USGG), Felix Gutzwiller (Experte Public Health und Gesundheitspolitik), Sébastien Jotterand (mfe), Therese Junker (SHS), Markus Kaufmann (GDK), René Lerch (SHS), Carmen Rahm (Selbsthilfe Schweiz), Tania Weng-Bornholt (QualiCCare, SDG), Matthias Wilhelm (SGK), Barbara Züst (SPO). Weitere eingeladene Vertreter/innen diverser Organisationen mussten sich entschuldigen.

## Mitglieder von CardioVasc Suisse<sup>1</sup>

### Fachorganisationen:

Schweizerische Gesellschaft für Angiologie; Schweizerische Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie; Schweizerische Gesellschaft für Herz- und Thorakale Gefässchirurgie; Schweizerische Gesellschaft für Gefässchirurgie; Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie; Schweizerische Gesellschaft für kardiovaskuläre und interventionelle Radiologie; Schweizerische Gesellschaft für pädiatrische Kardiologie; Schweizerische Gesellschaft für Phlebologie; Schweizerische Hirnschlag Gesellschaft; Schweizerische Hypertonie Gesellschaft; Swiss Cardiovascular Therapists; Swiss Society of Microcirculation and Vascular Research; Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten

### Förder- und Patientenorganisationen:

Cuore Matto; Schweizerische Diabetes-Stiftung; Elternvereinigung für das herzkranken Kind; Marfan-Stiftung Schweiz; Schweizerische Adipositas-Stiftung; diabetesschweiz/Schweizerische Diabetes-Gesellschaft; Schweizerische Herzstiftung; Schweizerischer Transplantierten Verein

## Erweiterter Stakeholderkreis und Beteiligte in den Vernehmlassungsschritten

### In folgenden Schritten wurden weitere Stakeholder in die Vernehmlassung einbezogen:

- Im Anschluss an die Arbeitsgruppen-Workshops (Lead: AG-Leitung)
- Vernehmlassung der Key Stakeholder (Lead: AG-Leitung für die krankheitsgruppenspezifischen Inhalte; Projektleitung für die gemeinsamen übergeordneten Anliegen)

In der Schlussvernehmlassung wurden im ersten Quartal 2016 über 200 Vertreter/innen folgender Stakeholder-Kategorien abgeholt (auf eine namentliche Nennung der Organisationen und Personen wird verzichtet):

- Vorstände der Trägerorganisationen
- Ärztliche und nicht-ärztliche Fachgesellschaften der Gesundheitsberufe und ausgewählte Arbeitsgruppen; Chefärzte von involvierten Disziplinen
- BAG
- H+
- GDK
- Krankenversicherer
- Patientenorganisationen
- Politik
- Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und andere Stiftungen
- Wissenschaft, Lehre und Public Health
- u.a.

Im Rahmen dieser Vernehmlassung gingen rund fünfzig Stellungnahmen ein.

<sup>1</sup> [www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1473](http://www.cardiovascsuisse.ch/index.php?id=1473), accessed 25.1.2016.

## 5. Referenzliste

- [1] BAG, «Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024,» 2016.
- [2] BAG and GDK, zweiter Stakeholderanlass; «Präsentation Stakeholderanlass: Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten,» 2015.
- [3] Krebsliga Schweiz, «Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2017,» 2014.
- [4] BAG and GDK, «Nationale Demenzstrategie 2014–2017,» 2014.
- [5] GDK und BAG, «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung,» 2012.
- [6] Bundesrat, «Nationale Strategie Sucht 2017-2024,» 2015.
- [7] Bundesrat, «Nationales Konzept Seltene Krankheiten,» 2014.
- [8] BAG, «Schweizer Ernährungsstrategie 2013-2016,» 2012.
- [9] OBSAN, Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. 2015.
- [10] F. Moreau-Gruet, «Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren,» Obs. Bull., vol. 4, pp. 1–8, 2013.
- [11] BFS, «Häufigste Todesursachen 2014,» 2016 <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>.
- [12] BAG, «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie): Zahlenspiegel,» 2015.
- [13] IHME, «GBD PROFILE?: SWITZERLAND,» 2013.
- [14] M. et al. Nichols, «Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update,» Eur. Heart J., vol. 35, pp. 2950–2959, 2014.
- [15] BFS, «Trends Sterbefälle und Sterbeziffern wichtiger Todesursachen, 2013.» BFS, 2013.
- [16] J. Perk, G. De Backer, H. Gohlke et al., «European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice» Eur. Heart J., vol. 33, no. 13, pp. 1635–1701, 2012.
- [17] The Emerging Risk Factors Collaboration, «Association of Cardiometabolic Multimorbidity With Mortality,» JAMA, vol. 314, pp. 52–60, 2015.
- [18] R. W. Yeh, S. Sidney, M. Chandra et al., «Population Trends in the Incidence and Outcomes of Acute Myocardial Infarction,» N. Engl. J. Med., vol. 362, no. 23, pp. 2155–2165, 2010.
- [19] BFS, Gesundheitsstatistik 2014. 2014.
- [20] D. Radovanovic, «Temporal trends in treatment of ST-elevation myocardial infarction among men and women in Switzerland between 1997 and 2011,» Eur. Heart J., vol. September, pp. 183–191, 2012.
- [21] B. Bjarnason-Wehrens, H. McGee, A.-D. Zwisler et al., «Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey,» Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil., vol. 17, no. 4, pp. 410–418, 2010.
- [22] S. Healey and S. Roopinder, «Are We Ready for Mass Screening to Detect Atrial Fibrillation?,» Circulation, vol. 131, pp. 2167–2168, 2015.
- [23] C. Verheugt and et al, «The emerging burden of hospital admissions of adults with congenital heart disease,» Heart, vol. 96, no. 11, pp. 872–878, 2010.
- [24] L. Widmer, «Venenerkrankungen, Häufigkeiten und sozialmedizinische Bedeutung: Basler Studie III,» Huber Bern, 1982.
- [25] R. Sacco and D. Chuanhui, «Declining Stroke Incidence and Improving Survival in US Communities. Evidence for Success and Future Challenges,» JAMA, vol. 312, pp. 237–238, 2014.



- [26] B. Goeggel Simonetti, M.-L. Mono, U. Huynh-Do et al., «Risk factors, aetiology and outcome of ischaemic stroke in young adults: the Swiss Young Stroke Study (SYSS).», *J. Neurol.*, 2015.
- [27] R. M. Müri, «Häufige Demenzformen – Prävalenz , klinische Präsentation und Differenzialdiagnostik,» pp. 10–27, 2010.
- [28] M. U. Qazi and S. Malik, «Diabetes and Cardiovascular Disease: Original Insights from the Framingham Heart Study,» *Glob. Heart*, vol. 8, no. 1, pp. 43–48, Mar. 2013.
- [29] E. W. Gregg, Y. Li, J. Wang et al., «Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990-2010.,» *N. Engl. J. Med.*, vol. 370, no. 16, pp. 1514–23, Apr. 2014.
- [30] BAG, «Studie präsentiert erstmalige Berechnungen der direkten und indirekten Kosten der wichtigsten nichtübertragbaren Krankheiten,» 2014.
- [31] BFS, «Gesundheit:Taschenstatistik 2015,» 2015.
- [32] E. P. Soler and V. C. Ruiz, «Epidemiology and risk factors of cerebral ischemia and ischemic heart diseases: similarities and differences.,» *Curr. Cardiol. Rev.*, vol. 6, no. 3, pp. 138–49, 2010.
- [33] E. Martin-Diener, J. Meyer, J. Braun et al., «The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases.,» *Prev. Med. (Baltim.)*, vol. 65, pp. 148–52, Aug. 2014.
- [34] H. Kuendig, A. Georges, and L. Notari, «Comparaison de résultats du Monitoring sur le Tabac Suisse 2010 et de l'enquête CoRoLAR 2011,» 2012.
- [35] BFS, «Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012,» 2013.
- [36] BAG, «Spectra Dezember 2014,» 2014.
- [37] U. Zellweger and M. Bopp, «Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz,» Schweizerische Herzstiftung, 2016.
- [38] W. Oggier et al. *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*, 5th ed. hogrefe, 2015.
- [39] BAG, «Glossar zur Verständigung in den Arbeitsgruppen – NCD Strategie,» 2015.
- [40] BAG and GDK, «Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015,» 2012.
- [41] BAG, «Faktenblatt Koordinierte Versorgung,» 2015.
- [42] BFS, «Todesursachenstatistik,» *BFS Aktuell*, vol. 4, 2013.