

Schwerpunkt

Schweizerisches Gesundheitssystem

Vorsorge

Rechnung AHV, IV, EO 2011

Familienfragen

Ökonomische Situation Alleinerziehender

Soziale Sicherheit

CHSS 2/2012



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 2/2012

Editorial	57
Chronik Februar/März	58
Rundschau	59

Schwerpunkt

Schweizerisches Gesundheitssystem

Wohin steuert die zukünftige Gesundheitspolitik?	60
Der OECD-WHO-Review of Health Systems Switzerland – die wichtigsten Inhalte (M. Duetz Schmucki, BAG)	61
Ausrichtung des Gesundheitssystems korrigieren (R. Koch, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK)	64
Weitere Anpassungen des Gesundheitssystems sind notwendig (St. Leutwyler, Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK)	68
Die Optik der Krankenversicherer: OECD-Bericht als Wegweiser in die Zukunft (U. Pfenninger, santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer)	72
Daten zur Orientierung im Gesundheitssystem (M. Diebold, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium)	76
Der OECD-Bericht marginalisiert die Patientinnen und Patienten (E. Ziltener, Dachverband Schweizerischer Patientenstellen)	80
Zahlreiche Empfehlungen der OECD bereits aufgenommen und umgesetzt (J. de Haller, A.-G. Bütikofer, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH)	84

Bericht der OECD und WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem – erste Evaluation des BAG (D. Sordat Fornerod, BAG)	88
---	----

Invalidenversicherung

Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit (M. Wicki, BSV)	94
Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern fördern (P. Vythelingum, M. Umher, B. Schnellmann, BSV, M. Schwab, SECO)	99

Vorsorge

Die Rechnungsergebnisse 2011 der AHV, IV und der Erwerbsersatzordnung (Bereich Mathematik, BSV)	102
Reaktion der Versicherten auf eine Erhöhung des AHV-Beitragssatzes (P.-Y. Carnal, Sozialinstitutionsleiter und Sozialversicherungsfachmann)	108

Familie, Generationen und Gesellschaft

Die steigende Anzahl Alleinerziehender schafft neue wirtschaftliche Herausforderungen (Ph. Wanner, Universität Genf)	116
--	-----

International

Elektronischer Datenaustausch in Europa: Implementierung von EESSI in der Schweiz (X. Rossmannith, R. Engel, BSV)	120
Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU: Inkrafttreten neuer Verordnungen (K. Fréhelin, BSV)	125

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	127
Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats)	132

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	133
Sozialversicherungsstatistik	134
Literatur	136

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Das schweizerische Gesundheitssystem aus der Aussenperspektive



Stefan Spycher

Dr. rer. pol., Ökonom, Vizedirektor
Bundesamt für Gesundheit, Direktions-
bereich Gesundheitspolitik

Die OECD und die WHO haben im letzten Oktober zum zweiten Mal gemeinsam eine Gesamtschau des schweizerischen Gesundheitssystems vorgenommen. Entstanden ist der Bericht «OECD Reviews of Health Systems 2011: Switzerland», der aus der Aussenperspektive unsere Stärken und Schwächen, aber auch die grössten Herausforderungen in den kommenden Jahren beschreibt sowie Empfehlungen zur Weiterentwicklung formuliert. Ein erster, vergleichbarer Bericht ist 2006 erschienen.

Gemäss dem aktuellen Bericht sei das schweizerische Gesundheitssystem heute zwar gut aufgestellt, aber es brauche zahlreiche Reformen, um sich an die demografischen und epidemiologischen Herausforderungen anpassen zu können. Diese Reformen betreffen unter anderem die politische Steuerung und die Datengrundlagen, die Krankenversicherung, die Gesundheitsberufe sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Die empfohlenen Massnahmen werden knapp, aber konkret dargelegt.

Nun liegt der Ball bei uns. Wir – die Akteure und Akteurinnen im Gesundheitssystem – haben die Chance, diese Aussensicht für eine eigene Standortbestimmung zu nutzen und unsere Vorhaben für die nächsten Jahre an den internationalen Empfehlungen zu spiegeln. Wo entsprechen die von uns geplanten Entwicklungen den im

Bericht vorgeschlagenen Wegen, wo gibt es Unterschiede und wie sind diese zu bewerten?

Einige der kritischeren Feststellungen der OECD-WHO sind auch in der Schweiz schon oft erwähnt worden: Unser System sei relativ teuer, für Prävention und Gesundheitswesen werde vergleichsweise wenig Geld ausgegeben, es zeichne sich ein Mangel an Gesundheitspersonal ab und unsere Datengrundlagen würden noch nicht genügen, um eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik betreiben zu können. Andere Einschätzungen und Blickwinkel sind eher neu. Dazu gehört beispielsweise die Kritik, dass in der Schweiz die gesundheitlichen Ungleichheiten aus internationaler Sicht eher zu wenig thematisiert würden.

Dort, wo die schweizerische mit der internationalen Analyse der Herausforderungen übereinstimmt, gilt es kritisch zu prüfen, ob die von der OECD-WHO vorgeschlagenen Reformmassnahmen in der Schweiz praktikabel sind und zum Ziel führen können. Brauchen wir einen neuen Verfassungsartikel, um die Rollen von Bund und Kantonen zu klären und um sich über eine gemeinsame Vision zu einigen? Inwiefern ist eine einheitliche Finanzierung des Gesundheitssystems umsetzbar, welche Probleme würden damit gelöst und welche neuen Risiken geschaffen werden? Brauchen wir mehr Public-Health-Experten und -Expertinnen und soll deren beruflicher Werdegang aktiv unterstützt werden? Mit welchen Massnahmen können Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt werden?

Der Bericht regt an, über diese Fragen nachzudenken und die Lösungsvorschläge zu diskutieren. Das vorliegende Schwerpunktheft möchte hierzu einen Beitrag leisten. Verschiedene Partner im Gesundheitssystem wurden eingeladen, ihre Sichtweise der Ergebnisse des Berichts darzulegen. Es zeigt sich – wie nicht anders zu erwarten war –, dass es Konsens und Dissens über den einzuschlagenden Weg gibt. Unbestritten ist, dass die zukünftige Gesundheitspolitik evidenzbasiert sein sollte. Und gerade hierzu leistet der neue Bericht der OECD-WHO einen wichtigen Beitrag.

Der Bundesrat unterstützt eine neue Verfassungsbestimmung zur Familienpolitik

Der Bundesrat unterstützt in seiner Stellungnahme die Einführung einer neuen Verfassungsbestimmung zur Familienpolitik, wie sie eine Parlamentskommission vorschlägt. Der Kommissionsentwurf sieht im Wesentlichen vor, die Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit als Staatsaufgabe in der Bundesverfassung zu verankern. Dies erachtet der Bundesrat als Zielsetzung von grosser gesellschafts- und familienpolitischer Bedeutung. Der Bundesrat schliesst sich den Anträgen der Kommissionsminderheiten an und unterstützt eine Verfassungsbestimmung zur Harmonisierung der Alimentenbevorschussung.

Positive Anlageergebnisse der Ausgleichsfonds AHV/IV/EO im Jahr 2011

Das Jahr 2011 der Ausgleichsfonds AHV/IV/EO weist, trotz heftiger Marktturbulenzen und schwierigem Finanzmarktumfeld, eine positive Nettorendite auf dem Gesamtvermögen

von +1,20 Prozent aus. Das Ergebnis auf dem Anlagevermögen, welches Liquidität nicht einbezieht, beträgt sogar +1,53 Prozent.

Beim grössten Sozialwerk, der AHV, beläuft sich die Netto-Anlagerendite 2011 auf +1,37 Prozent, bei der IV auf +0,40 Prozent und bei der EO auf +1,68 Prozent. Aufgrund der unterschiedlichen finanziellen Verpflichtungen der drei Sozialwerke ergeben sich individuelle Anlagestrategien, die zu ungleichen Anlageergebnissen führen, wie im Detail durch die Organe der Ausgleichsfonds anlässlich einer Pressekonferenz in Zürich erläutert wurde.

Die erzielten Resultate sind als erfreulich einzustufen. Zu den vergleichsweise guten Renditen haben insbesondere die im Verlaufe des Jahres getroffenen Massnahmen im Bereich des Riskmanagements sowie bei der Währungsabsicherung beigetragen.

Arbeitgeber und IV gemeinsam für die Eingliederung

Seit dem 1. Januar ist die IV-Revision 6a in Kraft. Die neuen Instrumente der Invalidenversicherung stärken den Unternehmen den Rücken, wenn

sie handycapierte Menschen weiterbeschäftigen oder anstellen. An einer Medienkonferenz haben die Spitzen des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes, des Schweizerischen Gewerbeverbandes, der IV-Stellen-Konferenz und des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV sowie der gastgebende Unternehmer über die gemeinsame Kampagne für Arbeitgeber informiert. Zudem haben sie aufgezeigt, dass mit vereintem Einsatz die gesteckten Eingliederungsziele erreicht werden können.

1. nationale Konferenz Jugend und Gewalt: Gewaltprävention als Gemeinschaftsaufgabe

Bund, Kantone, Städte und Gemeinden setzen sich gemeinsam für eine wirksame Gewaltprävention in der Schweiz ein. An der ersten nationalen Konferenz vom 9. März 2012 in Bern wurden der aktuelle Stand der Gewaltprävention in der Schweiz sowie damit verbundene Herausforderungen beleuchtet. Gleichzeitig wurden das Informationsportal www.jugendundgewalt.ch und ein nationales Beratungsangebot zur Gewaltprävention lanciert.

Krankenversicherung: Teilausgleich von zu viel und zu wenig bezahlten Prämien während sechs Jahren

Der Bundesrat hat die Botschaft für eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes zur Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dem Parlament überwiesen. Innert sechs Jahren sollen kantonale Überschüsse und Defizite der Krankenversicherer teilweise ausgeglichen werden, die in der Vergangenheit entstanden sind.

Der Bundesrat stimmt einer Regulierung der Entlöhnung von Stillpausen zu

Die Entlöhnung von Stillpausen für Arbeitnehmerinnen soll gewährleistet werden. Der Bundesrat hat entschieden, eine entsprechende parlamentarische Initiative der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGKN) zu unterstützen.

Einelternfamilien verlangen mehr Schutz für die Kinder bei der ZGB-Revision zur elterlichen Sorge

Hundert Jahre nach Inkrafttreten des Schweizerischen Zivilgesetzbuchs ZGB werden die Bestimmungen zur elterlichen Sorge revidiert. Aus Anlass der Feier zum 100-Jahre-Jubiläum des ZGB fordert der Schweizerische Verband alleinerziehender Mütter und Väter SVAMV Vorrang für die Kinder und ihre Rechte: Es braucht eine Sorgerechtsregelung, die das hohe Armutsrisiko der Kinder getrennt lebender Eltern beseitigt und die Kinder bei elterlichen Konflikten schützt. Dringend nötig ist ein Mindestunterhaltsbeitrag für Kinder in der Höhe der einfachen maximalen Waisenrente im ZGB.

CHSS-Einbindeaktion: Lassen Sie Ihre «Soziale Sicherheit» einbinden!

Das Atelier du livre in Bern führt erneut eine Einbindeaktion für die CHSS zu günstigen Konditionen durch (Einband in rotem Leinen mit schwarzer Rückenprägung).

Die Preise

- | | | | |
|--|------------------|--|------------------|
| • Einband für Jahrgänge 2010/2011 (Doppelband) inkl. Einbinden | Fr. 31.50 | • Einbinden älterer Jahrgänge (1 oder 2 Jahrgänge) pro Einband | Fr. 33.30 |
| • Einband für 1 Jahrgang (2010, 2011) inkl. Einbinden | Fr. 29.40 | • Einbanddecke ohne Binden für 1 oder 2 Jahrgänge | Fr. 18.20 |

Die Preise verstehen sich ohne MWST, Porto und Verpackung. **Für die Einbindeaktion sollten die kompletten Jahrgänge der Zeitschrift bis Ende Mai 2012 an die Buchbinderei gesandt werden.** Die gebundenen Hefte werden Ende Juli 2012 zurückgeschickt. Verwenden Sie bitte für Ihren Auftrag eine Kopie dieses Talons.

Wir senden Ihnen die Hefte folgender Jahrgänge

Ältere Jahrgänge 2009 2010 2011

Wir wünschen

Einbinden in Zweijahresband für Jahrgänge Einbinden in Einjahresband für Jahrgänge

Wir bestellen

Einbanddecken für die Jahrgänge

Adresse

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Datum/Unterschrift

Einsenden an: Schumacher AG, Atelier du livre, Dorngasse 12, 3007 Bern, Telefon 031 371 44 44

Wohin steuert die zukünftige Gesundheitspolitik?



(Foto: Christoph Wider)

Die Schweiz verfügt über ein sehr gut funktionierendes, aber auch teures Gesundheitssystem – so eine der Hauptaussagen des OECD-WHO-Berichts über das schweizerische Gesundheitssystem. Trotzdem: Das System weist Mängel auf, zum Beispiel in den Bereichen Steuerung und Daten, Wirtschaftlichkeit und Finanzierung, Planung des Gesundheitspersonals und Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung. Im vorliegenden Schwerpunkt kommentieren Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem den Bericht, bringen kritische Anmerkungen an und diskutieren Lösungsvorschläge.

Der OECD-WHO-Review of Health Systems Switzerland – die wichtigsten Inhalte

Der zweite OECD-WHO-Bericht (2011) enthält eine Aktualisierung der Informationen der Ausgabe von 2006 und vertieft die Analysen zur Gouvernanz, zur Krankenversicherung und zum Gesundheitspersonal. Gemäss den Ergebnissen liegt die grundlegende Herausforderung für das schweizerische Gesundheitssystem darin, wirksam auf die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbiditäten reagieren zu können. Der Bericht wurde im Auftrag des Departements des Innern gemeinsam durch die OECD und die Weltgesundheitsorganisation erstellt.



Margreet Duetz Schmucki
Bundesamt für Gesundheit

Kontext

Im Jahr 2006 erschien der erste von der WHO und der OECD gemeinsam verfasste Bericht über das schweizerische Gesundheitssystem (OECD-WHO 2006). Der damalige Auftrag bestand darin, die Leistungsfähigkeit des Systems und seiner Institutionen an politischen Schlüsselzielen wie Wirksamkeit und Qualität, Zugang zum Gesundheitssystem und Kundenzufriedenheit, Effizienz und finanzielle Nachhaltigkeit zu messen. Die Einschätzung durch die beiden internationalen Institutionen ermöglichte einen wertvollen Gesamtblick auf das schweizerische Gesundheitswesen und stellte die laufenden Reformdiskussionen in der Schweiz in einen breiteren Kontext. Einige Anregungen des Berichts von 2006 führten zu politischen Reformdebatten und zu konkreten Resultaten bzw. Projekten, wie beispielsweise das elekt-

ronische Patientendossier, das Präventionsgesetz und die Qualitätsstrategie des Bundes.

Fünf Jahre später erteilte Bundesrat Burkhalter der OECD und der WHO den Auftrag, den Bericht zu aktualisieren und darüber hinaus eine vertiefte Analyse in den Themenbereichen «Gouvernanz/Steuerung», «Gesundheitspersonal» und «Krankenversicherung» aufzunehmen. Dieser zweite OECD-WHO-Bericht über das schweizerische Gesundheitssystem ist am 17. Oktober 2011 erschienen (OECD-WHO 2011). Die beiden Organisationen stützten sich auf die Informationen und Angaben der Verwaltungseinheiten des Bundes und der Kantone sowie die Universität Basel. Darüber hinaus wurden Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich mit einbezogen, welche die Sicht der Krankenversicherungen, der Spitäler und Heime, der Ärzteschaft und der Pflege, der pharmazeutischen Industrie sowie einiger NGOs vertreten konnten.

Hauptaussagen

Der Bericht hält fest, dass die Schweiz über ein sehr gut funktionierendes, aber auch teures Gesundheitssystem verfügt. Einige Reformen, besonders die Neuregelung der Spitalfinanzierung, müssen ihre Wirkung noch zeigen, aber die Möglichkeiten zur Kosteneindämmung sind noch nicht ausgeschöpft: z.B. funktioniert der Wettbewerb unter den Krankenversicherern nicht optimal und es bestehen nach wie vor Fehlanreize aufgrund der dualen Spitalfinanzierung. Die Bevölkerung zeigt sich sehr zufrieden mit den Versorgungsleistungen, die im Rahmen der sozialen Krankenversicherung auch weitestgehend gedeckt sind. Die Gesundheitskosten sind für manche Haushalte aber erheblich, dies unter anderem aufgrund des relativ hohen Anteils an Selbstzahlungen. Die Grundversorgung, besonderes aber auch die Prävention und die Gesundheitsförderung, haben im schweizerischen Gesundheitssystem einen zu geringen Stellenwert. Zudem etablieren sich die Früherkennungsprogramme, z.B. das Brustkrebs-Screening, nur zögerlich. Im Bereich Health Professionals zeigt sich, dass sich in gewissen Berufsgruppen ein Mangel anbahnt, obwohl das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich noch relativ viel Personal beschäftigt.

Die gesundheitspolitische Gouvernanz ist stark von der föderalistischen Staatsstruktur geprägt. Innerhalb dieses gegebenen Rahmens zeigt der Bericht Potenzial für eine Optimierung der Steuerungsmöglichkeiten auf.

Eindeutig ist, dass es dazu einer verbesserten Datenlage bedarf. Unter anderem bestehe zu wenig Transparenz zur Qualität der Leistungen und zur Kostenwirksamkeit.

Die Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbiditäten wird als die grundlegende Herausforderung für die Gesundheitspolitik geortet. Der Bericht enthält diverse Empfehlungen dazu, wie das schweizerische Gesundheitssystem wirksam auf diese Veränderungen reagieren kann. Diese Empfehlungen werden in der Folge unkommentiert zusammengefasst.

Empfehlungen

Steuerung und Daten

Die Gouvernanz des Gesundheitssystems soll im Sinne einer gemeinsamen strategischen Zukunftsvision verbessert werden. Zur Stärkung der gesundheitspolitischen Steuerung soll die Koordination zwischen Bundes- und Kantonebenen sowie unter den Kantonen gestärkt und institutionalisiert werden, besonders hinsichtlich der Versorgungsplanung. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, ein Rahmengesetz für den Gesundheitsbereich einzuführen. In diesem Rahmengesetz sollen eine gemeinsame Vision und konkrete Ziele für das Gesundheitssystem definiert werden.

Um die Gesundheitspolitik evidenzbasiert gestalten zu können, braucht es eine angemessene Wissensgrundlage. Die Gesundheitsinformationssysteme sollen sich weiterentwickeln, indem auf nationaler Ebene verbindliche Zeitpläne und Standards vereinbart werden. Die Kantone sollen jeweils über ein einheitliches minimales Datenset Bericht erstatten, welches Indikatoren zu Gesundheitsrisiken, zum Gesundheitspersonal, zur ambulanten Versorgung und zur Grundversorgung, zur Leistungsqualität sowie zu gesundheitsbezogenen Ungleichheiten umfasst. Mit dem minimalen Datenset wäre sichergestellt, dass die Daten verglichen und aggregiert werden können.

Eine andere Art von Informationssystemen betrifft den Datenaustausch auf der Versorgungsebene. In diesem Bereich sind gemäss den Empfehlungen die Einführung von elektronischen Patientendossiers, von einer eindeutigen Patientenidentifizierung sowie von individuellen computerlesbaren Smart Cards prioritär.¹

Krankenversicherung

Im Bereich der sozialen Krankenversicherung stehen einige wichtige Anpassungen von Finanzierungs- und Abgeltungsmechanismen an.

Der Einsatz von Health Technology Assessment (HTA) soll vermehrt systematisch erfolgen, damit die Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verstärkt geprüft werden können. Die Kostenbeteiligungssysteme sollen im Sinne einer verbesserten Kostenwirksamkeit ausge-

staltet und integrierte Versorgungsmodelle sollen gefördert werden. Der Wettbewerb unter Krankenversicherern soll über eine schrittweise Zulassung der Vertragsfreiheit sowie eine Verfeinerung der Risikoausgleichsmechanismen, welche Morbiditätsfaktoren mit einbezieht, verbessert werden.

Ein weiteres Thema ist die soziale Gerechtigkeit bei der Finanzierung. Die Auswirkungen von Versicherungsmodellen mit hoher Kostenbeteiligung auf den Zugang zu den Versorgungsangeboten sollen überwacht werden. Ebenso bedarf die Wirksamkeit von Schutzmechanismen für einkommensschwache Personen weiterhin Aufmerksamkeit. In Zusammenhang mit den Prämienverbilligungen wäre die Festlegung von Mindestanforderungen für die Anspruchsberechtigung prüfenswert.

Gesundheitspersonal

Im Bericht wird eine Reihe von Massnahmen empfohlen, die zur Stärkung der strategischen und nationalen Planung des Gesundheitspersonals beitragen sollten.

Dies betrifft zum einen die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten über die Unterstützung von medizinischen Fakultäten und von weiteren Ausbildungsgängen z.B. im Pflegebereich. Besonderes in jenen Bereichen, in denen Personalmangel vorhanden ist oder droht, soll die Ausbildung in der Schweiz gefördert werden. Auch eine Erhöhung des Einkommensniveaus in diesen Bereichen – besonders auch in der Grundversorgung – über eine Anpassung der Tarife kann dem Personalmangel entgegenwirken. Sofern weiterhin Personal aus dem Ausland rekrutiert werden muss, weist der Bericht auf den WHO-Verhaltenskodex zur Rekrutierungspraxis hin, der die Grundsätze einer wirksamen und gerechten internationalen Migration von Gesundheitspersonal festhält.²

Zum anderen verändern sich auch die Anforderungen an die Gesundheitsfachpersonen aufgrund der sich verändernden Morbiditätsprofile der Patientinnen und Patienten. Dies bedingt die Förderung neuer, interdisziplinärer und berufsübergreifender Zusammenarbeitsformen, beispielsweise im Kontext von integrierten Versorgungsmodellen oder Disease-Management-Programmen.

Damit die in der Schweiz vorhandenen Arbeitskräfte nachhaltig eingesetzt werden können, bedarf es weiterer Massnahmen, welche die Attraktivität der Berufsausübung bzw. einer beruflichen Wiedereingliederung erhöhen. Dabei könnten jene Spitäler, die besonders erfolgreich bei der Personalrekrutierung sind und die Mitarbeitenden auch überdurchschnittlich lange behalten können, eine Rolle spielen: Diese sogenannten «Magnet-

1 Smart Cards: Versichertenkarte bzw. Träger von Authentisierungszertifikaten

2 www.who.int/hrh/migration/code/practice/en

Spitäler» können die anderen Spitäler mit Informationen zu ihrer Personalpolitik beliefern.

Eine weitere vorgeschlagene Massnahme betrifft die Entwicklung von Laufbahnstrukturen im Bereich Public Health sowie die Gründung eines nationalen Kompetenzzentrums in diesem Bereich, damit die öffentliche Gesundheit auf evidenzbasierte Beratungen zurückgreifen kann.

Um eine gute Berichterstattung der Resultate der nationalen Beschäftigungspolitik im Gesundheitswesen zu ermöglichen, sollen die Überwachung und Evaluationen mittels eines neu aufzubauenden Informationssystems sichergestellt werden.

Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsqualität

Wie bereits in der Ausgabe von 2006 wird im aktuellen OECD-WHO-Bericht angeregt, dass der Stellenwert der Prävention im schweizerischen Gesundheitssystem erhöht werden soll. Ein wichtiger Schritt dazu wäre es, ein Bundesgesetz zu Public Health und Prävention einzuführen, aber auch Präventionsmassnahmen im Kontext der Versorgung sollen vermehrt gefördert werden. Wichtig wäre eine systematische Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen. Dabei sollen nichtlandesweit verfügbare Angebote wie beispielsweise Brustkrebs-Früherkennung besonders beachtet werden, ebenso jene Massnahmen, deren Kostenwirksamkeit eindeutig nachgewiesen wurde, wie z.B. Tabak- und Alkoholbesteuerung. Um solche Änderungen durchführen zu können, soll die politische Führerschaft im Gesundheitssystem gestärkt werden.

Die Versorgungsqualität kann verbessert werden, indem nationale Initiativen in diesem Bereich verstärkt finanzielle Unterstützung finden. Besonderer Beachtung bedarf auch die Berichterstattung zur Versorgungsqualität im stationären und im ambulanten Bereich. Dies soll von den Leistungserbringern aufgrund von landesweit einheitlichen Qualitätsindikatoren-Daten sichergestellt werden.

Wirtschaftlichkeit der Versorgung und Arzneimittelausgaben

Um die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu verbessern, sollen die Alternativen zur dualen Spitalfinanzierung geprüft werden. Im Bericht steht ein Wechsel zu einem monistischen System im Vordergrund, in dem die kantonalen Beiträge beispielsweise an die Krankenversicherer gehen. Die Umsetzung von DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen) soll mit einer grösseren Autonomie für Kantonsspitäler verbunden werden. Die

Spitalplanung soll sich vermehrt auf Informationen zur Wirtschaftlichkeit und zur Qualität der Leistungserbringer abstützen. Für die Sicherstellung des Zugangs zu wichtigen Leistungen der Spitäler (zum Beispiel bei Unfällen und im Notfall) bedarf es der ergänzenden Massnahmen.

Einzelleistungstarife stellen in der Tendenz einen Anreiz zur Überversorgung dar. Um diesen Anreiz zu reduzieren, wird empfohlen, die Einzelleistungstarife mit anderen Vergütungsarten zu kombinieren. Wichtig ist zudem, die Akutversorgung so weit wie möglich vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlegen.

In der Langzeit- und Palliativpflege sowie für die Betreuung von Personen mit psychischen Krankheiten soll die Versorgung innerhalb der ambulanten bzw. stationären Strukturen auf einer horizontalen Ebene weiterentwickelt werden.

Durch weitere Reformen liess sich auch die Qualität der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln verbessern. Dies kann über die Verwendung von HTA-Evaluation sowie die verstärkte Begünstigung des Einsatzes von Generika gefördert werden.

Fazit

Der Bericht bestätigt, dass die Schweiz über ein gutes Gesundheitssystem mit einem sehr guten Versorgungsangebot verfügt. Die OECD und die WHO kommen dennoch zum Schluss, dass das System auch Mängel aufweist, namentlich in den Bereichen Steuerung und Daten, Wirtschaftlichkeit und Finanzierung, Planung des Gesundheitspersonals sowie Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung. Einige Reformen sind bereits im Gange. Im Bericht werden weitere Massnahmen angeregt, die uns nun zur Prüfung und Erwägung vorliegen.

Referenzen

OECD-WHO (2006): Switzerland. OECD-Review of Health Systems. OECD and WHO, OECD Publishing, Paris

OECD-WHO (2011): Switzerland. OECD-Review of Health Systems. OECD and WHO, OECD Publishing, Paris

Margreet Duetz Schmucki, Dr. med. MPH, Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Bundesamt für Gesundheit.

E-Mail: margreet.duetzschmucki@bag.admin.ch

Ausrichtung des Gesundheitssystems korrigieren

Im zweiten OECD-WHO-Bericht wird gut dargelegt, dass wir mit dem schweizerischen Gesundheitssystem auf eine kritische Situation zusteuern. Aufgrund der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Polymorbidität muss die Ausrichtung unseres Gesundheitssystems korrigiert werden. Anstelle der heute primär auf die akuten Gesundheitsprobleme ausgerichteten Strukturen müssen neue, auf chronische Erkrankungen und langjährigen Pflegebedarf ausgerichtete Versorgungskonzepte entwickelt und flächendeckend eingeführt werden. Dafür braucht es mehr Steuerung, evidenzbasierte und qualitativ hochstehende Versorgungsansätze ebenso wie genügend geeignetes Personal und verbesserte Finanzierungsmechanismen. Der Bildungsbereich ist speziell gefordert, mit den notwendigen Veränderungen und Innovationen Schritt zu halten.



Roswitha Koch
Schweizer Berufsverband der Pflegefach-
frauen und Pflegefachmänner SBK

Der Bericht ist realistisch

Die Bestätigung liegt vor. Der zweite WHO-Bericht zeigt erneut, das Schweizer Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz haben im Grundsatz alle Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung und in der Regel ist die Versorgungsqualität gut. Mit 11,4 Prozent des BIP sind die Ausgaben 2 Prozent höher als im OECD-

Durchschnitt. Zusätzlich zu den hohen Krankenkassenprämien zahlen die Schweizer Haushalte noch jährlich 1450 Franken für medizinische Leistungen aus der eigenen Tasche. Das ist bedeutend mehr als in den anderen OECD-Staaten. Man könnte also hier anhalten und festhalten: Unser Gesundheitssystem ist gut und teuer, aber wir können uns das ja leisten.

Der Bericht nimmt, neben der Bestätigung des Positiven, auch wichtige kritische Punkte unter die Lupe: die Steuerung des Gesundheitswesens, die Personalsituation und das Versicherungssystem. Diese Punkte werden richtigerweise im Lichte der demografischen Entwicklung in der Schweiz diskutiert: Die Bewohnerinnen und Bewohner der Schweiz werden immer älter. Mit der wachsenden Gruppe von hochbetagten Menschen nehmen die Demenz- und Mehrfacherkrankungen stark zu. Die WHO prognostiziert eine Verlagerung von den Akut- zu den chronischen Erkrankungen, welche auch die Anforderung an das schweizerische Gesundheitssystem radikal verändern wird. In Zukunft werden 80 Prozent der Gesundheitsleistungen für Menschen mit chronischen Erkrankungen erbracht werden. Es ist, als ob wir auf einen Eisberg zusteuern, der OECD-WHO-Bericht bestätigt nur, was in Expertengremien seit Längerem diskutiert wird: Wenn unser Gesundheitssystem nicht umgebaut und besser gesteuert wird, wird es eines Tages nicht mehr bezahlbar sein, oder ein Teil der Bevölkerung wird nur noch beschränkt Zugang zu guten Gesundheitsleistungen haben. Politik und Behörden müssen im Austausch und in enger Zusammenarbeit mit den relevanten Fach- und Berufsorganisationen das schweizerische Gesundheitssystem für die kommenden Herausforderungen fit machen.

Diskussion der wichtigsten Empfehlungen von OECD und WHO

Das schweizerische Gesundheitssystem muss für die Bewältigung der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Polymorbidität verändert werden. Diese Einschätzung teilt der SBK voll und ganz. Der OECD-WHO-Bericht hält richtig fest: Die Schweiz braucht eine nationale Gesundheitspolitik und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen. Angebot und Finanzierung der Gesundheitsleistungen müssen nach dem epidemiologischen Bedarf der Bevölkerung ausgestaltet und viel mehr auf Chronizität und Polymorbidität ausgerichtet werden. Der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Entwicklung von Angeboten zur langfristigen nie-

derschweligen Behandlung und Pflege von chronisch kranken und mehrfach erkrankten Menschen stehen im Vordergrund. Um den steigenden Bedarf an Behandlungs- und Pflegeleistungen zu decken, müssen neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit flächendeckend eingeführt und deren Finanzierung gesichert werden. Die Bachelor- und Masterprofile der Pflege und weiterer Gesundheitsberufe stellen ein grosses Potenzial dar, das es zu fördern und angemessen einzusetzen gilt. Genügend motiviertes und gut ausgebildetes Gesundheitspersonal ist die zentrale Ressource jedes Gesundheitssystems. Dementsprechend hält der OECD-WHO-Bericht richtig fest, dass einerseits eine strategische und national koordinierte Personalplanung (national health workforce planning) notwendig ist und andererseits mehr unternommen werden muss, um Gesundheitsfachpersonen im Beruf zu halten.

Bei den empfohlenen Reformen der Finanzierung des Gesundheitswesens stellt sich die Frage, ob bei einer monistischen Finanzierung ausgerechnet die gewinnorientierten Krankenversicherer mehr Zuständigkeiten bekommen sollen. Der SBK sieht in Managed-Care-Modellen grosses Potenzial. Die von den eidgenössischen Räten 2011 verabschiedete Vorlage hat jedoch einige grundlegende Fehler: Sie verhindert neue interdisziplinäre Versorgungsmodelle und schreibt die Dominanz der Ärzte fest. Ausserdem sind die Anreize für eine Managed-Care-Struktur vor allem finanzieller Art und nicht primär für die Verbesserung des Versorgungsangebots. Die Umsetzung der Pflegefinanzierung für die ambulante oder stationäre Langzeitpflege zeigt aktuell, wie schwierig sinnvolle Reformen gerade im finanziellen Bereich mit den komplexen Finanzströmen umzusetzen sind.

Vertiefung einzelner Themen

Steuerung und Daten

Da bekanntlich die Steuerung des Gesundheitssystems über Marktmechanismen nicht zu Ergebnissen führt, die für eine Mehrheit der Bevölkerung sinnvoll sind, wird im Bericht richtig festgehalten, dass die Versorgungsplanung und Steuerung des Gesundheitswesens sowie die Koordination zwischen Bund und Kantonen verbessert werden sollen. Zu diesem Zweck erscheint das im Bericht vorgeschlagene Rahmengesetz für den Gesundheitsbereich absolut zielführend. Die Schweiz braucht eine nationale Gesundheitspolitik und nationale Gesundheitsziele, damit die eingesetzten Mittel die grösstmögliche Wirkung erzielen. Die Gesundheitspolitik muss sich an der Wichtigkeit und Ausbreitung der Gesundheitsprobleme der Bevölkerung, an der Lebensqualität der Betroffenen und an der Wirksamkeit der Massnahmen von Prävention, Behandlung und Pflege orientieren. Das zurzeit in den eidgenössischen Räten diskutierte Präventionsgesetz ist

sicher ein erster Schritt in die richtige Richtung. Bedauerlicherweise hat der Ständerat, im Gegensatz zum Nationalrat, letztes Jahr beschlossen, nicht auf eine entsprechende Vorlage einzutreten.

Finanzierung und Purchasing

Der OECD-Bericht streicht einmal mehr zwei Besonderheiten in der Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems heraus: den hohen Anteil an «Out-of-Pocket»-Zahlungen und die Komplexität der Finanzströme.

Hohe Privatausgaben: Jüngere Analysen haben zwar Hinweise darauf geliefert, dass diese Zahlen ebenso wie diejenige zum Anteil der stationären Spitalbehandlung wahrscheinlich durch Besonderheiten der Erfassungssystematik zusätzlich aufgebläht werden. Dennoch kann man davon ausgehen, dass die Schweizer Bevölkerung verhältnismässig hohe Pro-Kopf-Beiträge ohne soziale Abfederung an das Gesundheitswesen leistet. Künftige Reformen müssen hier zwingend den Ausgleich verbessern.

Komplexe Finanzströme: Wichtige komplizierende Faktoren sind in Ausgleichsmechanismen zum Beispiel zu den hohen Pro-Kopf-Beiträgen begründet: Prämienverbilligungen, Risikoausgleich usw. Aber allein schon die föderale Struktur schafft hier einen schwer zu durchschauenden Dschungel. Verzicht auf Finanzkompetenzen auf Gemeinde- und Kantonsebene wird immer wichtiger, um die Effizienz zu steigern und die notwendige Neuausrichtung zu finanzieren.

Finanzielle Anreize: Einfachere Finanzierungsstrukturen mit mehr Transparenz sind dringend anzustreben. Hingegen sind gewinnorientierte Versicherungen nicht geeignet, ein soziales monistisches Finanzierungsmodell umzusetzen. Aber auch die aktuellen Bestrebungen, sinnvolle finanzielle Anreize zu schaffen, drohen mangels Transparenz zu verpuffen oder sich zu pervertieren.

Managed Care: Neue Versorgungsmodelle müssen für alle unabhängig von der gewählten Versicherung zugänglich sein. Alle Krankenversicherer müssten verpflichtet werden, Netzwerkmodelle in gleicher Qualität anzubieten. Es darf zu keiner Rationierung von medizinischen und pflegerischen Leistungen kommen. Der unreflektierte Verzicht auf teure Behandlungen trifft vor allem chronisch kranke und alte Menschen.

Die freie Wahl von Spitälern und Pflegeheimen muss gesichert bleiben. Der Pflege muss innerhalb der Netzwerke eine zentrale Rolle zukommen. Der eigenständige Bereich der Pflege soll auch in eigener Verantwortung ausgeführt werden können, wie dies die Parlamentarische Initiative zur Verankerung der «Verantwortung der Pflege im KVG» verlangt. Diese Fachverantwortung käme insbesondere in den neuen Netzwerken zum Tragen.

Der Anreiz, sich in einem Netzwerk behandeln zu lassen, soll in erster Linie die Qualität und nicht nur der Preis sein.

Personalentwicklung und Zusammenarbeit

Die Beurteilung der Personalsituation im OECD-WHO-Bericht erscheint uns richtig. Die Anforderungen an das Gesundheitsfachpersonal steigen aufgrund des sich verändernden Morbiditätsprofils der Patientinnen und Patienten. Als essentielle Basis für eine bessere Steuerung der Personalsituation im Gesundheitswesen muss die nationale Datenlage verbessert werden. Damit ein Gesundheitswesen funktionieren kann, braucht es genügend und die richtigen Arbeitskräfte, und es muss alles Notwendige unternommen werden, um diese im Beruf zu halten. In den Bereichen Arbeitszufriedenheit und Lohn besteht Handlungsbedarf. Die wirksamste und wirtschaftlichste Massnahme wäre es, Gesundheitsfachleute und insbesondere Pflegefachpersonen länger als die heutigen 10 bis 15 Jahre im Beruf zu halten. Es gibt genügend Grundlagen, die zeigen, welche Faktoren dazu beitragen, Pflegefachpersonen im Beruf zu halten. Im Vordergrund stehen: gute Führungsstrukturen, ein Umfeld, das erlaubt, gute Arbeit zu leisten, also die Möglichkeit Patientinnen und Patienten gut zu pflegen, sowie genügend Autonomie und Wertschätzung in der täglichen Arbeit.

In der Schweiz braucht es neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen. Anstelle von Delegation einzelner Aufgaben an geringer qualifizierte (Task Shifting) setzt sich der SBK dafür ein, dass neue Aufgaben, gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen, von interdisziplinären Teams und den Kompetenzen der einzelnen Fachperson entsprechend übernommen werden. Bei solchen neuen Versorgungsmodellen müssen die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und die Behandlungs- und Pflegequalität im Vordergrund stehen. Die finanziell begründete Delegation von einzelnen Handlungen an Assistenzpersonal wie die Fachfrauen/Fachmänner Gesundheit FAGE ist keine nachhaltige Lösung. Es gilt vielmehr, den im Hilfs- und Assistenzbereich Tätigen pflegesetting- und patientenbezogen sowie ihren Kompetenzen entsprechende, sinnvolle Aufgaben zu delegieren.

Internationale Rekrutierung von Gesundheitspersonal

Der Bericht von OECD und WHO zeigt einmal mehr auf, dass die Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland keine gute Alternative zur Erhöhung der Berufsverweildauer und genügend Ausbildung einheimischer Fachpersonen darstellt. Entsprechend dem Globalen Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Rekrutierung von Gesundheitsfachkräften muss die Schweiz sich engagieren, selber genügend Gesundheitspersonal ausbilden und zu diesem Zweck den Bedarf regelmässig und systematisch abklären. Damit ausgebildetes Personal seinem Beruf treu bleibt, müssen die Arbeits- und Anstellungsbedingungen verbessert werden.

Ausländische Gesundheitsfachleute müssen gleichberechtigt Zugang zu Weiterbildung und fairen Arbeitsbedingungen erhalten. Und wenn im grossen Stil in Drittweltländern rekrutiert wird, sollte die Schweiz, beispielsweise mittels entsprechender Abkommen oder Vereinbarungen, den jeweiligen Gesundheitssystemen entsprechende Unterstützung zukommen lassen. Zusätzlich soll die schweizerische Entwicklungspolitik sich verstärkt in der Gesundheitszusammenarbeit engagieren und sich für eine Stärkung der Ausbildung und der beruflichen Situation des Gesundheitspersonals in den entsprechenden Ländern einsetzen. Ein von 30 Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit und Gesundheitsberufe hat im Januar 2012 ein entsprechendes Manifest für die Schweiz veröffentlicht.¹

Bildung

In modernen Demokratien sollte man davon ausgehen können, dass Behörden ihre Strategien in Zusammenarbeit und in regem Austausch mit den betroffenen Fachkreisen entwickeln. In der Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT vermissen wir eine entsprechend partizipative Politik. Der dringend notwendige und auch im OECD-WHO-Bericht geforderte Ausbau der Bildungsprofile der Gesundheitsberufe im Pflege- und Therapiebereich lässt sich nur gegen massive Widerstände umsetzen. Essentielle Entwicklungen werden damit verzögert oder ausgebremst. Das duale Bildungssystem, welches ursprünglich für Industrie und Gewerbe konzipiert war, wird auf autoritäre Weise umgesetzt, obwohl es uns nach mehrjähriger Erfahrung nur beschränkt geeignet erscheint, der Komplexität der Leistungen und Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen gerecht zu werden. Wir beobachten ein ausserordentlich grosses Engagement der Verantwortlichen des BBT im Bereich der Attest- und Assistenzberufe. Dieses Vorgehen entspricht nur beschränkt den Bedürfnissen des Arbeitsmarktes. Die im Auftrag der Arbeitsmarktbehörden von zehn Deutschschweizer Kantonen 2011 von AMOSA veröffentlichte Untersuchung «Rekrutierungspotenzial von Stellensuchenden für das Gesundheitswesen»² zeigt, dass der Personalmangel in der Pflege vorwiegend im Tertiärbereich, also bei Pflegefachpersonen FH/HF besteht und die Arbeitslosigkeit bei Pflegenden im Assistenz- und Sekundarstufe-II-Bereich verhältnismässig hoch ist.

Das unter der Leitung des BBT lancierte Projekt «Masterplan Bildung Pflege»³, welches unter anderem die

- 1 www.medicusmundi.ch/mms/services/dossiers/gesundheitspersonal/weltweiter-mangel
- 2 www.amosa.net/webautor-data/168/AMOSA-Studie_Gesundheitswesen.pdf
- 3 www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01248/index.html?lang=de

Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in der Pflegebildung zum Ziel hat, soll laut BBT-Homepage partnerschaftlich und transparent durchgeführt werden. In diese Partnerschaft sind die verschiedenen zuständigen Behörden und die Arbeitgeberseite über die OdASanté eingeschlossen. Der SBK jedoch, welcher mit seinen 25 000 Mitgliedern (davon 80 Prozent Frauen) die legitime nationale Vertretung des Pflegeberufs darstellt, wurde bis anhin, trotz entsprechender Anträge, in keiner Art und Weise in das Projekt involviert. Die Verantwortlichen des BBT verzichten also bewusst auf einen kontextorientierten und partizipativen Ansatz im Sinne der Good Governance.

Fazit

Neben der Bestätigung, dass die Schweiz heute über ein gutes und teures Gesundheitssystem verfügt, werden im Bericht von OECD und WHO wichtige Massnahmen empfohlen in den Bereichen Steuerung und Daten, Finanzierung und Planung des Gesundheitspersonals. Die Gesundheitsförderung und Prävention sollen gestärkt und neue interdisziplinäre Versorgungsansätze entwickelt und verbreitet werden. Es ist zu hoffen, dass die aktuelle

Chance für einen ersten Schritt dazu doch noch ergriffen wird und National- und Ständerat ein Präventionsgesetz verabschieden werden. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK vertritt mit seinem im Sommer 2011 verabschiedeten Positionspapier «Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020» Zielsetzungen und Handlungsfelder, die in vielen Bereichen mit den Empfehlungen des OECD-WHO-Berichts übereinstimmen. Wir sind überzeugt, dass wir mit der Bündelung aller Kräfte die grossen Aufgaben gemeinsam bewältigen können.

Referenzen

Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020, Positionspapier des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2011)
Bern: SBK-ASI

Roswitha Koch, Pflegefachfrau, MPH, Leiterin Pflegeentwicklung,
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK.

E-Mail: roswitha.koch@sbk-asi.ch

Weitere Anpassungen des Gesundheitssystems sind notwendig

Der Bericht benennt die zentralen Aspekte, welche bei der laufenden und zukünftigen Gestaltung des schweizerischen Gesundheitswesens mitberücksichtigt werden müssen. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK erachtet diesen als umfassende Auslegeordnung und nützliche Grundlage für die weiteren Arbeiten. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Bericht stimmen weitgehend mit den von der GDK mitgetragenen Massnahmen und politischen Leitlinien überein. Die Auseinandersetzung mit der Aufgabenteilung zwischen den staatlichen Ebenen und die Koordination bei der Aufgabenbewältigung sind auch weiterhin wichtige Erfolgsfaktoren zur Optimierung des Gesundheitssystems in der Schweiz.



Stefan Leutwyler
Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK

Mit dem vorliegenden zweiten OECD-WHO-Bericht zum schweizerischen Gesundheitswesen liegt eine aktualisierte, umfassende Auslegeordnung zum schweizerischen Gesundheitssystem vor. Ausgehend von den zukünftigen Herausforderungen – im Zentrum steht dabei die demografisch bedingte Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbiditäten –, setzt sich der Bericht mit den Bedingungen auseinander, welche die Bewältigung dieser Herausforderungen und das Ziel – die Aufrechterhaltung einer flächendeckenden und qualitativ hochstehenden Versorgung bei tragbaren Kosten für die Bevölkerung – entscheidend mitbeeinflussen. Im Folgenden werden einige aus Sicht der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

bedeutende Aspekte des Berichts kommentiert und der Bericht als Ganzes beurteilt.

Bestätigung der geplanten bzw. umgesetzten Reformschritte

Der Bericht bestätigt weitgehend die Zweckmässigkeit der in der Schweiz in den letzten Jahren geplanten Reformen im Gesundheitswesen. Verschiedene dieser, aus Sicht der GDK wichtigen und notwendigen Reformschritte sind noch nicht definitiv beschlossen oder umgesetzt. Weitere Anpassungen des Gesundheitssystems werden notwendig sein. Der Bericht liefert bzw. untermauert – mit einem breiten Blick «von aussen» – wichtige Inputs und Argumente für notwendige Anpassungen im Gesundheitssystem. Einige Bereiche, die aus Sicht der Kantone von besonderer Bedeutung sind, seien hier herausgegriffen:

Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz durch integrierte Versorgungsmodelle (Managed Care)

Im Bericht wird die Förderung von Managed-Care-Modellen, ergänzt durch spezifische Disease-Management-Programme und unterstützt durch e-Health-Instrumente und einen verfeinerten Risikoausgleich als wichtiger Schritt sowohl zur Verbesserung der Versorgungsqualität (insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Multimorbidität) wie auch der Versorgungseffizienz bezeichnet und zur verstärkten Förderung empfohlen. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz teilt die entsprechenden Analysen und Schlussfolgerungen des Berichts und betrachtet die aktuell der Schweizer Bevölkerung zur Abstimmung vorliegende Managed-Care-Vorlage als Chance zu einem wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Die GDK geht davon aus, dass integrierte Versorgungsmodelle insgesamt zur Erhöhung der Qualität der Leistungserbringung und zur Reduktion des Kostenwachstums beitragen können. Besonders unterstützt die GDK auch einen nochmals verfeinerten Risikoausgleich, der durch den Einbezug von morbiditätsorientierten Kriterien die Versicherung von chronisch-kranken Menschen attraktiver macht und das Engagement für deren optimale Behandlung fördert. Weiter können integrierte Versorgungsmodelle zur Sicherstellung einer qualitativ guten und bedarfsgerechten medizinischen Grundversorgung beitragen, indem sie sich positiv auf die Attraktivität und die Stellung des in der Grundver-

sorgung tätigen medizinischen Fachpersonals auswirken (Anstellungsbedingungen, Zusammenarbeit, Wissensvernetzung, Arbeitsorganisation, Synergien).

Förderung der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen

Im Bericht wird der formellere und systematischere Einsatz von Health Technology Assessment (HTA) empfohlen, um die angebotenen und mitfinanzierten Leistungen gezielter auf ihre Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüfen und entsprechend fördern oder auch vermindern bzw. ersetzen zu können. Die GDK teilt die Meinung, dass in der Schweiz bezüglich der Transparenz über die Qualität der Leistungserbringung Nachholbedarf besteht. Wichtige Ansätze bestehen im Bereich der Spitäler: Durch die Messung und Publikation von Ergebnisqualität in den Spitälern sollen die Patientinnen und Patienten und die Finanzierer einen einfacheren Überblick über die Qualität der Leistungserbringung erhalten und die Leistungserbringer dazu motiviert werden, ihr Verbesserungspotenzial im Bereich der Qualitätssicherung auszuschöpfen. Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung ANQ engagieren sich Kantone, Spitäler und Versicherer gemeinsam für sinnvolle und aussagekräftige Qualitätsmessungen. In den letzten Jahren wurden die Anstrengungen im Bereich Health Technology Assessment (HTA) intensiviert. Die GDK hat mit der Gründung des Trägervereins, zusammen mit der FMH und der SAMW, das seit 2009 produktiv tätige Swiss Medical Board auf einer noch breiteren Basis auf nationaler Ebene abgestützt. Mittelfristig sollen die Arbeiten des Medical Board in eine mit dem Bund und den Partnern im Gesundheitswesen abgestimmte HTA-Gesamtstrategie integriert werden.

Präventionsgesetz

Im Zusammenhang mit längerfristigen, nationalen Strategien und Leitlinien in der Gesundheitspolitik wird im Bericht auch das zurzeit in den eidgenössischen Räten diskutierte Präventionsgesetz als wichtige Grundlage bezeichnet. Die Prävention ist aus Sicht der GDK zentral, um die Krankheitskosten zu stabilisieren und Auswirkungen von chronischen Krankheiten zu mildern. Dies soll primär durch die Sensibilisierung für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen erfolgen. Der vorliegende Gesetzesentwurf ist aus Sicht der GDK ausgewogen und trägt den verschiedenen gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Interessen Rechnung.

Die Kantone befürworten die Festlegung von nationalen Zielsetzungen sowie die verbesserte Koordination der Akteure und der Massnahmen im Bereich der Prä-

vention aus versorgungspolitischer und finanzieller Sicht. Auch stimmt die GDK der Feststellung im Bericht zu, dass eine Harmonisierung und Systematisierung der Datenerhebungen in diesem Bereich notwendig ist. Das Ziel des Gesetzes ist es, die für die Prävention zur Verfügung stehenden Mittel noch zielgerichteter und effizienter einzusetzen. Die Kantone wollen in den entsprechenden strategischen Organen eine aktive Rolle wahrnehmen, ihre Anliegen und Kompetenzen einbringen und über den Einsatz der in diesem Bereich zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel massgeblich mitentscheiden können.

Aufgaben- und Kompetenzteilung bei der Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen

Die genannten Interventionsbereiche sind wie das gesamte Gesundheitssystem in der Schweiz geprägt von äusserst komplexen Beziehungen zwischen Leistungsempfängern, privaten und öffentlichen Leistungserbringern, Sozialversicherungen sowie den drei staatlichen Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden. Während die Leistungen des Gesundheitswesens zweifellos auch in Zukunft mehrheitlich von privaten Akteuren erbracht werden, ist in Zusammenhang mit der Steuerung des Vorgehens zur Bewältigung der anstehenden gesundheitspolitischen Herausforderungen die Rollen- und Kompetenzteilung von Bund, Kantonen und Gemeinden besonders wichtig. Denn entsprechende Entscheide werden – allenfalls in Zukunft noch verstärkt – von Interessenabwägungen geprägt sein, die aufgrund ihrer hohen Bedeutung zwingend einer soliden demokratischen Legitimation bedürfen. Zur Klärung der Frage, welche staatliche Ebene in einem föderalen Staat welche Aufgabe übernehmen soll, kann das Subsidiaritätsprinzip als (normatives) Grundprinzip dienen¹: Gemäss diesem sollen Aufgaben nur dann an eine übergeordnete staatliche Ebene übertragen werden, wenn diese die Aufgaben nachweislich besser erfüllen kann als eine untergeordnete staatliche Ebene. Die Chancen dezentraler Strukturen zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens liegen – wie auch bei anderen Politikbereichen – in der verstärkten Berücksichtigung kultureller und regionaler Unterschiede, der präziseren Ausrichtung des Angebots auf die Bedürfnisse der Bevölkerung, der höheren Akzeptanz von dezentral gegenüber zentral getroffenen Entscheidungen und der Möglichkeit, Innovationen vorerst kleinräumig umzusetzen, um sie anschliessend bei Erfolg weiterverbreiten zu können. Durch die dezentrale Organisation eines gesellschaftspolitisch besonders bedeutenden und die gesamte Bevölkerung tangierenden Politikbereichs, wie dies das Gesundheitswesen darstellt, werden eben diese de-

¹ Dieses hat erst per 1.1.2008 im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen Eingang in die Bundesverfassung gefunden, vgl. Art. 5a BV.

zentralen staatlichen Organisationseinheiten in ihrer Identität gestärkt. Dies ist für die Kantone, aber auch ganz besonders für die Gemeinden von grosser Bedeutung. Die Gemeinden werden im vorliegenden Bericht nur am Rande erwähnt, spielen aber im Alltag eine bedeutende Rolle, insbesondere gerade in dem für die Zukunft zentralen Bereich der Sicherstellung von Leistungen zugunsten von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten.

Der Bericht der OECD spricht sich im Grundtenor tendenziell für eine stärkere Rolle des Bundes in der Gesundheitspolitik und eine verstärkte Zentralisierung der Kompetenzen und Aufgabenwahrnehmung aus. Aus Sicht der Kantone ist weniger eine verstärkte Zentralisierung der Aufgabenwahrnehmung, als vielmehr eine noch verbesserte Koordination des Engagements auf den verschiedenen staatlichen Ebenen im Rahmen von gemeinsam erarbeiteten Gesamtstrategien anzustreben. Der laufende Dialog zur nationalen Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen kann hierzu entscheidende Beiträge leisten. Für die GDK steht dabei die gemeinsame Initiative für realistische Reformschritte in konkreten Aufgabenfeldern stärker im Vordergrund als die Erarbeitung eines übergreifenden Rahmengesetzes für Gesundheit auf Bundesebene.

Der Bericht geht an verschiedenen Stellen auf die Mehrfachrolle der Kantone ein, welche einer vernetzten Versorgung und der optimierten Allokation der nachgefragten Leistungen (z.B. zwischen dem stationären in den ambulanten Bereich) im Weg stehen könnte. Dem ist entgegenzuhalten, dass den Kantonen (auch als Verbindung zwischen dem Bund und den Gemeinden) sinnvollerweise gerade die Aufgabe zukommen kann, aus einer Gesamtopik der gesellschaftlichen Bedürfnisse heraus die Entwicklungen im Gesundheitswesen massgeblich mit zu beeinflussen und die notwendige Ausgewogenheit zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung, Einheitlichkeit und Vielfalt, Regulierung und Markt zu gewährleisten.

Im Sinne dieser Ausgewogenheit hat sich die GDK grundsätzlich für die Beibehaltung des heutigen Verhältnisses der steuer- und prämiendifinanzierten Anteile bei der Finanzierung des Gesundheitswesens ausgesprochen. Das Verhältnis zwischen dem prämiendifinanzierten und dem steuerfinanzierten Bereich des Gesundheitswesens war in den letzten zehn Jahren trotz erheblichen Eingriffen ins Gesamtsystem relativ konstant. Dies, obwohl der ohne öffentliche Mittel finanzierte, ambulante Bereich in den letzten Jahren ein erhebliches Kostenwachstum erfuhr (Kosten für amb. Behandlung durch Ärzte 2003/2009: +27 Prozent; Kosten für amb. Behandlung durch Spitäler 2003/2009: +55 Prozent), während bei der dual finanzierten stationären Akutbehandlung im gleichen Zeitraum ein Kostenwachstum von rund 16 Prozent zu verzeichnen war.² Gründe für die dennoch geringen Veränderungen

im Verhältnis zwischen den durch die Krankenversicherer und die öffentliche Hand finanzierten Gesamtkosten liegen u.a. in der in den letzten Jahren erfolgten Mitfinanzierung des Kostenwachstums in der Langzeitpflege (Pflegeheime/Spitex) durch Kantone und Gemeinden sowie in der Tatsache, dass im ambulanten Bereich neben den Krankenversicherungen auch die privaten Haushalte einen wesentlichen Teil des Kostenwachstums mittragen. In Zukunft dürfte sich – auch infolge der Anreize der neuen Spitalfinanzierung – der Trend im ambulanten Bereich fortsetzen. Dies würde – bei gleichbleibenden Finanzierungsregeln – den prämiendifinanzierten Anteil der Leistungen erhöhen. Die Kantone sind bereit, zusammen mit dem Bund Massnahmen zu diskutieren, um erhebliche Kostenverlagerungen in den prämiendifinanzierten oder den steuerfinanzierten Bereich zu vermeiden.

Mit der neuen Spitalfinanzierung ist aus Sicht der Kantone ein wichtiger Schritt in Richtung noch vermehrter Effizienz in der stationären Versorgung erfolgt. Eine Deckung von Defiziten der Spitäler (auch der staatseigenen Betriebe) ist infolge der mit Fallpauschalen gedeckten Leistungen grundsätzlich nicht mehr vorgesehen. Die Kantone werden jedoch – vor dem Hintergrund einer versorgungspolitischen Gesamtopik – auch zukünftig gemeinwirtschaftliche Leistungen der Spitäler (z.B. Lehre und Forschung) finanzieren. Keine Lösung im Hinblick auf zusätzliche Effizienz stellt aus Sicht der Kantone die im Bericht ebenfalls erwähnte Abkehr von der dualen hin zu einer monistischen Finanzierung von Spitalleistungen durch die Versicherer dar. Entscheidend sind aus Sicht der Kantone vielmehr die Tarifsysteme, welche bei verschiedenartigen Leistungen (z.B. ambulant/stationär) zur Anwendung kommen und die entsprechenden, teilweise ungewollten Anreize bei den Leistungserbringern auslösen. Wer diese Tarife letztlich finanziert (dual Kanton und Versicherer oder monistisch nur die Kantone oder die Versicherer), ist aus Sicht des Leistungserbringers nicht entscheidend.

Fazit

Der Bericht benennt die «sensiblen» Aspekte, welche bei den laufenden und zukünftigen Arbeiten zur Optimierung des schweizerischen Gesundheitswesens mitberücksichtigt werden müssen. Arbeiten betreffend der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Hinblick auf verstärkte gesamtschweizerische gesundheitspolitische Strategien laufen («Dialog nationale Gesundheitspolitik»). Diese Gremien sind von grosser Bedeutung und auch zukünftig entsprechend zu pflegen. Wichtige

² Vgl. Bundesamt für Statistik 2011, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens; T 14.5.2.2

Gesetzesvorlagen zur vernetzten Versorgung (Stichwort: Managed-Care-Modelle) und zur Prävention (Stichwort: Präventionsgesetz) werden – unterstützt durch die Kantone – zurzeit auf eidgenössischer Ebene diskutiert. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird die Transparenz in der Leistungsabgeltung von Spitalleistungen erhöht und verstärkter Wettbewerb geschaffen, was zu erhöhter Effizienz führen soll. Bestehende Anreize und Fehlanreize in den verschiedenen Tarifsystemen, welche die verbesserte Allokation der nachgefragten Leistungen gewährleisten oder gefährden, müssen von Bund und Kantonen weiter analysiert und nötigenfalls korrigiert werden. Verstärkte Anstrengungen zur Verbesserung der Informationen über die Qualität der Leistungserbringung und zur Sicherstellung von genügend qualifiziertem Pflegepersonal sind notwendig, entsprechende Projekte sind im Gang.

Der Bericht unterstützt mit seinen Aussagen grundsätzlich die in der schweizerischen Gesundheitspolitik eingeschlagenen und von den Kantonen mitgetragenen Ziele und Entwicklungen.

Stefan Leutwyler, stellvertretender Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK.

E-Mail: stefan.leutwyler@gdk-cds.ch

Die Optik der Krankenversicherer: OECD-Bericht als Wegweiser in die Zukunft

Der OECD-Bericht 2011 zum Schweizer Gesundheitssystem lässt sich auf eine Kernforderung kondensieren: **gute Qualität. Die Qualität der medizinischen und administrativen Leistungen kann nur verbessert werden, wenn sie schweizweit transparent nach einheitlichen Standards gemessen und verglichen werden kann. Leistungserbringung ist nicht per se ein Ziel. Ziel des Gesundheitssystems Schweiz sind gesunde Bürgerinnen und Bürger. santésuisse als Vertreterin der Krankenversicherer will diesen von der OECD vorgezeichneten Weg mit allen wichtigen Partnern – Grundversorgern, Spitälern, Bund und Kantonen – beschreiten, um gemeinschaftliche Lösungen in der sozialen Krankenversicherung im Interesse und zum Nutzen der Versicherten zu finden.**



Urs Pfenninger
santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

Die hohe Qualität des Schweizer Gesundheitswesens ist ein häufig behaupteter Gemeinplatz. Auch der vorliegende OECD-Bericht reiht sich hier ein. Die häufigsten in der öffentlichen Diskussion herangezogenen Qualitätskriterien sind die Lebenserwartung und das persönliche Wohlbefinden. Dies, weil es keine ausreichende Datengrundlage für andere, vergleichbare Kriterien gibt. Auch der OECD-Bericht spricht von der Lebenserwartung als der besten Näherung an die Ergebnisse medizinischer Behandlungen. Nur: Dies ist eine ziemlich grobe Näherung.

Gesundheitspolitik im Blindflug

Hier schliesst sich santésuisse den im Bericht formulierten Forderungen vollumfänglich an: Heutige Gesundheitspolitik gleicht einem Blindflug ohne Instrumente. Ohne genügend vergleichbare Informationen über Behandlungsergebnisse ist eine Steuerung des Systems schwierig. Es sind mehr Informationen notwendig, um die Qualität der Leistungserbringer miteinander vergleichen zu können. Leider hat die OECD recht, wenn sie sagt, dass auch die Anstrengungen, die Qualität zu messen, bescheiden sind. So sind beispielsweise – trotz gesetzlichen Auftrags – Qualitätszirkel bei Ärzten ausserhalb integrierter Ärztenetze (Managed Care) kaum verbreitet. Stellt man den Patientennutzen in den Vordergrund, wird klar, dass mehr Behandlungen nicht zwangsläufig mit einer besseren Qualität gleichzusetzen sind. Auch der OECD-Bericht macht klar: Teuer ist *«nicht gleichbedeutend mit hoher Leistungsqualität»*. Für den Patienten zählt letztlich das Ergebnis: Dass er auf einem möglichst kurzen, koordinierten Behandlungspfad ohne mühsame Mehrfachuntersuchungen wieder gesund wird. Unter dem oft vorgeschobenen Deckmantel eines falsch verstandenen Datenschutzes lässt sich eine positive Entwicklung des Gesundheitssystems in Richtung Qualität verhindern: Für die Krankenversicherer sind nicht, wie oft fälschlicherweise behauptet, gläserne Patienten das Ziel, sondern mehr Transparenz auch bei den Leistungserbringern. Ein Blick in die Krankenversicherungsverordnung (KVV) und auf den Umfang der Transparenzvorschriften für Krankenversicherer (Art. 28 KVV) und für Leistungserbringer (Art. 31 KVV) zeigt, wo es noch grossen Handlungsbedarf gibt.

Mit der Verfeinerung des sogenannten Risikoausgleichs wurden die Anreize richtig gesetzt, dass die Krankenversicherer in Zukunft vermehrt über einen auf den Patienten ausgerichteten Qualitätswettbewerb miteinander konkurrenzieren, wie dies die Entwicklung von Managed-Care-Modellen deutlich zeigt. Die Ergebnismessung aufseiten der Leistungserbringer würde dazu führen, dass sich die Krankenversicherer zu gesundheitsfördernden Unternehmen wandeln. Sie stünden dann nicht nur über die Prämienhöhe, sondern auch über die Verbesserung des Gesundheitszustands ihrer Versicherten im Wettbewerb zueinander. Dieser Qualitätswettbewerb führt letzten Endes auch zu Kostensenkungen. Gesundere Menschen sind kostengünstiger. Der Spareffekt als Nebenprodukt bei Managed Care beträgt laut von der OECD zitierten Studien fast 10 Prozent. Der von der OECD

aufgezeigte Weg kann klarer nicht sein: «Für eine qualifizierte Politik ist ein minimaler Datenbestand mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen unerlässlich».

Aufsicht muss berechenbar sein

santésuisse schliesst sich der Meinung der OECD an, dass eine zusätzliche Aufsichtsbehörde neben dem BAG eine ineffiziente Verdoppelung der Bürokratie bedeuten kann. Denn in der vorliegenden Fassung überzeugt das geplante Aufsichtsgesetz nicht: Die politisch motivierte Festlegung von Prämien, deren rückwirkende Rückerstattung, die Finanzierung über Prämiegelder und die Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten machen die Krankenversicherung nicht stabiler und transparenter, sondern im Gegenteil unberechenbarer. Das geplante Gesetz in seiner gegenwärtigen Form beschneidet den unternehmerischen Spielraum für Wettbewerb und erlaubt behördliche Eingriffe weit über das vernünftige Mass hinaus. Es leistet einer unnötigen Bürokratisierung Vorschub, ohne dass es – wie der OECD-Bericht festhält – auf Anbieterseite entsprechende Gegengewichte vorsieht, welche wettbewerbliche Elemente stärken würden, allem voran die Möglichkeit zur selektiven Kontrahierung (Aufhebung Vertragszwang). Wie in vielen Ländern setzen leider auch in der Schweiz viele Reformbemühungen auf der falschen Ebene ein: in diesem Fall bei den Krankenversicherern. Man setzt also dort an, wo es mit Blick auf das Gesamtsystem am wenigsten bringt (betragen doch die Verwaltungskosten der Krankenversicherer gut 5 Prozent), wo aber die meisten Informationen zur Verfügung stehen. Zielführender wäre, endlich dort für mehr Informationen zu sorgen, wo die Reformen eine nachweisbare Wirkung auf Qualität und Kosten hätten (die Kosten für medizinische Leistungen betragen knapp 95 Prozent, sprich weit über 20 Milliarden Franken).

Reformstau gemeinsam angehen

Weil bei Reformbemühungen oft der Weg des geringsten Widerstands gegangen wird, dominieren meistens die eigenen, partikularen Sichtweisen die Gesundheitsdiskussion. Partei- und Eigeninteresse verstellen den Blick aufs grosse Ganze. Nur so lassen sich einfache und populäre Scheinlösungen wie eine staatliche Einheitskasse (siehe weiter unten) wiederholt propagieren, anstatt aufeinander zuzugehen und echte Lösungen für die wichtigsten Probleme zu erarbeiten. Der OECD-Bericht stellt der Schweiz hinsichtlich des Reformprozesses daher ein durchzogenes Zeugnis aus: Seit dem ersten Bericht von 2006 sei der Fortschritt sehr limitiert gewesen. Alle Beobachtungen und Empfehlungen von damals haben auch heute noch ihre Gültigkeit. In einem Wort lautet die

Analyse: Reformstau. Das Festhalten an Partikularinteressen hat in den letzten Jahren zu grossen Verzögerungen und enttäuschenden Resultaten geführt. Dazu einige Themen als Beispiele: Vertragsfreiheit, Monismus oder auch Deregulierung. Beispielsweise wären sieben Gesundheitsregionen effizienter als 26 unterschiedliche kantonale Gesundheitssysteme. Der Bericht spricht es indirekt an: Dass es zu viele Akutspitäler gibt und die Anstrengungen zur besseren Koordination unter den Leistungserbringern voranzutreiben wären. Weitere Beispiele für den Reformstau:

- Koordination der Spitzenmedizin: Nach langem Ringen haben sich die Kantone auf eine aus nutzenorientierter Sicht wenig befriedigende Lösung geeinigt. Nicht jedes Spital muss alle Leistungen erbringen, sondern sich spezialisieren und dadurch mehr Know-how und grössere Erfahrung im Spezialgebiet gewinnen, um so eine besser koordinierte und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung entlang des spezifischen Krankheitsverlaufs zu gewährleisten.
- eHealth und elektronisches Patientendossier müssten genutzt werden, um den Behandlungspfad ohne Duplizitäten zu optimieren. Sprich: Die eHealth-Strategie des Bundes müsste umgesetzt werden. Die Versicherer haben einen Anteil beigetragen: Die Chipkarte ist eingeführt. In den Arztpraxen fehlt aber bis auf Weiteres die Infrastruktur zur technischen Nutzung.
- Sektorale Grenzen aufseiten der Ärzte und Spitäler werden nicht überwunden. Besitzstandswahrung hemmt Entwicklung. Beispiel TARMED-Revision: Die starke Position der Spezialärzte blockiert die Besserstellung der Grundversorger.

Beim Betrachten des letzten Beispiels wird deutlich, wie Eigennutz vor das Gemeinwohl gestellt wird. Dass der ambulante Einzelleistungstarif TARMED einer Revision bedarf und vereinfacht werden soll, darüber herrscht Einigkeit. Gemeinsam mit dem vormaligen Gesundheitsminister Burkhalter wurden von den Tarifpartnern mehrere Eckwerte festgesetzt: Die Grundversorgung soll gestärkt werden. Die Kostenneutralität ist gemäss Art. 59c Abs. 1 KVV umzusetzen. Die Revision wird von allen Tarifpartnern gemeinsam durchgeführt. Leider scheren dann FMH und H+ aus und verlangen eine betriebswirtschaftliche «Kostenwahrheit» und fordern, dass ein «allfälliges Delta» (sprich: mehr finanzielle Mittel) politisch abgesegnet werde. Fakt aber ist: Allgemeinärzte auf dem Land leisten viele Notfalldienste und arbeiten viel. Spezialärzte in der Stadt haben vergleichsweise moderate Praxisöffnungszeiten, verdienen dabei aber ein Vielfaches. Die Tragik in diesem Reformprozess ist, dass innerhalb der FMH die Grundversorger minorisiert werden. Die politisch geforderte und gesellschaftlich notwendige Besserstellung der Grundversorger wird durch Spezialisten behindert, da diese den Tarifumbau nicht kosten-

neutral durchführen wollen. *santésuisse* hingegen unterstützt die Besserstellung der Grundversorgung unter der Voraussetzung eines kostenneutralen Umbaus des Tarifs.

Rolle der Kantone entflechten

Den Kantonen fällt heute bei der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung eine wichtige Rolle zu. Problematisch und in diesem Zusammenhang mitverantwortlich für den Reformstau ist hingegen ihre intransparente Rolle. Die Rollenkonflikte der Kantone schwächen das Gesundheitssystem insgesamt. Die Verflechtung der Rollen als Spitalbesitzer, Finanzierer und Regulator führt laut OECD zu Interessenkonflikten und zu schwachen Anreizen, die Kosten zu kontrollieren. Die OECD empfiehlt hier die Klärung der Verantwortlichkeiten mit einem besseren Anreizsystem, besserer Datenerhebung und -verwendung und mehr Transparenz. Dazu gehört die vorgeschlagene Massnahme «Weg von der dualen Spitalfinanzierung hin zu einem System», in dem die kantonalen Beiträge an einen einzigen Direktzahler gehen. Will man mehr Transparenz und Kostenwahrheit, kann dieser Direktzahler nicht der Kanton selber sein.

Massnahmen gegen drohenden Personalmangel

Der OECD-Bericht macht erneut auf den sich schon seit Längerem abzeichnenden Personalnotstand im Schweizer Gesundheitswesen aufmerksam: Bis 2030 benötigt die Schweiz 120 000 bis 190 000 Personen als neues Gesundheitspersonal. Die Kernforderung zielt auch hier darauf, den Blindflug zu beenden: Um evidenzbasierte Politik zu machen, bedarf es eines besseren Informationssystems zum Gesundheitspersonal. Ein solches wird durch die bekannten Hindernisse erschwert: Fragmentierung der Verantwortlichkeiten, Mangel an Koordination, Fokussierung auf einzelne Berufsgruppen anstelle langfristiger strategischer Planung. Die wichtige Ausbildungsfinanzierung ist Sache der Kantone und nicht des Bundes. Auch deshalb sind Ideen wie die Konzentration von 26 verschiedenen kantonalen Gesundheitssystemen auf weniger Gesundheitsregionen politisch anzugehen und weiterzuverfolgen. Das von der OECD präsentierte Massnahmenpaket weist grösstenteils in die richtige Richtung: Die Pflegeberufe müssen attraktiver werden. Dies kann durch eine umfassende Laufbahnstruktur, bessere und praxisorientierte Ausbildung, flexible, familienfreundliche Arbeitszeiten, aufgewertetes Berufsbild und höhere Löhne erreicht werden. Auch deshalb soll die Grundversorgung über den TARMED gestärkt werden: Förderung und Verbreitung von Best Practice, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. Die bisherige Lösung, das fehlende Gesundheitspersonal im Ausland zu rekrutieren (derzeit knapp 30 Prozent), wird auf die Dauer nicht funktionieren: Der OECD-Bericht weist darauf hin, dass in diesem Zusammenhang der WHO-Verhaltenskodex über die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften beachtet werden müsse. Letzten Endes handelt es sich auch um eine Frage der internationalen Solidarität.

Unausgesprochenes Nein zur Einheitskasse

Leider lässt der OECD-Bericht zum Thema der Einheitskasse seine sonstige Klarheit vermissen und schweigt dazu in seinem ersten Kapitel «Bewertung und Empfehlungen». Was explizit nicht gesagt wird, schwingt aber implizit im gesamten Bericht mit: Die Reformempfehlungen der OECD machen nämlich unter einem Einheitskassensystem teilweise gar keinen Sinn: Wie soll beispielsweise der «*wertbasierte Wettbewerb unter Krankenversicherungen*» verbessert werden, wenn es nur einen Wettbewerber gibt? Der OECD-Bericht gibt somit der Weiterentwicklung des heutigen wettbewerblichen Systems klar den Vorzug, gegenüber einem mit nur einem Versicherer. Erst weiter hinten im zweiten Kapitel wagt der Bericht eine leise Bewertung und führt drei Argumente für die Einheitskasse und sechs dagegen an. Von den drei positiven Argumenten ist eines falsch, eines widerlegt der Bericht gleich selber und nur eines ist bedenkenswert:

- Der Bericht behauptet, eine Einheitskasse führe zu tendenziell tieferen Administrativkosten. Das lässt sich leicht widerlegen, wie ein Quervergleich der Verwaltungskosten pro versicherte Person für das Jahr 2008 zeigt: Bei den Krankenversicherern wurden 153 Franken, bei der Quasi-Einheitskasse SUVA 192 Franken ohne bzw. 248 Franken mit Präventionskosten ausgegeben. (Quellen: BAG-Aufsichtszahlen bzw. Geschäftsbericht SUVA)
- Die stärkere Einkaufsmacht würde zu günstigeren Preisen führen. Im Gegenteil: Bei einer Einheitskasse beschleunigt sich die Kostenentwicklung. Wie das Beispiel SUVA zeigt: Eine Einheitskasse hat höhere Verwaltungskosten und verhandelt schlechtere Tarife. Wie sollen dadurch tiefere Prämien erzielt werden? Die Einheitskasse muss sich keiner Konkurrenz stellen (auch dies ist eben Wettbewerb!) und hat somit kaum Anreiz, Kostenmanagement zu betreiben oder die Verwaltungskosten tief zu halten. Man erhält weniger Leistung für mehr Geld.
- Eine Einheitskasse würde stärker auf Prävention fokussieren. Dieses Ziel lässt sich durch entsprechende Anreize auch im jetzigen System erreichen. Stichwort: Präventionsgesetz.

Die sechs Argumente, die der OECD-Bericht gegen eine Einheitskasse aufführt:

- Die Wahlfreiheit der Versicherten würde eliminiert. Unzufriedene könnten ihren Versicherer nicht mehr wechseln.
- Innovationen wie beispielsweise Managed-Care-Modelle würden gehemmt. Monopolistische Marktverhältnisse lähmen Innovationen und führen zu überregulierten Zwangsmodellen ohne Spielraum für die Leistungserbringer und die Versicherten.

- Sind die verhandelten Preise zu tief, führt dies zu Unterversorgung und Rationierung. Im Bestreben die Kosten zu senken, würde eine Einheitskasse die Qualität der Versorgung opfern (und dadurch wie oben dargelegt im Endeffekt doch mehr kosten; hier innerhalb weniger Zeilen widerlegt der OECD-Bericht sich selber). Länder, die in Richtung Einheitskasse oder Verstaatlichung der Medizin gingen, haben als Erste den Weg der Rationierung diskutiert und auch beschränkt. Unter einer Einheitskasse werden den Versicherten also bewusst lebensnotwendige Massnahmen vorenthalten, wie die Beispiele Polen, Grossbritannien und Kanada zeigen. Die Einheitskasse ist das falsche Mittel, wenn man, wie die Initianten der aktuellen Einheitskassen-Initiative, «*die Qualität der Grundversorgung gegen Leistungsabbau verteidigen*» möchte. Wie Einheitskassen zu Unterversorgung und Rationierung führen, zeigt das Beispiel Polen besonders

Todesursache Wochenende

In Polen werden die medizinischen Leistungen durch einen Nationalen Gesundheitsfonds (NFZ) vergütet. Polen ist also ein Land mit Einheitskasse. Gemäss OECD hat die Schweiz die zweithöchste Lebenserwartung und 87 Prozent der Bevölkerung fühlen sich gesund. Im Einheitskassen-Land Polen fühlen sich nur 58 Prozent der Leute gesund. Auch die durchschnittliche Lebenserwartung ist mit 75 Jahren gegenüber 82 Jahren in der Schweiz bedeutend tiefer. Konkret: Der NFZ untersuchte Ende 2010, wie viele NotfallpatientInnen die Krankenhäuser im Wochen- und Jahresverlauf aufnehmen. Dabei stiess er auf zwei erstaunliche Ergebnisse: Die Zahl der Notfälle ist erstens an Wochenenden deutlich geringer als unter der Woche und steigt zweitens gegen Jahresende erheblich an. Einzige logische Erklärung: Die Kliniken steuern die Aufnahme von PatientInnen nach wirtschaftlichen Kriterien. An Samstagen und Sonntagen wird in vielen Häusern das Personal reduziert, um die Zahlung von Wochenendzuschlägen zu vermeiden. Dementsprechend können auch nicht so viele PatientInnen behandelt werden. Polens grösste Tageszeitung, die *Gazeta Wyborcza*, erklärte daraufhin das Wochenende für lebensgefährlich. Gleichzeitig nimmt die Zahl der NotfallpatientInnen im Herbst zu, weil in vielen Krankenhäusern die mit der Einheitskasse NFZ vereinbarten Budgets erschöpft sind und einzig als «Notfall» deklarierte Behandlungen überhaupt abgerechnet werden können. Wer also behauptet, eine Einheitskasse verteidige «*die Qualität der Grundversorgung gegen Leistungsabbau*», wie im Initiativtext zu lesen ist, der bewegt sich argumentativ auf dünnem Eis. Die Einheitskasse ist schlechte Medizin, die uns kränker machen würde, als wir jetzt sind. So viel zum Qualitätsversprechen der Einheitskassenbefürworter.

- deutlich und deckt das vermeintliche Qualitätsversprechen der Einheitskassenbefürworter auf (siehe Kasten).
- Der Systemwechsel würde enorme Transaktionskosten nach sich ziehen: santésuisse schätzt diese auf mindestens 4,5 Milliarden Franken. Diese Zahl stützt sich auf die 2011er-Einheitskassenstudie der GDK Ost, welche die Kosten pro Versicherten beim Versichererwechsel auf 587 Franken bezifferte (diese Zahl ist mit grosser Wahrscheinlichkeit zu hoch, santésuisse geht von höchstens halb so hohen Wechselkosten pro Versicherten aus). Der Systemwechsel ist nichts anderes als der erzwungene Kassenwechsel von 7,7 Millionen Versicherten auf einen Schlag. In dieser simplen Minimalschätzung sind Aufbau einer neuen Infrastruktur für die Einheitskasse und die rechtliche Abwicklung einer Enteignung der bisherigen Versicherer noch nicht berücksichtigt.
- Eine Einheitskasse würde darüber hinaus auch volkswirtschaftlich einen gewaltigen Schaden anrichten: Zahlreiche Angestellte von Krankenversicherern – oft gerade in peripheren Regionen arbeitend – müssten sich nach einer neuen Beschäftigung umsehen, stellt der OECD-Bericht fest. Dies wären über 12 000 Personen.
- Auch wird im Bericht die politische Durchführbarkeit eines solchen Vorhabens bezweifelt, wurden doch Einheitskassen-Initiativen in der Vergangenheit bereits zweimal vom Volk wuchtig verworfen.

Fazit: Der richtige Weg muss jetzt beschritten werden

Der OECD-Bericht soll und muss – mit den skizzierten Akzentuierungen – als Wegweiser für die Weiterentwicklung des Schweizer Gesundheitswesens dienen. Um den Planungsblindflug zu beenden, ist eine Erfolgsmessung der medizinischen Leistungen unabdingbar. Stellt diese den Patientennutzen in den Fokus, so werden wettbewerbliche Elemente, welche bisher nur über die Kosten spielten, auch auf Ebene der Qualität spielen können. Ein Gesundheitssystem, welches in die Qualität investiert, dient der Gesundheit aller und kann so im Endeffekt – wie das Beispiel Managed Care zeigt – auch mithelfen, die Kosten zu senken. santésuisse stellt sich als verlässlicher und konstruktiver Partner seitens der Krankenversicherer in den Dienst einer so verstandenen Weiterentwicklung des Schweizer Gesundheitssystems mit seiner sozialen Krankenversicherung und ist bereit, mit allen interessierten Akteuren gemeinschaftliche Lösungen zum Nutzen der Versicherten zu finden.

Urs Pfenninger, Leiter Politik und Kommunikation, Mitglied der Direktion, santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer.
E-Mail: urs.pfenninger@santesuisse.ch

Daten zur Orientierung im Gesundheitssystem

OECD und WHO schreiben der Gesundheitsinformation einen grossen Stellenwert zu. Die Koordination soll verbessert und die Kantone verpflichtet werden, dem Bund ein minimales Datenset zu liefern. Der vorliegende Kommentar stimmt den Anregungen im Bericht zum Gesundheitssystem Schweiz zu, präzisiert Datenlücken und formuliert drei Wünsche an die politisch Verantwortlichen und die Datenproduzenten: **1. Etablierung einer langfristigen und transparenten Prioritätensetzung. 2. Definition eines daraus abgeleiteten Sets an statistischen Kernaussagen. 3. Ausbau der staatlichen Datenerhebungen in den prioritären Bereichen unter Beachtung einheitlicher Kriterien und Verknüpfungsmöglichkeiten.**



Monika Diebold
Schweizerisches Gesundheits-
observatorium

Der zweite Bericht von OECD und WHO zum Gesundheitssystem der Schweiz ist für das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) wiederum ein wichtiger Eckpunkt. Er zeigt das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich und ergänzt aus externer Perspektive die interne Einschätzung des Obsan. Dieser Kommentar äussert sich nur zum Themenbereich Gesundheitsinformation: Zu Beginn werden Anregungen des Berichts beschrieben, anschliessend werden sie mit der bestehenden Gesundheitsinformation in der Schweiz verglichen, zuletzt folgt eine Beurteilung aus Sicht des Obsan.

OECD/WHO: Bessere Koordination, verbindliche Standards, minimales Datenset

Externe Einschätzung von OECD und WHO und interne Einschätzung des Obsan stimmen im Grundsatz überein: Es braucht verbesserte Daten und daraus abgeleitete Informationen im Schweizer Gesundheitssystem, um es (evidenzbasiert) weiterzuentwickeln. Es ist nicht überraschend, dass der Bericht in der Ausgabe 2011 noch deutlicher auf Lücken hinweist als in der Ausgabe 2006, denn die Datengrundlagen wurden in der Schweiz in den letzten Jahren nur wenig erweitert. So stehen in der ersten Empfehlung des OECD-WHO-Berichts Anforderungen an die Gesundheitsinformation direkt neben Vorschlägen zur Verbesserung der strategischen Gouvernanz.

Der OECD-WHO-Bericht gibt sehr detaillierte Empfehlungen zum nationalen Gesundheitsinformationssystem ab. Die Herausforderung bestehe darin, die Akteure auf eine gemeinsame Vision zu verpflichten. Der prominenteste Vorschlag ist die Einführung eines minimalen Datensets, welches die Kantone dem Bund liefern sollen. Zudem seien eine bessere Koordination, ein nationaler Zeitplan und verbindliche Standards erforderlich.

Indikatoren zu folgenden Themenbereichen werden angeregt:

- Gesundheitsrisiken
- Grundversorgung
- Gesundheitspersonal
- ambulante Versorgung im Spital
- Qualität der Leistungen der ambulanten Versorgung, der Versorgung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen
- Morbidität und Mortalität, die auf Gesundheitsleistungen zurückzuführen sind
- gesundheitsbezogene Ungleichheiten

Obwohl im Bericht nicht explizit erwähnt, kann man davon ausgehen, dass diese Themenbereiche ergänzend zu Bestehendem weiterentwickelt werden sollen.

OECD/WHO: Verbesserungspotenzial bei themabezogenen Datengrundlagen

An weiteren Stellen äussert sich der Bericht zum Thema Datengrundlagen wie folgt: Es fehlten Angaben zur Ungleichheit der Finanzierung, insbesondere seien keine detaillierten Daten zu Prämienverbilligungen vorhanden. Die Qualität der Leistungserbringer, aber auch jene der

Krankenversicherer könne mangels Informationen nicht beurteilt werden. Trotz guten Fortschritten seien im Bereich der Qualität der Leistungserbringer die Datensammlungen zu fragmentiert und es werde zu stark auf Eigenverantwortung der Leistungserbringer gesetzt. Eine nationale Koordination sei – nicht nur in diesem Bereich – notwendig.

Es wird auch festgehalten, dass im Allgemeinen eher spärliche Informationen zum Gesundheitspersonal vorhanden seien. Im Wissen um mögliche Konsequenzen der zunehmenden Alterung der Gesundheitsfachkräfte seien genauere Daten notwendig. Dasselbe Problem bestehe beim Thema Migration von Gesundheitspersonal. Insbesondere fehlten Angaben zur Länge des Aufenthalts ausländischer Gesundheitsfachkräfte in der Schweiz.

Gewisse Bevölkerungsgruppen sind gefährdeter als andere, frühere und stärkere gesundheitliche Schäden zu entwickeln. Der Bericht sieht einen Bedarf, diese Ungleichheiten vermehrt empirisch darzustellen. Die OECD-Health-Daten oder die WHO-Health-For-All-Datenbank könnten als Modell für zusätzliche Erhebungen dienen.

Vergleichen wir nun die Anregungen des WHO-OECD-Berichts mit den bestehenden Gesundheitsinformationen in der Schweiz zu den genannten Themenbereichen.

Gesundheitsrisiken von jüngeren Kindern und vulnerablen Gruppen sind zu wenig bekannt

Was sind die wichtigsten Gesundheitsrisiken in der Schweiz? Wir wissen, dass die nicht-übertragbaren Krankheiten gegen 90 Prozent der Krankheitslast ausmachen. UNO und WHO haben deshalb in letzter Zeit einen Schwerpunkt bei diesen Krankheiten gesetzt. Ausser für die Depression sind die Risikofaktoren für die wichtigsten nicht-übertragbaren Krankheiten (kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Krebskrankheiten und chronische Lungenkrankheiten) weitgehend dieselben. Rauchen, ungesundes Essen, Mangel an Bewegung und übermässiger Alkoholkonsum erhöhen das Krankheitsrisiko. Neben Informationen zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren braucht es auch Wissen um die Verhältnisse (soziodemografische, umweltbestimmte usw.). Es ist bekannt, dass Verhältnisse einen Einfluss auf Verhaltensweisen von Bevölkerungsgruppen und auf deren Erkrankungen zeigen.

Alle fünf Jahre führt das Bundesamt für Statistik eine breit angelegte Gesundheitsbefragung durch. Etwa 20 000 Erwachsene in privaten Haushalten werden während etwa 40 Minuten telefonisch und zusätzlich schriftlich befragt. Der dazu verwendete Fragebogen ist international abgestimmt. Die Befragten geben unter anderem ausführlich Auskunft über Gesundheitsrisiken, Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand wie auch über

soziodemografische Aspekte und umweltbezogene Einflüsse. Auch bei Personen, die in einem Alters- und Pflegeheim leben, wurde eine adaptierte Befragung durchgeführt. Bei Kindern ab 11 Jahren führt «Sucht Info Schweiz» eine internationale Gesundheitsbefragung der WHO (HBSC, Health Behaviour in Schoolaged Children) für unser Land durch.

Doch trotz der Breite dieser Gesundheitsbefragungen werden gewisse Bevölkerungsgruppen nicht untersucht, beispielsweise jüngere Kinder oder Personen, die keine der Landessprachen sprechen. Somit kann man schliessen, dass die Berichterstatter zu Recht zusätzliche Erhebungen zu deren Gesundheitsrisiken fordern. Neue Erhebungen sollten neben Kindern bis zu 10 Jahren besonders vulnerable Gruppen der Bevölkerung erfassen.

Daten zum nicht-universitären Gesundheitspersonal sind fragmentiert

Heute denkt man beim Thema Gesundheitspersonal primär an Personalmangel, sei es Mangel an grundversorgenden Ärztinnen und Ärzten in peripheren Gebieten, sei es Mangel an Pflegefachkräften zur Unterstützung der alternden Bevölkerung. Als Folge der unzureichenden Zahl einheimischer Fachkräfte wandern ausländische ein. Aufgrund eines Dominoeffekts führt dies dazu, dass am Schluss in den ärmsten Ländern der Welt die Fachkräfte fehlen. Um einen Überblick über das Geschehen zu behalten, braucht es Informationen zum Gesundheitspersonal über längere Zeiträume mit Angaben zu Ausbildung, Anzahl im Gesundheitswesen tätiger Personen, Anzahl vorzeitig oder altershalber aus dem Gesundheitswesen austretender Personen sowie Angaben zur Migration von Gesundheitsfachkräften.

Wie steht es mit diesen Informationen in der Schweiz? Die Ausbildungsabschlüsse der universitären Medizinalberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte, Chiropraktoren) sind im Medizinalberuferegister gespeichert. Bei allen übrigen Gesundheitsberufen werden aktuell die Angaben zur Ausbildung nicht einheitlich erhoben. Zur Anzahl der im stationären Bereich (Spitäler, Alters- und Pflegeheime) tätigen Personen führt das Bundesamt für Statistik Vollerhebungen durch. Dank individueller Daten zu allen Angestellten, die auch deren Funktion umfassen, können detaillierte Auswertungen gemacht werden.

Ausserhalb der Spitäler und Heime sieht es mit Ausnahme der Spitex schwieriger aus. Die amtliche Statistik erhebt zwar, wo Personen in der Schweiz arbeiten, doch ist die Kategorisierung grob. So kann unterschieden werden, welche Berufe wie oft im Gesundheitswesen ausgeübt werden, und es kann ebenfalls eruiert werden, wie viele Personen an welchen Arbeitsstätten arbeiten. Hingegen ist bisher zum Beispiel keine Aussage dazu möglich,

welches Arbeitspensum Ärztinnen und Ärzte übernehmen. Die Statistik der schweizerischen Ärztesgesellschaft FMH kann bei dieser speziellen Frage zwar aushelfen, sie gibt indessen keine Auskunft über nicht-ärztliche Medizinalberufe. Selbständigerwerbende im Bereich der Physio- und Ergotherapie und weitere Berufe sind nicht einheitlich dokumentiert. Unübersichtlich ist die Datenlage auch, wenn man Altersverteilung oder vorzeitiges Verlassen des gesundheitsbezogenen Arbeitsmarktes beschreiben will. Das betrifft jede Berufsgruppe und sowohl schweizerisches wie auch ausländisches Personal.

Monitoring «Grundversorgung – Spezialversorgung» sowie «stationär-ambulant» ist unentbehrlich

Verschiebungen von Leistungen von der Grundversorgung zu Spezialärztinnen und -ärzten und solche vom stationären in den ambulanten Bereich haben die Gesundheitslandschaft in den letzten Jahren geprägt. Diese Trends dürften auch in den kommenden Jahren anhalten, u.a. wegen der flächendeckenden Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen. Um die Bedeutung solcher Massnahmen und die Trends zu erkennen, braucht es zuverlässige Informationen über Art der Verschiebungen (Leistungen, Patienten), Mengen, Kosten usw. Die Schweiz verfügt im stationären Bereich über breit angelegte Datenerhebungen. Nur dank dieser Datenerhebungen konnten Fallpauschalen überhaupt eingeführt werden. Doch die Erhebungen in den Spitälern beschränken sich auf den stationären Bereich (Patienten) bzw. unterscheiden nicht nach stationärem und ambulanten Aufgabenkreis (Infrastruktur, Kosten, Personal). Mögliche neue Ansätze von Finanzierung und Tarifstruktur in der stationären bzw. ambulanten Versorgung werden seit Jahren diskutiert, die Aufgabe der politisch Verantwortlichen wird jedoch aufgrund ungenügender statistischer Information erschwert.

Die Datenlage, bezogen auf die Gesundheitsversorgung ausserhalb der Spitäler, ist noch prekärer. Zwar bestehen einzelne nationale statistische Erhebungen (Spitex-Statistik), doch fehlen detaillierte nationale Erhebungen zu Arztpraxen, Apotheken, Physio- und Ergotherapien usw. Die Stärkung der Grundversorgung als Eintrittspforte und Koordinationsstelle des Gesundheitswesens ist in der politischen Diskussion. Sicher wäre es hilfreich, Kosten und Leistungen der Grundversorgung vertieft zu kennen, doch ist dies zumindest national nicht der Fall.

Nicht-staatliche Datenquellen sind nützlich, bergen aber Risiken

Um Datenlücken auszufüllen, behilft man sich heute im Analysebereich des Obsan mit nicht-staatlichen Da-

tenquellen. Diese genügen zwangsläufig nur bedingt den Ansprüchen an gute Datenquellen. Manchmal ist die Abdeckung ungenügend und die Aussagen sind daher unsicher. Oftmals müssen auch verschiedene Datenquellen kombiniert werden, welche untereinander nicht harmonisiert sind. Auch das erschwert klare Aussagen. So nützlich sehr sorgfältig gepflegte, private Datenquellen auch sein können – wie die Daten der FMH oder der Datenpool zur obligatorischen Krankenversicherung der SASIS AG, Tochtergesellschaft der santésuisse –, so besteht doch immer ein grosses Problem darin, dass die Kontinuität der Erhebungen nicht gesichert ist. Zudem muss man sich bewusst sein, dass die öffentliche Verwaltung diese Erhebungen nicht nach ihrem Bedarf adaptieren kann, denn sie sind aufgrund bestimmter Eigeninteressen konzipiert.

Qualität der Leistungen muss vergleichbar und transparent werden

Viele Leistungserbringer, seien es Spitäler, Pflegeheime oder Arztpraxen, unternehmen Anstrengungen, ihr Qualitätsniveau auszuweisen und veröffentlichen Qualitätszahlen. Doch diese Zahlen sind mit unterschiedlichsten Methoden erhoben worden und eine nationale Vergleichbarkeit ist kaum gegeben. Anstrengungen werden zwar inzwischen auf allen Ebenen unternommen, um schweizweit zu vergleichbaren Zahlen zu kommen. Der Weg ist jedoch steinig, vor allem, weil die Kompetenzen auf verschiedene Akteure verteilt sind.

Für Qualitätsuntersuchungen ist es oftmals notwendig, Daten aus mehreren Quellen zu verknüpfen. Um zu untersuchen, wie viele Patientinnen und Patienten innert 30 Tagen nach einem Herzinfarkt verstorben sind, müssten die Spitaldaten mit den Todesfalldaten verknüpft werden, was im Moment nur indirekt möglich ist. Dabei sind Todesfälle nicht die einzig relevanten Ergebnisse (Outcomes), die zur Qualitätsmessung herbeigezogen werden. Andere Outcomes lassen sich nur in geringem Mass den bestehenden nationalen Erhebungen entnehmen. Es erstaunt zwar nicht, dass für Aussagen zu Arbeitsfähigkeit, Mobilität, Funktionsfähigkeit im täglichen Leben usw., die nach bestimmten Behandlungen oder bei bestimmten Krankheiten relevant sind, auf spezifische Studien zurückgegriffen werden muss. Sind diese Informationen auch relativ aufwendig zu erheben, gibt es weitere, vor allem auch zu unerwünschten Outcomes, die ohne grösseren Aufwand dokumentiert werden könnten. Indikatoren wie beispielsweise Blinddarmperforationen bei Blinddarmentzündung, Stürze im Spital, Wundinfektionen, Reoperationen oder Rehospitalisierungen sind für die Beurteilung der Qualität der Leistungserbringer notwendig und sollten regelmässig und in vergleichbarer Weise bei allen Leistungserbringern erhoben werden,

wie das der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) vorsieht. Dasselbe gilt für spezifische Indikatoren der Pflegeheime und der ambulanten Versorgung. Der OECD-WHO-Bericht weist zu Recht auf die erst ansatzweise koordinierte und wenig konsistente Datensammlung in der Schweiz hin.

Fazit: Drei Wünsche des Obsan

Es sind offensichtlich viele Aufgaben, die auf die Produzenten von Gesundheitsdaten in der Schweiz warten. Gesundheitsinformationen fehlen momentan an vielen Stellen oder sind wenig koordiniert und schlecht vergleichbar. Dieser Standpunkt des Berichts muss unterstützt werden, auch wenn die Lücken bei den Verantwortlichen längst bekannt sind und umfangreiche Projekte im Gang sind, die nach ihrem Abschluss die Situation deutlich verbessern werden. Auch sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die gewünschten Erhebungen gegeben.

Wer im Bereich der Datenanalyse arbeitet, weiss, dass Daten an sich noch keine Informationen darstellen. Damit aus Daten überhaupt Informationen extrahiert werden können, müssen die Daten einheitlichen Kriterien genügen und eine genügende Qualität aufweisen. Um verschiedene Datenquellen direkt miteinander zu verwenden, müssen sie verknüpfbar sein. Das verlangt einheitliche Identifikatoren. Nehmen wir den oben erwähnten Qualitätsindikator der Anzahl Todesfälle innert 30 Tagen nach Herzinfarkt: Sowohl eine Statistik der Spitalfälle ist vorhanden wie auch eine Todesursachenstatistik. Und doch lässt sich die Frage nicht beantworten, weil der Identifikator zur Verknüpfung der beiden Quellen fehlt.

Das Obsan hat in den letzten Jahren mit den bestehenden Datenquellen viele Fragestellungen bearbeitet. Es kommt heute zum Schluss, dass zusätzliche staatliche Erhebungen notwendig sind, damit entscheidende Fragen der Gesundheitspolitik und Verwaltung in den kommenden Jahren beantwortet werden können. Unter anderem

aufgrund von finanziellen Überlegungen und der Belastbarkeit der Datenlieferanten wird man nicht in jedem Bereich alle Daten bis in jedes Detail sammeln können. Prioritäten müssen gesetzt und Synergien genutzt werden. Es ist wichtig, dass die politisch Verantwortlichen ihre langfristigen Prioritäten klar festlegen, denn der Grossteil der statistischen Erhebungen ist denkbar ungeeignet, um bei kurzfristigen Problemen aufgebaut oder verändert zu werden.

In diesem Sinne bestehen vonseiten des Obsan drei Wünsche an politisch Verantwortliche und Datenproduzenten:

- Etablierung einer langfristigen und transparenten Prioritätensetzung
- Definition eines daraus abgeleiteten Sets an statistischen Kernaussagen, welches über mehrere Jahre unverändert bleibt
- Ausbau der staatlichen Datenerhebungen in den prioritären Kernbereichen unter Beachtung einheitlicher Kriterien und Verknüpfungsmöglichkeiten

Die Analysemöglichkeiten und Quantität wie Qualität der Informationen könnten dadurch beträchtlich zunehmen. Eine Arbeitsgruppe des «Dialogs nationale Gesundheitspolitik», der Diskussionsplattform von Bund und Kantonen zu gesundheitspolitischen Fragen, befasst sich mit dem Thema Datengrundlagen. Es ist zu hoffen, dass dank dieser Arbeiten die Prioritäten im Bereich Gesundheitsinformation in nächster Zeit festgelegt werden können. Es bleibt die Umsetzung. Trotz des grossen Aufwandes, der erforderlich ist, darf man heute zuversichtlich sein, dass die Verantwortlichen die Herausforderung angenommen haben und dass sie gelingen wird. So kommen hoffentlich auch viele neue Aufgaben auf die Analysespezialistinnen und -spezialisten des Obsan zu.

Monika Diebold, Dr. med., MPH, Leiterin, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik.
E-Mail: monika.diebold@bfs.admin.ch

Der OECD-Bericht marginalisiert die Patientinnen und Patienten

Die Analysen des OECD-Berichts sind mehrheitlich zutreffend, und die vorgeschlagenen Reformen zur Qualitätssicherung, zur Transparenz und zur lückenhaften Datenbasis sind sehr empfehlenswert. Der Bericht äussert sich jedoch nicht zum Status der Patientinnen und Patienten, er thematisiert deren institutionalisierte Vertretung nicht und er erfasst die PatientInnen als KonsumentInnen. Die Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal wirft die Frage nach der Gerechtigkeit gegenüber den Herkunftsländern auf. Ablehnung erfährt die Empfehlung, das Mehrkassensystem beizubehalten.



Erika Ziltener
Dachverband schweizerischer
Patientenstellen

Ein Bericht des Status quo

Der OECD-Bericht beurteilt das Gesundheitssystem der Schweiz in wesentlichen Bereichen des Status quo treffend. Er geht jedoch nicht auf Lücken im System ein. Die Einschätzungen decken sich oft mit den intern vorherrschenden Meinungen. Er beleuchtet einige Bereiche vertieft, andere, wie Palliativ Care, werden kaum oder, wie der Mangel an Gesundheitspersonal, nur teilweise erfasst.

Der Bericht geht auch nicht auf den Status der Patientinnen und Patienten und deren Rechte und Pflichten ein. Damit lässt er einen zentralen Bereich aussen vor. Die Terminologie wirft Fragen zum Rollenverständnis der Verfasserinnen und Verfasser des Berichts auf. Nur selten ist von den PatientInnen die Rede. Vielmehr wer-

den sie etwa im Rahmen der Abhandlung über die Krankenversicherung als KonsumentInnen erfasst. Der Erhalt der Gesundheit wird nicht als Wert an sich dargestellt, sondern nur mit finanziellem Anreiz als erstrebenswertes Gut. Damit wird ein Menschenbild skizziert, das nicht dem ganzheitlichen Ansatz entspricht, mit dem PatientInnen erfasst werden sollten.¹

Der Bericht zeigt die Stärken und Schwächen des Gesundheitssystems sehr gut auf und stellt einige Vergleiche mit den OECD-Ländern an. Im Vergleich mit diesen ist die Qualität des Gesundheitssystems sehr gut, sehr teuer und weist ebenfalls einen grossen Reformbedarf aus. Dieser ist bei der Abhängigkeit vom Ausland beim Gesundheitspersonal gegeben sowie bei der Bewertung von medizinischen Leistungen, wo die Schweiz hinter den Nachbarländern zurückliegt. Die Schweiz leistet sich mit dem Föderalismus zwar ein demokratisches, aber angesichts der Mobilität von PatientInnen, Personal und Technologie eine nicht mehr zeitgemässe eidgenössische Eigenart. Insgesamt scheint sich die Beurteilung des Gesundheitssystems darin zu begrenzen, es als ein vom Ausland isoliertes Gebilde zu betrachten, das in der Weiterentwicklung auch über die Landesgrenzen hinausschauen sollte. Für die bevorstehenden Veränderungen könnte beispielsweise bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen und dem Nutzen von Leistungen oder bei der Preisgestaltung von Medikamenten ein Vergleich durchaus hilfreich sein.

Die Analysen sind zutreffend, aber unvollständig

Der Föderalismus ist ein historisch gewachsenes Konstrukt mit vielen Vorteilen. Dank ihm könne die Bevölkerung die Gesundheitspolitik direkt beeinflussen. Innovation und lokale Flexibilität seien Stärken des Gesundheitssystems.

Dem Föderalismus attestiert die OECD, dass die Bevölkerung dadurch direkten Einfluss auf die Gesundheitspolitik nehmen könne. Er sei aber gleichzeitig mitverantwortlich für die Fragmentierung des Gesundheitssystems.

Wie der Bericht richtig festhält, hat die Schweiz keine gemeinsame Vision, keine gemeinsamen Ziele und keine Datenbasis, die eine wissensbasierte Gesundheitspolitik erst möglich machen würde. Weiter hält er fest, dass das

¹ Ziltener Erika. Die Rolle der Patientin in der Zukunft. in: Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch. Hg: Oggier Willy et al. Sursee 2007

System zu viele kostentreibende Elemente wie die Abgeltung von Einzelleistungen unterhalte, zu wenig in Prävention und Gesundheitsförderung investiere, keine flächendeckende Qualitätssicherung ermögliche und vor allem keine Transparenz herstelle. Die Leistungsfähigkeit des Systems spiegle sich jedoch in einer hohen Patientenzufriedenheit. Die hohe Lebenserwartung, der medizinische Fortschritt und der Lebensstil werde die Anforderungen an das System massiv erhöhen und insbesondere bei der Behandlung von chronisch kranken Menschen sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung vermehrtes Engagement erfordern.

Der OECD-Bericht setzt auf die Veränderungen in der Spitallandschaft. Die Schweiz hat zu viele Spitäler, was sich auf die Versorgungsqualität auswirkt. Mit der Einführung des DRG-Systems sieht er die notwendige Korrektur eingeleitet. Allerdings bezieht sich die Analyse nur auf die Kostenseite und beurteilt die Frage der Qualität nicht. Es werden auch keine entsprechenden Forderungen gestellt. Hingegen moniert der Bericht zu Recht die fehlende Datenbasis sowie die Unverbindlichkeit der Qualität und Qualitätssicherung.

Unmissverständlich ist die Analyse der Situation mit dem Gesundheitspersonal. Die Schweiz ist zur Deckung des Bedarfs an Gesundheitspersonal abhängig vom Ausland. Gelingt es hierzulande nicht, genügend Gesundheitspersonal auszubilden, wird die Schweiz nicht mehr zu den Ländern mit der weltweit besten Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung gehören, weil mit der Ausbildung auch die Entwicklung und der Fortschritt in der Gesundheitsversorgung implementiert sind.

Dringende Reformen

Gemeinsame Vision und konkrete Ziele

Der OECD-Bericht schlägt eine gemeinsame Vision und konkrete Ziele für das Gesundheitssystem vor. Dabei wäre die Integration von unterschiedlichen Ansätzen wichtig, welche der Vielfalt an Ressourcen und Bedürfnissen gerecht werden würde. Damit könnten kantonale Ungleichheiten aufgehoben werden. Der Föderalismus sollte in ein übergreifendes Rahmengesetz für Gesundheit, das auf Bundesebene verankert ist, überführt werden. Dies allenfalls als Zwischenschritt, denn letztlich bleibt er kostentreibend und kann den Erfordernissen der Gesundheitsversorgung nicht mehr genügen. Er behindert Veränderungen und hat Ungleichheiten für die Bevölkerung zur Folge. Weiter ist er ein Hauptgrund, weshalb wichtige Reformen in der ambulanten und stationären Qualitätssicherung oder in einer schweizweit flächendeckenden Datenerfassung keinen Durchbruch finden.

Der OECD-Bericht moniert zu Recht die fehlende solide Datenbasis. Somit fehlt dem System eine Wissensgrundlage, die für eine «wissensbasierte» Politik, für die

Forschung und für die Ausbildung unabdingbar ist. Eine schweizweit flächendeckende Datenbeschaffung ist dringend nötig, weshalb der Bund die Erfassung eines minimalen gesundheitsbezogenen Datensets in Zusammenarbeit mit den Kantonen institutionalisieren, die Daten koordinieren und bewirtschaften sollte. Die Daten sollten Rückschlüsse auf die Versorgungsqualität, Public Health, ambulante Versorgung und auf Über- und Unterversorgung zulassen.

Mit den Daten wäre eine bessere Informationspolitik in der Öffentlichkeit möglich und es wäre einfacher, Projekte von allgemeinem Interesse, beispielsweise in der Prävention, Public Health und in der Grundversorgung, durchzuführen.

Integrierte Versorgung statt Abgeltung von Einzelleistung

Der OECD-Bericht stellt bei den Finanzierungs- und Abgeltungsformen dringenden Handlungsbedarf fest. Einerseits sollten die Leistungen der Grundversicherung systematisch überprüft und insbesondere neue Leistungen der Spitzenmedizin auf den Mehrnutzen für Patientinnen und Patienten in Bezug auf Lebensqualität untersucht werden. Das Eruiieren des Mehrnutzens stellt auch das schweizerische Gesundheitssystem vor grosse Herausforderungen. Zwar sind unter anderem mit dem Swiss Medical Board und auch auf Bundesebene entsprechende Bestrebungen in Gang, aber hier bietet sich die Zusammenarbeit mit dem Ausland an.

Andererseits gehört die Zukunft der integrierten Versorgung. Weil die Vergütung der Einzelleistung auch zur Überversorgung führen kann, sollte sie für ganze Behandlungsprogramme erfolgen. Vernetzte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sollten Behandlungen durchführen können, die auch Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung beinhalten.

Die Schweiz unterhält im Vergleich zu den OECD-Ländern zu viele Akutspitäler. Damit wird die Qualität der Spitalleistungen gefährdet, indem kleine Spitäler Eingriffe durchführen, für die sie die nötige Fallzahl nicht aufweisen. Mit der Einführung des DRG-Systems wird erwartet, dass sich das Angebot der Leistungen auf weniger Akutspitäler konzentrieren wird und es dadurch langfristig zur Kostendämpfung und zur Effizienzsteigerung kommt. Die Kantone können mit der Vergabe von Leistungsaufträgen lenkend ins System eingreifen und damit die Qualität fördern.

Der Bericht geht nicht auf die Gefährdung der Qualität durch das DRG-System ein und regt deshalb auch keine diesbezügliche Überwachung an. Das System wird aber nur erfolgreich sein, wenn mit einer adäquaten Begleitforschung die Versorgungsqualität überwacht wird und wenn tatsächlich der versprochene Qualitätswettbewerb die Transparenz schafft, die eine entsprechende Spitalwahl ermöglicht.

Förderung von inländischem Gesundheitspersonal

Den Bedarf an Gesundheitspersonal deckt die Schweiz seit jeher mit ausländischem Personal ab und befindet sich damit in Abhängigkeit vom Ausland. Zudem wird dieses Vorgehen immer mehr in Frage gestellt. Einerseits, weil die Schweiz eine vergleichbar höhere Dichte an Gesundheitspersonal hat als die umliegenden OECD-Länder und andererseits, weil das im nahen Ausland angeworbene Gesundheitspersonal wiederum aus fernen Ländern ersetzt werden muss. Dieser Personalpolitik spricht der Bericht – zu Recht – die Gerechtigkeit gegenüber den Herkunftsländern ab.

Ethisch fragwürdig ist auch der Medizintourismus. Reiche ausländische Patientinnen und Patienten werden angeworben, damit sie das Gesundheitssystem mitfinanzieren, auch unabhängig von der ethischen Fragestellung der Überversorgung oder der Zwei-Klassen-Medizin.

Nicht nur im stationären, sondern vermehrt auch im ambulanten Bereich wird ausländisches Personal eingesetzt. Zunehmend werden betagte Menschen von ausländischen Frauen – oft zu schlechten Arbeitsbedingungen – gepflegt.

Ob stationär oder ambulant, das Problem des Mangels an Gesundheitspersonal sollte in erster Linie – wie dies auch der Bericht vorschlägt – intern gelöst werden. Durch enge Zusammenarbeit zwischen den Bereichen der Bildung und der Gesundheit sollten ausreichend qualitätsgesicherte Ausbildungskapazitäten zur Verfügung gestellt und die Arbeitsbedingungen den veränderten Berufsbildern und dem älter werdenden Personal angepasst werden. Auf der Bedarfsseite sollte mit neuen Betreuungsmodellen den Patientinnen und Patienten eine adäquatere Pflege und Betreuung ermöglicht werden. Dafür sollte Pflegepersonal mit besonderen Qualifikationen, beispielsweise für Menschen mit chronischen Krankheiten, ausgebildet oder gezielter eingesetzt werden.

Zwingend: schweizweite Qualitätssicherung

Abgesehen von der Notfallversorgung haben die Patientinnen und Patienten zwar eine grosse Wahlmöglichkeit bei den medizinischen Leistungen, aber um eine echte Auswahl treffen zu können, fehlen die Informationen über deren Qualität weitgehend. Diese Feststellung im Bericht gilt für den ambulanten und für den stationären Bereich, aber auch für Public-Health, Prävention und Gesundheitsförderung. Mit der Aussage bringt der Bericht einen der reformbedürftigsten Bereiche auf den Punkt: Fehlende schweizweite verbindliche Vorgaben für die Qualität und Qualitätssicherung, die fehlende Datenbasis und die fehlende Transparenz.

Der Bericht bewertet die landesweit einheitlichen Messungen von Fällen, Mortalität und weiteren Indikatoren zur Versorgungsqualität in den Spitälern positiv, aber auch als erweiterungsfähig. Zudem sollten die Messungen im Bereich der spitalexternen Versorgungsqualität und

mit Statistiken im ambulanten Bereich ergänzt werden. Die Überwachung und Erfassung der Versorgungsqualität sind zwar sehr zu begrüssen, reichen jedoch noch nicht aus, damit Patientinnen, Patienten und betroffene Personen zwischen den zahlreichen Leistungserbringern eine gut informierte Auswahl treffen können. Weder ist ein Qualitätsvergleich noch eine qualifizierte Politik, basierend auf einem minimalen Datenbestand, mit den wichtigsten Gesundheitsinformationen möglich, welche Auskunft über die Qualität geben könnten.

Der Bund ist dabei, diesen Reformvorschlag umzusetzen. Er hat die Führung in der Sicherung der Versorgungsqualität übernommen und mit dem aktuellen Bericht zur Qualität in den Akutspitälern² einen weiteren wichtigen Schritt hin zu mehr Transparenz für die betroffenen Personen gemacht.

In Übereinstimmung mit dem Bericht muss festgehalten werden, dass schweizweit verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung fehlen. Sie sind jedoch dringend notwendig. Die Schweiz ist in hohem Masse davon abhängig, dass sich jede Ärztin und jeder Arzt selber an Best-Practice-Methoden orientiert.

Es obliegt weitgehend den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, sich an Standards, Richtlinien und Vorgaben zur Sicherung der Qualität zu halten. Wenn es wegen Nichteinhaltens der Vorgaben zu Fehlern in der Behandlung oder Pflege kommt, liegt die Beweislast bei den PatientInnen. Die betroffene Person muss den Fehler und den kausalen Gesundheitsschaden beweisen. Der Einzelfall wird in einer solchen Situation bereinigt, Konsequenzen hat er für den Leistungserbringer in der Regel jedoch keine.³ Die Beweislast wiegt im Bereich der nosokomialen Infektionen besonders schwer, unter anderem weil die FMH-Gutachterstelle⁴ bei Infektionen keine Gutachten erstellt. Wenn ein Laie Fachleuten einen Fehler beweisen muss und dies noch erschwert in dem kaum greifbaren Bereich der Infektionen, ist das schwierig und bei Infektionen meist chancenlos. Die Forderung ist deshalb ultimativ: Es braucht einerseits schweizweit verbindliche Vorgaben zur Sicherung der Qualität und es braucht ein Hygienegesetz, welches auch die Kontrolle und Sanktionen ermöglicht, vor allem aber die Patientinnen und Patienten stärker vor Infektionen schützt.

In der Prävention und Gesundheitsförderung sind mit der Revision des Epidemiegesetzes und dem Präventionsgesetz wichtige Vorlagen vorhanden. Wie und ob sie die Hürden des nationalen Parlaments nehmen werden, ist noch ungewiss. Fest steht: Die Fragmentierung des Gesundheitssystems hindert die Entwicklung auch in

2 Der Bericht «Qualitätsindikatoren in Schweizer Akutspitälern 2006» und folgende Berichte sind unter www.bag.admin.ch einsehbar. Bundesamt für Gesundheit, Bern 2012

3 Fallbearbeitungen. Patientenstelle Zürich. Zürich 2012

4 Richtlinien der FMH-Gutachterstelle Bern. Ablehnung eines Gesuchs. Patientenstelle Zürich. Zürich 2011

diesem Bereich, weshalb verstärkte Anstrengungen dringend angezeigt sind. Insgesamt muss sich der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik von der kurativen Versorgung auf eine aktive Förderung der Gesundheit verlagern.

Der Bericht sieht in der integrierten Versorgung einen veritablen Anteil der Qualitätssicherung. Entsprechend sollten Disease-Management-Programme und MC-Modelle mit Anreizen gefördert werden. Denn diese würden die Versorgungsqualität, -effizienz und -koordination verbessern und die Zusammenarbeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer fördern, indem sich diese Qualitätsvorgaben, Anreize und Evidenz für Best-Practice-Medizin zunutze machen. Wichtig dazu sind elektronische Patientendossiers und Entscheidungshilfen, die dazu beitragen, Qualitätsmängel sowie Über- und Unterversorgung sichtbar zu machen.

Die Empfehlung, mit integrierter Versorgung die Versorgungsqualität zu fördern, entspricht unserem System vollumfänglich. In diesem Kontext ist auch die aktuelle Managed-Care-Vorlage zu verstehen, die zwar zu verbessern ist, aber einen Schritt in die richtige Richtung bedeutet. Vor allem weil sie von der ganzheitlichen Behandlung und der Hausarztmedizin als Grundlage ausgeht und damit die Förderung der Grundversorgung und Gesundheitsversorgung voranbringt, wie dies auch der OECD-Bericht vorschlägt.

Abweichende Empfehlungen

Kein Wettbewerb der Krankenversicherungen

Der OECD-Bericht beurteilt das Mehrkassensystem als zukunftsfähig und schlägt vor, den Krankenversicherungen mehr Macht zuzugestehen. Damit würden die Krankenversicherungen die Qualität und Modelle zur integrierten Versorgung fördern und würden damit auch für chronisch kranke Menschen attraktiver. Der verstärkte Wettbewerb würde vermehrt Versicherte veranlassen,

die Versicherung zu wechseln als dies heute der Fall ist. Auf die Kostenfolgen des Kassenwechsels geht der Bericht nicht ein. Hingegen betont er die Notwendigkeit, das unsoziale Kopfprämienmodell mit der individuellen Prämienverbilligung (IPV) abzdämpfen.

Tatsächlich haben die Versicherungen den Handlungsspielraum weder bei der Qualität noch bei der integrierten Versorgung oder beim Risikoausgleich ausgeschöpft. Der Wettbewerb unter den Versicherungen führt seit Langem zu einer enormen Kostensteigerung und zu einer zunehmenden Rechtsungleichheit für die Patientinnen, Patienten und Versicherten. Das Mehrkassensystem in der Grundversicherung ohne wirklichen Wettbewerb bewährt sich nicht und sollte möglichst rasch von einer öffentlichen Krankenversicherung mit unabhängigen Vertrauensärztinnen, Vertrauensärzten und der heutigen Ombudsstelle für die Versicherten abgelöst werden.

Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten

Der OECD-Bericht äussert sich weder zur Verankerung der Rechte der Patientinnen und Patienten noch zu deren individuellen oder delegierten Mitbestimmung. Diese ist weder institutionalisiert noch finanziert und erfolgt deshalb vorwiegend regional, oft auf private Initiative hin oder nur punktuell. Dadurch haben die Forderungen der Patienten Anliegen oft weder den notwendigen Nachdruck noch die Unterstützung. In OECD-Ländern, wie in den Niederlanden, sind die Patientinnen und Patienten und deren Vertretungen sehr viel besser positioniert. Um diese auch in der Schweiz zu verankern, wäre die Thematisierung im OECD-Bericht sehr hilfreich gewesen.

Erika Ziltener, lic.phil.I, Historikerin, dipl. Pflegefachfrau,
Präsidentin Dachverband schweizerischer Patientenstellen.
E-Mail: dvsp@patientenstelle.ch

Zahlreiche Empfehlungen der OECD bereits aufgenommen und umgesetzt

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH erachtet den OECD-WHO-Länderbericht 2011 als sehr umfassend. Er schliesst alle wichtigen Themen des schweizerischen Gesundheitswesens ein. Die Bewertungen und Empfehlungen des Berichts, der an verschiedenen Stellen eine kritische Haltung gegenüber dem schweizerischen Föderalismus einnimmt, basieren teilweise auf fundierten Grundlagen und Analysen. Auffallend ist, dass zahlreiche Empfehlungen der OECD bereits heute von Akteuren des Schweizer Gesundheitswesens aufgenommen und umgesetzt werden, so auch von der FMH.



Jacques de Haller

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH



Anne-Geneviève Bütikofer

Das schweizerische Gesundheitssystem ist leistungsfähig und erfüllt seinen Zweck, ist aber auch teuer – diese Aussage der OECD ist sicherlich korrekt, liegen doch die Gesundheitsausgaben 2009 bei 11,4 Prozent des BIP. Zu beachten gilt aber, dass dieser Anteil an den Gesundheitsausgaben in unseren Nachbarländern zum Teil höher oder nur unwesentlich tiefer als in der Schweiz ausfällt. Auch liegt die Schweiz in Bezug auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben mit einem Wachstum von 2 Prozent unter dem Durchschnitt der OECD. Nicht zu vergessen

ist die Bedeutung des Gesundheitswesens für den schweizerischen Arbeitsmarkt: 13,5 Prozent der Schweizer Bevölkerung sind hier beschäftigt – und sein Wachstum übertrifft dasjenige des gesamten Arbeitsmarktes. Der Gesundheitssektor generiert also nicht nur Ausgaben und Kosten, sondern unterhält auch eine direkte und indirekte Wertschöpfungskette in der Schweiz.

Begrüssenswert ist die Empfehlung, eine Strategie für das gesamte Schweizer Gesundheitswesen auszuarbeiten. Eine Betrachtung über die gesamte Behandlungskette und über alle Sozialversicherungen hinweg ist dabei erforderlich. Positiv zu bewerten sind zudem die Vorschläge, als Grundlage für die Gesundheitspolitik die dafür notwendigen Daten und Fakten im Sinne eines langfristigen Monitorings zu erheben.¹

Die angeregte Entflechtung der Aufgaben von Bund und Kantonen soll nicht dazu benutzt werden, um eine Zentralisierung durch den Bund voranzutreiben. Vielmehr gilt es, den Wettbewerb im Rahmen von Versorgungsregionen anstelle von Kantonen zu fördern und die freie Arztwahl dabei beizubehalten.

Der Bericht weist zu Recht auf einige wichtige Punkte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention mit Verbesserungspotenzial auf. Wenig Erwähnung finden das Thema Mental Health – bereits heute entfällt die grösste Krankheitslast in der Schweiz auf diesen Bereich – oder die kantonsübergreifenden und erfolgreichen Aktivitäten weiterer Organisationen, wie beispielsweise Sucht-Info Schweiz im Bereich Alkohol/Sucht.

Die OECD weist darauf hin, dass das Schweizer Polit-system grossen Wert auf Konsensbildung und Föderalismus legt, dadurch aber Reformen und Massnahmen erschwert und verlangsamt werden. Unserer Auffassung nach muss jedoch die Heterogenität der verschiedenen Akteure im schweizerischen Gesundheitssystem berücksichtigt werden – die FMH allein vertritt die Interessen von 26 Basisorganisationen und 44 Fachgesellschaften. Um einen basisdemokratischen Entscheid fällen zu können, braucht es auch hier eine konsensgeführte Diskussion, die ihre Zeit dauert. Im Gegenzug werden die auf diese Weise getroffenen Entscheide von den einbezogenen Organisationen mitgetragen, auch wenn sie möglicherweise nicht alle ihre Interessen abbilden.

¹ Vgl. Bovier P., Burnand B., Guillain H., Paccaud F., Vader J. P., Locher H., Meyer B. (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung

Analyse nach Tätigkeitsbereichen der FMH

Daten, Demografie und Qualität

Für Assessments und wissensbasierte Politik sind Daten zwingend nötig. Die FMH setzt sich daher aktiv für eine strukturierte und nachhaltige Versorgungsforschung ein, die den Aufbau von minimalen Datensets und Registern mit verschiedenen Massnahmen vorsieht: Unterstützung des Forschungsschwerpunkts Versorgungsforschung am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Mitarbeit bei der Umsetzung des neuen KVG Artikels 22a, Begleitstudien zur Einführung von SwissDRG, Weiterentwicklung eigener Daten in den Bereichen Ärztedemografie und Qualität oder Förderung der Schweizer Registerlandschaft.

Unter dem Gesichtspunkt der Qualität ist festzuhalten, dass das schweizerische Gesundheitssystem zwar hohe Kosten verursacht, die gesamte Diskussion aber nicht zu einer reinen Kostenfrage werden darf und soll. Die Schweiz hat ein leistungsfähiges Gesundheitssystem, welches für den Patienten eine angemessene Behandlung bieten will. Eine optimale Behandlungsqualität sicherzustellen, gehört zur Kernaufgabe der Ärzteschaft. Ärztinnen und Ärzte engagieren sich tagtäglich in zahlreichen Initiativen von Fachgesellschaften und Institutionen, aber auch individuell für die Qualitätssicherung und -entwicklung. Leider ist dies noch zu wenig sichtbar – valide Daten zur Qualität sind notwendig. Nur wenn die Qualitätssicherung wirklich bekannt ist, kann darüber diskutiert werden, ob sie den Erwartungen entspricht und die aufgewendeten Mittel somit sinnvoll investiert sind. Auch in der Koordination und strategischen Steuerung sieht die FMH noch grossen Handlungsbedarf für die Tarifpartner.

Weiter fehlt der OECD ein transparenter und solider Rahmen zur Bewertung der Kostenwirksamkeit von medizinischen Leistungen, Medikamenten und Technologien. Zurzeit sind im Bereich der Zulassungen zur Finanzierung über die obligatorische Krankenkasse durch den Bund Aktivitäten im Gange, um die Transparenz bezüglich Methodik und Entscheid zu erhöhen. An dieser Stelle sei das Health Technology Assessment (HTA) mit Swiss Medical Board und dem Projekt SwissHTA erwähnt. HTA erreicht in der Schweiz sicherlich noch nicht ein mit anderen Ländern (z.B. England) vergleichbares Niveau. Verschiedene laufende Aktivitäten bestehen aber, um die Methoden und Entscheidungen transparenter zu

gestalten und zu verbessern. Dabei muss weiterhin der Zugang zu echten Innovationen garantiert sein, um auch in Zukunft ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zu haben.

Unbestritten ist, dass sich die Demografie der Ärzteschaft in den letzten Jahren verändert hat. Die Ärzteschaft in der Schweiz setzt sich in den verschiedenen Kantonen, Regionen und natürlich Fachrichtungen sehr unterschiedlich zusammen. Auch die Ärztedichte variiert stark zwischen den verschiedenen Regionen und Kantonen. Die Frauenquote hat in den letzten Jahren stetig zugenommen und liegt 2010 für die gesamte Ärzteschaft bei 35,8 Prozent. Seit der Jahrtausendwende sind mehr Frauen als Männer an den Schweizer Universitäten im Studiengang Humanmedizin immatrikuliert – 2010 gingen etwa 61 Prozent der Arztdiplome an Studentinnen. Die Feminisierung der Medizin ist ein junges Phänomen: Je älter die Ärzte sind, desto geringer wird der Frauenanteil. So kippt ab 35 Jahre der Anteil Frauen an der Ärzteschaft zugunsten der Männer. Dass in der Schweiz ein Mangel an Ausbildungsplätzen herrscht, wird in den verschiedenen politischen Vorstössen in letzter Zeit deutlich. Die jährlichen Abschlüsse in Humanmedizin reichen nicht aus, um den aktuellen Bestand der Ärzteschaft zu garantieren. Dieser Mangel steht im krassen Gegensatz zum Andrang auf die Studienrichtung: Auf einen Studienplatz kommen rund vier Interessenten. Die Zulassung von mehr Kandidaten zum Studium ist aber auch keine Lösung. Sofern nicht gleichzeitig die Anzahl Studienplätze erhöht wird, verschlechtert sich die Qualität der Ausbildung, da die verfügbaren klinischen Kapazitäten nicht ausreichen.

Tarife und Gesundheitsökonomie Spitalärzte

Die FMH teilt die Einschätzung der OECD, dass es Zahlen und Fakten braucht, um eine nachhaltige Gesundheitspolitik betreiben zu können. Insbesondere im Zusammenhang mit den jüngsten Finanzierungsreformen ist ein langfristiges Monitoring zentral.² Nur anhand begleitender Untersuchungen lässt sich feststellen, wie sich diese Reformen auswirken und welche allfälligen Korrekturen einzuleiten sind.

Der Erfolg der Reformen der Spitalfinanzierung hängt von deren Umsetzung ab. Dabei dürften jedoch verschiedene Faktoren den Wettbewerb unter den Spitälern behindern und zu Verzerrungen führen, beispielsweise durch die verordnete faktische Mengenbegrenzung.³ Dass sich ein Spital rechtfertigen muss, wenn es aufgrund seines guten Rufs zum Beispiel ausserkantonale PatientInnen anzieht und mehr PatientInnen behandelt als erwartet, widerspricht dem Grundgedanken der neuen Spitalfinanzierung für mehr Wettbewerb. Zudem muss sich erst zeigen, ob sich das Fallpauschalensystem SwissDRG bewährt. Da dieses noch verschiedene Mängel aufweist, ist eine leistungsgerechte Vergütung von Innovationen zumindest in den nächsten Jahren nicht sichergestellt.

2 Vgl. Bovier P., Burnand B., Guillaud H., Paccaud F., Vader J.P., Locher H., Meyer B. (2009): Konzept für die Begleitforschung aus Anlass der Einführung von SwissDRG, www.fmh.ch → Tarife → SwissDRG → Begleitforschung

3 Vgl. Verordnung über die Krankenversicherung (KVV), Abs. 2bis und 2ter der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008, in Kraft seit 1. Dezember 2011

Die FMH schliesst sich der Beurteilung der OECD an, dass die unterschiedlichen Finanzierungsformen und -quellen im stationären und ambulanten Sektor zu Fehlanreizen und Wettbewerbsverzerrungen führen. Für die Ärzteschaft ist es in diesem Zusammenhang zentral, dass der Entscheid für eine stationäre oder ambulante Behandlung nach medizinischen Kriterien erfolgt, was jedoch keineswegs immer der Fall ist.⁴ Von Interesse ist zudem, ob es anlässlich der Einführung von Fallpauschalen in der Schweiz zu Verschiebungen zwischen dem stationären und dem spitalambulanten bzw. praxisambulanten Sektor kommt. Diese Fragestellung wird zurzeit durch eine vom Spitalverband H+ und von der FMH in Auftrag gegebene Studie durch die Universität Basel und B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG untersucht.⁵

Ebenfalls teilt die FMH die Einschätzung, dass die Doppelrolle der Kantone zu einer Verzerrung der Ressourcenzuteilung führen kann. Heikel ist es dabei, dass die Kantone angesichts der Uneinigkeit der Tarifpartner immer mehr Aufgaben übernehmen. Nur wenn die Tarifpartner ihre Kernfunktionen nicht vermehrt an Bund und Kantone abgeben, kann sich Wettbewerb entwickeln.

Ambulante Tarife und Verträge Schweiz

Grundsätzlich ist die FMH der Auffassung, dass der gelenkte Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern zu einem umfassenden Versicherungsschutz geführt hat. Der kritischen Analyse der integrierten Versorgungsmodelle im Bericht schliesst sich die FMH an: Die hier vorgeschlagenen Massnahmen sind in Ordnung, aber es wird keine Lösung unterbreitet, um die Gefahr einer Fragmentierung der Versorgung abzuwenden.

Laut Bericht gibt es für Versicherer nach wie vor nur schwache Anreize, um durch Wirksamkeit und Qualität von Gesundheitsdiensten miteinander zu konkurrieren. Dies sieht die FMH anders: Es sind nicht die Versicherer, welche die Wirksamkeit und die Qualität beurteilen müssen und können. Ausserdem zeigt die OECD nicht auf, wie eine Aufhebung des Kontrahierungszwangs beitragen soll, Kosten einzudämmen. Können die Versicherer die Leistungserbringer auswählen, entscheiden sie sich zweifellos für die kostengünstigsten Anbieter. Doch was ist mit der Qualität, die sowohl ein Gewinn für die PatientInnen als auch ein Garant für die Wirtschaftlichkeit ist?

In Bezug auf Managed Care wird nicht bewiesen, wie die Versorgung von PatientInnen mit chronischen Krankheiten durch Netzwerke verbessert oder mit elektronischen Patientendossiers unbegründeten Behandlungsunterschieden entgegengewirkt werden kann.

Der Bericht fordert die Schweiz auf, für die Festlegung des Leistungskatalogs Kostenwirksamkeitskriterien anzuwenden. Es stellt sich aber die Frage, wie und vor allem welche Kriterien definiert werden sollen. Von den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit wird vorwiegend letzteres leider zu stark gewichtet;

die Wirksamkeit der Leistungen etwa wird nur rudimentär nachgewiesen.

Die Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Bereich machen in der Schweiz im Vergleich zu anderen OECD-Ländern nur 10 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus. Angesichts der Bedeutung, welche die ärztliche Medikamentenabgabe in der Schweiz hat, bringt dies aus Sicht der FMH die Effizienz der Selbstdispensation zum Ausdruck.

Bevor im Rahmen der baldigen TARMED-Revision das relative Einkommensniveau für Leistungen der Grundversorger erhöht wird, müssen diese Leistungen zuerst in der Tarifstruktur korrekt abgebildet werden, damit ihre Einkommen bei der Preisbildung höher ausfallen können.

Um die Wirtschaftlichkeit zu stärken und falschen Anreizen entgegenzuwirken, empfiehlt die FMH, entweder eine monistische Finanzierung zu wählen oder die duale Finanzierung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich anzuwenden.

Prävention

Steigende Lebenserwartung, vermehrte chronische Leiden oder Ärztemangel sind nur ein paar Beispiele für die anstehenden Veränderungen im Schweizer Gesundheitswesen. Die Herausforderung wird darin bestehen, nicht nur darauf zu reagieren, sondern proaktiv zu handeln. Dies kann gelingen – solange die verschiedenen Stakeholder im Gesundheitswesen zusammenspielen. Es reicht nicht, ausschliesslich die Einführung neuer Behandlungen, Medikamente und Techniken hinsichtlich ihrer Nutzen zu evaluieren; es geht auch um die Prävention und um das Bewusstsein der Bevölkerung für einen angemessenen gesunden Lebensstil zu fördern.

Das kürzlich eingeführte nationale Passivrauch-Gesetz wird zwar positiv erwähnt, insgesamt werden aber die Entwicklungen im Vergleich zu anderen OECD-Ländern als relativ klein eingestuft. Die stark dezentralisierte Struktur des schweizerischen Gesundheitswesens sowie die unterschiedlichen Ressourcen und fragmentierten Zuständigkeiten in den Kantonen begünstigen einerseits die Ausarbeitung lokal relevanter Präventionsprogramme. Andererseits behindern sie die Entwicklung einer breit angelegten Präventionspolitik zu den wichtigsten Risikofaktoren wie Alkohol auf nationaler Ebene. Wie der Ausbruch der H1N1 gezeigt hat, erschweren die über die einzelnen Kantone verteilten Zuständigkeiten auch die Koordination beim Schutz vor übertragbaren Krankheiten, die sich dessen ungeachtet deutlich verbessert hat.

4 Vgl. Golder L., Longchamp C. (2012): DRG, Befürchtungen einer zunehmenden Bürokratisierung in der Medizin. Studie im Auftrag der FMH, www.fmh.ch → Tarife → Begleitforschung

5 Vgl. www.fmh.ch → Tarife → Begleitforschung

Ebenfalls positiv ist der Wunsch nach Stärkung der Grundversorgung. Obwohl die präventive Einzelintervention für RisikopatientInnen in der Praxis kostenintensiv ist, bewirkt sie am ehesten eine Verhaltensänderung im Fall von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten wie Übergewicht. GrundversorgerInnen sollten daher ermutigt werden, Prävention in ihre Praxis zu integrieren, was vorgängig eine genauere und verbesserte Regelung der Abgeltungen bedingt.

Besonderes Augenmerk verdienen die Gesundheitsinformationssysteme – Angaben zu gesundheitlichen Schlüsselindikatoren werden allzu häufig freiwilligen Initiativen oder Leistungserbringern überlassen. Weiter sollen unter Berücksichtigung von bereits bestehenden, qualitativ guten Datenbeständen wie etwa Krebsregister widersprüchliche Informationen beseitigt werden.

Es bleibt zu hoffen, dass sich mit der Einführung des Präventionsgesetzes der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik von kurativer Versorgung in Richtung einer aktiven Förderung der Gesundheit verlagert und die Aufgabenteilung klarer definiert wird, um geplante Massnahmen auch nachhaltig umsetzen zu können.

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) und ihre Fachgesellschaften verfügen über fundiertes Fachwissen und sind bereit, hier einen substanziellen Beitrag für eine gesündere Schweiz zu leisten.

Bemerkungen zu den im Bericht abgegebenen Empfehlungen

Viele der Empfehlungen der OECD sind bereits im schweizerischen Gesundheitswesen aufgegriffen worden und werden von den verschiedenen Stakeholdern und dem Bund erarbeitet bzw. umgesetzt. Zu nennen sind hier nur ein paar Beispiele: Qualitätsstrategie des Bundes, Erarbeitung von Standards im HTA-Bereich, Versorgungsforschung, Sammlung von Routinedaten und Minimaldatensätze usw. Auf der anderen Seite bearbeitet

die FMH viele der aufgeführten Themen selbst oder gemeinsam mit Partnerorganisationen. So trägt sie bei, ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in der Schweiz zu sichern und weiterzuentwickeln. Die Ärzteschaft ist auch künftig gerne bereit, ihre Arbeiten und Fachkenntnisse in die laufenden Arbeiten einzubringen.

Die FMH begrüsst die Reformempfehlung der OECD zu mehr Autonomie der öffentlichen Spitäler und die Nutzung von neuen Informationen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer in der Spitalplanung. Wichtig ist dabei, dass das Primat der Wirtschaftlichkeit nicht über demjenigen der Qualität steht. Eine Entflechtung der Doppelrolle der Kantone ist zu begrüßen. Um Wettbewerb zu ermöglichen, gilt es zu verhindern, dass immer mehr Kernaufgaben der Tarifpartner durch Bund und Kantone übernommen werden.

Für den Bereich medizinische Informatik und eHealth legt der Bericht nahe, elektronische Patientendossiers, eine eindeutige Patientenidentifizierung und individuelle computerlesbare Smart Cards einzuführen, um die Koordination von Gesundheitsleistungen zu verbessern. Diese Empfehlung ist so nicht verständlich, da sie im Bericht nicht begründet wird. Kritisch zu betrachten ist nach Meinung der FMH auch die Aussage, dass die Verbreitung von Versicherungsprodukten gefördert werden könnte, die mit Hilfe von elektronischen Patientendossiers und Entscheidungshilfen für die Praxis Qualitätsmängeln und unbegründeten Behandlungsunterschieden entgegenwirken sollen. Diese Hilfsmittel können der Patientensicherheit dienen, sofern sie gerade nicht mit Versicherungsprodukten verknüpft werden.

Jacques de Haller, Dr. med., Präsident der FMH.
E-Mail: jdh@fmh.ch

Anne-Geneviève Bütikofer, lic. iur., Generalsekretärin FMH.
E-Mail: anne.buetikofer@fmh.ch

Bericht der OECD und WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem – erste Evaluation des BAG

Nach der Veröffentlichung des neuen Berichts der OECD und WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem geht es primär darum, die Empfehlungen des Berichts zu evaluieren. Welche neuen oder ergänzenden Massnahmen sind zu treffen, um die künftigen Herausforderungen zu meistern? Es ist erfreulich zu lesen, dass unser Gesundheitswesen zu den besten der Welt gehört, aber es ist kein Grund, sich auf den Lorbeeren auszuruhen. Es gilt jetzt zu überlegen, wie wir die Alterung der Bevölkerung bewältigen und wirksam auf die damit verbundene Zunahme der chronischen Krankheiten und der Multimorbidität reagieren können.



Delphine Sordat Fornerod
Bundesamt für Gesundheit

Insgesamt, und das ist eine gute Nachricht, gehen die Empfehlungen der OECD und WHO in Richtung der Gesundheitsstrategie, die der Bundesrat am 22. Juni 2011 verabschiedet hat.¹ Der erste Bericht der OECD und WHO über das schweizerische Gesundheitssystem im Jahr 2006 hatte der Schweiz ja bereits Anhaltspunkte geliefert, die der zweite Bericht zum Teil wieder aufnimmt. Unser System soll nicht von Grund auf revidiert werden. Es geht vielmehr darum, den vom EDI vor einigen Jahren eingeleiteten Reformprozess fortzusetzen und bereits laufende Reformen optimal zu vertiefen, um die Effizienz des Gesundheitssystems allgemein zu verbessern.

Der Bericht formuliert Empfehlungen in fünf zentralen Bereichen: strategische Steuerung (Governance) und Informationssystem, Krankenversicherung, Gesundheits-

personal, Gesundheit und Versorgungsqualität und schliesslich Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und der Arzneimittelausgaben (siehe *Kasten Empfehlungen des OECD-WHO-Berichts im Überblick*). Der Artikel greift die wichtigsten Empfehlungen auf und nimmt eine erste Evaluation aus Sicht des BAG vor.

Strategische Steuerung (Governance) und Informationssystem

Der Bericht regt wie bereits 2006 eine Gesamtbetrachtung unseres Gesundheitssystems an und schlägt ein «übergreifendes Rahmengesetz auf Bundesebene» vor, um die Governance zu verbessern. Es geht nicht darum, und das ist von vornherein klarzustellen, die föderalistische Struktur der Schweiz in Frage zu stellen. Diese hat sich bewährt, und ein ideales Gesundheitssystem gibt es nicht. Die Experten der OECD und WHO empfehlen vielmehr Mechanismen zur Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen, damit diese sich stärker an einer gemeinsamen Vision orientieren. Gleichzeitig sollten die Aufgaben klarer zwischen Bund und Kantonen verteilt werden. Diese Verbesserung bei der Governance soll in erster Linie über die Entwicklung von gesamtschweizerischen Informationssystemen und verbesserte Datenqualität erreicht werden, damit politische Entscheide auf Evidenzbasis getroffen werden können (evidence-based Policy).

Im April 2010 lancierten Bund und Kantone im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik das Projekt Nationale Gesundheitsstrategie (Projekt NGS), das die Steuerung im Gesundheitssystem optimieren und die dafür notwendigen Datengrundlagen verbessern soll. In der Schweiz fehlt es trotz zahlreicher guter Datenbanken bisher an einem übergreifenden Gesundheitsinformationssystem, das die Datenbanken miteinander verbindet und so einen Überblick über die Gesundheitsstatistiken bietet. Es sind aber Bemühungen in diese Richtung im Gang, und die beteiligten Partner, hauptsächlich das BAG, das BFS, das Obsan und die GDK, haben im Rahmen des Projekts NGS diverse Pilotprojekte auf diesem Gebiet eingeleitet. Am meisten Handlungsbedarf besteht in den Bereichen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Prävalenz chronischer Krankheiten), ambulante Versorgung

¹ Bundesrat (2011): Die Strategie des Bundesrats in der Gesundheitspolitik (22. Juni 2011), www.edi.admin.ch

und Ergebnisse der Leistungen (Outcome). Eine Priorität stellt gegenwärtig die Schaffung eines nationalen Krebsregisters dar. Daneben wird die Möglichkeit für die Registrierung weiterer Krankheiten geprüft. Beim BFS ist zudem derzeit ein Statistikprojekt im ambulanten Bereich in Arbeit, das wertvolle Informationen unter anderem zum beschäftigten Personal liefern wird (ambulanter Bereich Spitäler und Privatpraxen). Längerfristig geht es darum, die Koordination zu verbessern und einheitliche Datenerhebungsmethoden einzuführen.

Das Projekt NGS befasst sich auch mit der Finanzierung des Gesundheitssystems und der Tarifgestaltung der ambulanten Leistungen aus Sicht der Governance und sucht nach neuen Ansätzen in diesem Bereich. Allerdings würde eine verbindlichere Institutionalisierung der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen gegenwärtig gegen die Artikel 3 und 117 der Bundesverfassung verstossen. Ausserdem wäre die Form genauer zu prüfen, die dieses von der OECD und WHO empfohlene «übergreifende Rahmengesetz für Gesundheit auf Bundesebene» annehmen könnte.

Krankenversicherung

Unser Gesundheitssystem, so halten OECD und WHO als kleine «Erinnerungsspritze» fest, gehört weiterhin zu den teuersten der Welt (11,4 Prozent des BIP 2009), und der Ausgabendruck bleibt aller Wahrscheinlichkeit nach auch in Zukunft hoch. OECD und WHO schlagen deshalb vor, Mechanismen zu fördern, mit denen die Schweiz die Qualität und die Kostenwirksamkeit der Leistungen verbessern und sicherstellen kann, dass die Mittel optimal eingesetzt werden. So sollten die Gesundheitsleistungen systematischer einer wissenschaftlichen Bewertung (Health Technology Assessment – HTA) unterzogen und integrierte Versorgungsmodelle gefördert werden. Ebenso werden die schrittweise Einführung der Vertragsfreiheit zwischen Leistungserbringern und Versicherern und die weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs empfohlen. Der Bericht weist zudem mehrfach auf einen Mangel an Daten zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Bevölkerung hin, insbesondere in Bezug auf das Einkommen, und empfiehlt, exponierte Gruppen aufmerksamer zu beobachten.

Eine Massnahme, die der Bundesrat zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitssystems plant, ist die Schaffung einer unabhängigen HTA-Agentur. Die systematischere Prüfung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, wie sie andere Länder wie Grossbritannien oder Deutschland praktizieren, soll einen besseren Einsatz der Mittel gewährleisten und damit die Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung verbessern. Im Zuge verschiedener vom Parlament angenommener Motionen wird derzeit ein Projekt geprüft, wie Funktion und Arbeitsweise einer

HTA-Agentur zu definieren und ihre nachhaltige Finanzierung und Unabhängigkeit gegenüber den einzelnen Interessengruppen sicherzustellen wären.

Am 30. September 2011, kurz vor dem Erscheinen des Berichts, hat das Parlament eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes beschlossen. Die Reform hat zum Ziel, integrierte Versorgungsnetze als besondere Form der *Managed Care* zu fördern. Integrierte Versorgungsnetze sind ein Zusammenschluss von Leistungserbringern zwecks Koordination der medizinischen Versorgung. Die Reform will die Qualität der Leistungen und der Behandlungen steigern. Bei integrierten Modellen ist die Kostenbeteiligung tiefer. Zu den geplanten Neuerungen gehört auch ein verfeinerter Risikoausgleich. Gegen die Reform ist jedoch am 19. Januar 2012 das Referendum ergriffen worden.

Beim Risikoausgleich wurde die Formel Anfang 2012 zusätzlich zu Alter und Geschlecht mit dem Risikofaktor «Hospitalisierung im Vorjahr von mehr als drei Tagen» ergänzt. Damit soll die Praxis der Risikoselektion verringert werden, wobei es sich, wie OECD und WHO anmerken, um eine Kompromisslösung handelt. Längerfristiges Ziel sollen auf der Morbidität basierende Risikofaktoren sein, wie sie andere Länder verwenden. Was die Einführung der Vertragsfreiheit anbelangt, so ist die Frage sehr umstritten, wie sich auch aus dem Nichteintreten vor Kurzem im Parlament schliessen lässt. Die Schweizer Bevölkerung hängt an der freien Wahl der Leistungserbringer, und dies wird sich wohl nicht so schnell ändern.

Und schliesslich scheint angesichts der ständig steigenden Gesundheitsausgaben und der Auswirkung auf die Einkommen der Haushalte eine genauere Untersuchung der Folgen dieser Entwicklung auf die gesundheitsbezogenen Ungleichheiten angebracht. Denn auch wenn die Ungleichheiten in der Regel als Folge unseres föderalistischen Systems eingestuft werden, ändert dies nichts an der Tatsache, dass genaue Daten zu diesem Thema und namentlich den finanziellen Auswirkungen für die Haushalte fehlen. Das BAG prüft gegenwärtig, mit welchen Massnahmen die Chancengleichheit bei der Gesundheit und beim Zugang zu Gesundheitsleistungen verbessert werden kann.

Gesundheitspersonal

Der neue Bericht liefert zu dieser Frage, die 2006 nicht weiter vertieft wurde, interessante Anhaltspunkte für den Umgang mit der Problematik. Die Schweiz verfügt laut Bericht über eine höhere Dichte an Gesundheitspersonal als die meisten OECD-Länder. Wegen der grossen Unterschiede nach Berufsgruppen und Regionen ist aber vor allem im Bereich Allgemeinmedizin und Langzeitpflege in Zukunft mit einem Mangel zu rechnen. Der

OECD-WHO-Reformempfehlungen für das schweizerische Gesundheitssystem

Für das schweizerische Gesundheitssystem besteht die grundlegende Herausforderung darin, wirksam auf die *Verlagerung hin zu chronischen Krankheiten und Multimorbidität* reagieren zu können. Dazu werden Änderungen in folgende Richtungen notwendig sein:

1. Verbesserung der strategischen Steuerung (Governance) sowie die Entwicklung verbesserter Informationen für das Gesundheitssystem mittels:
 - Erarbeitung eines übergreifenden Rahmengesetzes für Gesundheit auf Bundesebene, in dem eine gemeinsame Vision und konkrete Ziele für das Gesundheitssystem definiert und zugleich die unterschiedlichen Ansätze, Vielfalt an Ressourcen, Bedürfnisse und Präferenzen der Kantone anerkannt werden. Es sollte ferner die Rollen und Zuständigkeiten der verschiedenen Regierungsebenen klarstellen, Datenaustausch-Plattformen fördern, Wissen und Analysen für die Erarbeitung von politischen Massnahmen bereitstellen und für die Verbreitung von «Best Practice» sorgen.
 - Aufstellung national vereinbarter Zeitpläne und Standards zur Einrichtung besserer Gesundheitsinformationssysteme und Berichterstattungspflicht mit minimalem Datenset für alle Kantone. Datenbanken und regelmässige Erhebungen sollten umfassen: Gesundheitsrisiken; Grundversorgung, Gesundheitspersonal (einschliesslich Pflegepersonal und andere verwandte Gesundheitsberufe) und ambulante Versorgung; Leistungsqualität im ambulanten, Spital- und Langzeitpflegebereich; Morbidität und Mortalität in Verbindung mit Gesundheitsleistungen sowie gesundheitsbezogene Ungleichheiten (z.B. durch Einkommen, Bildungsniveau oder andere soziale Gegebenheiten).
 - Einführung von elektronischen Patientendossiers, einer *eindeutigen Patientenidentifizierung* und *individuellen computerlesbaren Smart Cards*, um die Koordinierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zu verbessern.
 - Stärkung und Institutionalisierung der Koordination zwischen Bundes- und Kantonebenen sowie unter den Kantonen, insbesondere um eine bessere Organisation und Planung der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.
2. Änderung von Finanzierungs- und Abgeltungsmechanismen zur:
 - Förderung der Qualität, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Koordination der Leistungen. Kostenwirksamkeitsanalysen der KVG-Leistungen sollten durch den formelleren und systematischeren Einsatz von HTA verbessert werden. Kostenbeteiligungsvereinbarungen sollten derart gestaltet werden, dass der Einsatz kostenwirksamer medizinischer Güter und Leistungen sowie die Prävention gefördert werden. Integrierte Versorgungs- und Managed-Care-Modelle sollten durch Überwachung und Berichterstattung über qualitative Ergebnisse und Erfolge beim Krankheitsmanagement gefördert werden. Vernetzte Leistungsanbieter sollten über Anreize verfügen, um die Prävention in ihr Angebot zu integrieren und eine Kontinuität bei der Versorgung ihrer Patienten sicherzustellen.
 - Verbesserung des wertbasierten Wettbewerbs unter Krankenversicherungen. Die Vertragsfreiheit zwischen Versicherern und Leistungserbringern sollte schrittweise zugelassen und die Risikoausgleichsmechanismen weiter verfeinert werden, indem morbiditätsrelevante Risikofaktoren hinzugefügt und vermehrt prospektive Kompensationsberechnungen eingeführt werden.
 - Überwachung der Gleichheit bei der Finanzierung, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen von Versicherungsverträgen mit hohem Selbstbehalt oder hohen Jahresfranchisen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Die Wirksamkeit von Mechanismen zum Schutz der sozial Schwächeren (z.B. Prämienverbilligungen) sollte weiter überwacht und die mögliche Festlegung von Mindestanforderungen für die Gewährung von Prämienverbilligungen für anspruchsberechtigte Haushalte soll geprüft werden.
3. Stärkung der strategischen und nationalen Planung des Gesundheitspersonals, um sicherzustellen, dass das zukünftige schweizerische Gesundheitssystem auf die wachsenden Anforderungen und die Veränderungen in Morbiditätsmustern reagieren kann, und zwar mittels:
 - Ausbau des Informationssystems zum Gesundheitspersonal, insbesondere zu Pflegepersonal und verwandten Gesundheitsberufen, und Einführung einer systematischen Überwachung, Evaluation und Berichterstattung über die nationale Beschäftigungspolitik im Gesundheitswesen.
 - Unterstützung von medizinischen Fakultäten und Ausbildungsgängen im Pflegebereich bei der allmählichen Anhebung der Anzahl im Inland ausgebildeter Gesundheitsfachleute, insbesondere in Fachbereichen, in denen ein Mangel zu erwarten ist, wie z.B. in der Allgemeinmedizin.
 - Auseinandersetzung mit Fragen der Gerechtigkeit und Wirksamkeit im Zusammenhang mit der internationalen Migration von Gesundheitspersonal auf der Grundlage des WHO-Verhaltenskodexes für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.



(Fortsetzung)

- Baldiger TARMED-Revision zur Erhöhung des relativen Einkommensniveaus für Leistungen der Grundversorger und anderer Fachbereiche, in denen Mangel herrscht.
 - Förderung guter Praktiken wie fach- und berufsübergreifende Zusammenarbeit.
 - Verbreitung von Informationen über «Best Practice» bei der Personalverwaltung in Spitälern («Magnet-Spitäler»), um diese Erfahrungen als Vorbild zu nehmen.
 - Entwicklung von politischen Massnahmen, um die Anwerbung und Verweildauer (insbesondere in entlegenen und bergigen Regionen) sowie die berufliche Wiedereingliederung zu verbessern.
 - Unterstützung berufsübergreifender Ansätze sowie beruflicher Weiterbildung, beispielsweise im Kontext von integrierten Versorgungsmodellen oder Disease-Management-Programmen.
 - Entwicklung einer umfassenderen und nachhaltigeren Laufbahnstruktur im Bereich öffentlicher Gesundheit und Gründung eines nationalen Kompetenzzentrums, das mit Public-Health-Fachleuten aus der Praxis, akademischen Einrichtungen sowie Bundes- und Kantonsverwaltungen gemeinsam eine evidenzbasierte politische Beratung im Bereich der öffentlichen Gesundheit erbringen kann.
4. Die Verbesserung der Gesundheit sowie der Qualitätssicherung bei der Gesundheitsversorgung stärken, mittels:
- Systematischer Bewertung von Programmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention mit besonderem Augenmerk auf die Durchführung und Überwachung von präventiven Public-Health-Massnahmen, die bislang noch nicht flächendeckend verfügbar sind (Brustkrebs-Früherkennung), nicht konsequent aufgenommen werden (Impfungen) oder kostenwirksam sind (Tabak- und Alkoholbesteuerung).
 - Wesentlicher Anhebung des Stellenwerts der Prävention im schweizerischen Gesundheitssystem, indem beispielsweise Leistungserbringer ermutigt werden, Prävention in ihre Praxis zu integrieren, sowie durch Annahme eines weitreichenden Bundesgesetzes zur öffentlichen Gesundheit und Prävention, in dem die Aufgabenteilung klar definiert wird und ausreichend finanzielle Mittel vorgesehen sind, um Massnahmen landesweit umsetzen zu können.
 - Stärkung der Rechenschaftspflicht und der Führungskapazitäten innerhalb des Gesundheitssystems, um grössere Fortschritte bei Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu erzielen und zugleich auf nationale Notsituationen besser vorbereitet zu sein.
 - Grösserer finanzieller Unterstützung von nationalen Initiativen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.
 - Gesundheitsberichterstattung und Datenerhebung aufgrund von nationalen Qualitätsindikatoren durch Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich.
5. Stärkung der Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsversorgung und Arzneimittelausgaben mittels:
- Prüfung eines Wechsels von der gegenwärtigen dualen Spitalfinanzierung durch Kantone und Versicherer zu einem System, in dem die kantonalen Beiträge an einen einzigen Direktzahler gehen.
 - Gewährleistung, dass die Umsetzung von DRGs mit grösserer Autonomie für Kantonsspitäler verbunden wird, dass neue Informationen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringer für die Spitalplanung genutzt und, dass DRG-Zahlungen zur Sicherstellung von Grundleistungen (wie Unfall- und Notfalldienste) ergänzt werden.
 - Reduktion der durch Einzelleistungstarife ausgelösten Anreize zur Überversorgung durch Kombination mit anderen Vergütungsarten.
 - Vermehrter Verlegung der Akutversorgung vom stationären in den ambulanten Bereich, Entwicklung horizontaler Versorgung in ambulanten oder stationären Strukturen für Personen, die Langzeit- oder Palliativpflege benötigen oder solche, die an psychischen Erkrankungen leiden.
 - Ausweitung der politischen Massnahmen, welche die Aufmerksamkeit für Qualität und Kostenwirksamkeit bei der Verschreibung und Abgabe von Arzneimitteln fördern (z.B. durch den Einsatz von HTAs und verstärkte Förderung von Generika).

Bericht weist auch auf die Bedeutung der internationalen Migration des Gesundheitspersonals für die OECD-Länder und insbesondere für die Schweiz hin. 2007 machte der Anteil des zugewanderten Arzt- und Pflegepersonals in der Schweiz rund 30 Prozent des Gesundheitspersonals aus. 2008 war die Zahl der Zuwanderungen bei den Ärzten sogar höher als die Zahl der Studienabschlüsse. Diese Trends werfen Fragen auf, einerseits nach der Wünschbarkeit und Nachhaltigkeit einer Abhängigkeit vom Ausland, andererseits nach der Fairness gegenüber den Herkunftsländern. In der internationalen Debatte ist das Thema durch die Verabschiedung eines Verhaltenskodex der WHO für die grenzüberschreitende Anwerbung von Gesundheitsfachkräften am 21. Mai 2010 sichtbar geworden. Der Kodex besteht aus Grundsätzen, die die Mitgliedsländer auf freiwilliger Basis übernehmen.

Vor diesem allgemeinen Hintergrund empfehlen OECD und WHO der Schweiz, die Informationssysteme über das Gesundheitspersonal auszubauen, die Ausbildung zu fördern, aber auch bestehende Ressourcen besser zu nutzen, bestimmte Berufe attraktiver zu machen und die Aufgabenteilung zwischen Arzt- und Pflegepersonal zu überdenken. Längerfristig stellt sich die Frage einer nationalen Vision zur Bewältigung der Personalproblematik.

Die Schweiz beschäftigt sich schon seit einigen Jahren mit der Frage der Migration und der Personalressourcen im Gesundheitswesen. Es liegen etliche Studien zu diesem Thema vor. Im Rahmen der 2006 zwischen EDI und EDA vereinbarten Gesundheitsaussenpolitik hat eine Arbeitsgruppe das Thema Personalmigration seit 2008 auf nationaler und auf internationaler Ebene vertieft. Die Arbeitsgruppe hat aktiv an der Diskussion im Vorfeld des WHO-Verhaltenskodex mitgewirkt, eine erste Standortbestimmung in der Schweiz vorgenommen und mit dem Schwerpunktthema Rekrutierung und Migration von Gesundheitspersonal an der 12. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik im November 2010 Informationsarbeit geleistet.

Obschon es in der Schweiz bereits zahlreiche öffentliche und private Datenbanken gibt, ist es bislang schwierig, sich einen Überblick über die Situation zu verschaffen. Eine grundlegende Voraussetzung für künftige Weichenstellungen in diesem Bereich wird deshalb der Aufbau eines systematischeren und transparenteren Monitorings auf nationaler Ebene sein. In Bezug auf die Bildung liegt seit 2010 ein «Masterplan Bildung Pflegeberufe» vor. Das Ziel ist, die Bildungskapazitäten zu erhöhen, das Personal im Beruf zu halten, daneben aber auch das Personal auf allen Stufen auszubilden, damit es über bedarfsorientierte Qualifikationen verfügt. Der Bundesrat hat im letzten November einen Bericht mit verschiedenen Massnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels und zur Förderung der Hausarztmedizin vorge-

legt.² Dem Bericht zufolge müssen, soll das heute verfügbare Arbeitsvolumen vollständig mit in der Schweiz ausgebildeten Medizinalpersonen gehalten werden, in der Schweiz jedes Jahr zwischen 1200 und 1300 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden. Dies entspricht einer Steigerung von rund 50 Prozent gegenüber den heutigen Abschlusszahlen. Parallel dazu sieht der Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vor, die medizinische Grundversorgung in der Schweiz allgemein zu fördern. Darüber hinaus prüfen Arbeitsgruppen auf kantonaler und nationaler Ebene neue Formen der Zusammenarbeit und der Rollenteilung beim Gesundheitspersonal. Generell gilt es, mit allen Beteiligten ein Klima des Dialogs und der Zusammenarbeit zu schaffen, um diese Herausforderung gemeinsam zu meistern.

Verbesserung der Gesundheit und der Versorgungsqualität

Mit einem Anteil von 2,3 Prozent der Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung liegt die Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt von 3,1 Prozent (Zahlen 2008). Dies obwohl die nichtübertragbaren Krankheiten (z.B. im Zusammenhang mit Rauchen und Übergewicht) das grösste Gesundheitsrisiko darstellen. Der Bericht attestiert der Schweiz zwar Fortschritte bei der Bekämpfung der wichtigsten Risikofaktoren wie das 2010 eingeführte Rauchverbot in geschlossenen öffentlichen Räumen, hält das Gesundheitssystem diesbezüglich aber weiterhin für zu zersplittert und zu wenig koordiniert. Dieser Mangel könnte mit dem Entwurf für das neue Präventionsgesetz behoben werden. Auch beim Aufbau eines nationalen Rahmens zur Qualitätsbeurteilung in der Gesundheitsversorgung werden erfreuliche Fortschritte gegenüber dem letzten Bericht verzeichnet. Die Bemühungen sollten aber im Hinblick auf einen definierten, einheitlich erhobenen Mindestsatz an nationalen Gesundheitsdaten fortgesetzt werden. Diese Daten könnten Aufschluss darüber geben, ob die Schweizer Bevölkerung bei der Gesundheitsversorgung tatsächlich in den Genuss der «Best Practice» kommt.

«Besser vorsorgen und heilen», heisst das Leitmotiv der Gesundheitsstrategie des Bundesrats (siehe oben). Wer die Lebensqualität der Bevölkerung verbessern und die Kosten senken will, muss auf Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz, Prävention und Früherkennung von Krankheiten setzen. In diesem Sinne soll das künftige Präventionsgesetz die Grundlage für eine nationale Präventionsstrategie mit partnerschaftlich erarbeiteten

2 Bericht des Bundesrats in Erfüllung der Motion Fehr 08.3608 «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin», 23. November 2011
www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=de

Zielen und Prioritäten bieten. Das Gesetz soll auch die Koordination der Präventionsmassnahmen und damit deren Effizienz verbessern. In Bezug auf die Versorgungsqualität ist bis 2015 ein eigenes Institut zur Durchführung grossflächiger Erhebungen und Programme im Auftrag des Bundes geplant.

Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und der Arzneimittelausgaben

OECD und WHO begrüßen die seit 2006 eingeleiteten Reformen wie beispielsweise bei der Spitalfinanzierung die Einführung eines leistungsbezogenen Abgeltungssystems auf der Basis diagnosebezogener Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups DRG*), das sich in den nächsten Jahren spürbar auswirken dürfte. Gleichzeitig ermuntern sie die Schweiz, nicht stehen zu bleiben und die Voraussetzungen für die Umsetzung des neuen Systems zu schaffen. Der Bericht weist in diesem Zusammenhang auf die kritische Doppelrolle der Kantone als Finanzierer und gleichzeitig Betreiber der Spitäler sowie die hohe Spitaldichte (eine der höchsten der OECD) hin. Darüber hinaus sollte die Schweiz die Verlagerung von der Akutversorgung im Spital zur ambulanten Versorgung fördern und eine übergreifende Versorgung für Patientinnen und Patienten mit besonderen Bedürfnissen (Psychiatrie-, Langzeit- oder Palliativpflege) entwickeln. Ebenso sollte die Schweiz ihre Bemühungen in Bezug auf die Bewertung von Arzneimitteln und die Verwendung von Generika fortsetzen.

Mit der Revision der Spitalfinanzierung müssen die Spitalplanungen bis spätestens drei Jahre nach Einführung der Leistungspauschalen angepasst werden, das heisst bis Ende 2014. Zudem befasst sich das NGS-Teilprojekt «Tarife und Eckwerte einer künftigen Finanzierung» mit längerfristigen Reformen des Finanzierungssystems. Dabei wird unter anderem die Frage einer einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen sowie einer allfälligen neuen Aufgabenteilung

zwischen Bund und Kantonen geprüft. Es liegen bereits verschiedene Ansätze vor, die nun unter den Beteiligten zu debattieren sein werden. In Bezug auf die bessere Versorgung von PatientInnen mit besonderen Bedürfnissen ist die von Bund und Kantonen ausgearbeitete «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» zu nennen, die in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren für die Verankerung der Palliativversorgung sorgen will. Was die psychiatrische Versorgung anbelangt, so wurde dem Obsan ein Leistungsauftrag erteilt, bis 2015 die empirischen Grundlagen zur Entwicklung einer integrierten psychiatrischen Versorgung bereitzustellen. Zudem hat der Bundesrat seit 2009 eine Reihe von Massnahmen im Arzneimittelbereich getroffen, die bereits zu Einsparungen von über 400 Millionen Franken geführt haben und noch weitere ermöglichen werden. Wie gross das Sparpotenzial ist, das noch realisiert werden könnte, wird derzeit evaluiert.

Insgesamt ist dieser neue Bericht der OECD und WHO ein guter Barometer für den Stand der Reformen in der Schweiz und ein nützlicher Hinweis auf Anhaltspunkte, die wir in nächster Zeit prüfen und vertiefen sollten, wenn wir für die Herausforderungen der Zukunft gewappnet sein wollen. Die Welt verändert sich ständig. Unser System muss sich den veränderten Lebensweisen nicht nur anpassen, sondern diese antizipieren können. Jede Veränderung ist eine Gelegenheit zur Weiterentwicklung. Sogar drohende Krisen wie der Mangel an Gesundheitspersonal sind eine Chance, die wir nicht verpassen sollten. Sie bieten Gelegenheit, unser System neu zu orientieren, damit es dynamisch, effizient und innovativ bleibt und so den Bedürfnissen der Menschen, die im Zentrum der Gesundheitspolitik stehen, weiterhin optimal gerecht werden kann.

Delphine Sordat Fornerod, stellvertretende Leiterin der Sektion globale Gesundheit, Abteilung Internationales, BAG.
E-Mail: delphine.sordat@bag.admin.ch

Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit

Die OECD hat einen Bericht über psychische Erkrankung und Erwerbsarbeit veröffentlicht. «Sick on the Job? Myths and Realities» bringt Informationen, Daten und Erfahrungen aus zehn Ländern zusammen, um dem Phänomen der stark gewachsenen psychisch bedingten Invalidität auf die Spur zu kommen. Dabei wählen die Autoren einen breiten Ansatz, der nicht nur die Sozialwerke, sondern auch das Gesundheits- und das Ausbildungswesen sowie den Arbeitsmarkt mit einbezieht. Dem Übersichtsband werden Länderberichte folgen.



Martin Wicki
Bundesamt für Sozialversicherungen

Bereits seit Ende der 1990er-Jahre hat die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) das Thema der Invalidität aufgenommen. In vielen Mitgliedstaaten der OECD hatten die Invaliditätszahlen teilweise dramatisch zugenommen. Zudem stand die Sozialpolitik vor einem Paradigmenwechsel, der allgemein als Übergang von einem versorgungspolitischen zu einem aktivierungspolitischen Ansatz («return to work», «Workfare») umschrieben wird. In vergleichenden Länderstudien («Transforming Disability into Ability» oder «Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers») wurden Politiken vorgestellt, die für Personen mit gesundheitsbedingten Leistungseinschränkungen anstelle von Ausschluss und Abfindung mit

Renten die Eingliederung in den Erwerbsprozess propagierten. 2006 wurde eine Überblickstudie zu den Reformen in verschiedenen Ländern, darunter auch der Schweiz, veröffentlicht (OECD 2006).

Seit Anfang 2009 richtet die OECD den Fokus ihrer Erkundungen speziell auf die psychisch bedingte Invalidität, ist sie doch inzwischen in den meisten Industrieländern zu einem Haupttreiber der Entwicklung geworden (Grafik G1).

Keine Zunahme psychischer Erkrankungen

In der Fachwelt herrscht weitgehend Konsens darüber, dass die Anzahl psychischer Erkrankungen gar

nicht zugenommen hat, sondern seit Jahrzehnten etwa konstant geblieben ist. Stark zugenommen haben hingegen – nicht zuletzt wegen der fortbestehenden Stigmatisierung von psychischen Störungen – die Probleme der Betroffenen bezüglich ihrer Arbeitsmarktteilnahme. Dies gilt besonders für NeurentnerInnen mit «milderen», diffuseren, schwerer diagnostizierbaren und oft mit psychosozialen Schwierigkeiten kombinierten Krankheitsbildern. In der Schweiz wurde diese Entwicklung bereits mit einer umfangreichen Analyse von Dossiers dieser unscharf gefassten Gebrechenskategorie untersucht (Baer et al. 2009).

Die OECD hat Anfang 2012 einen Übersichtsbericht «Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work» mit Daten und Informationen aus zehn Ländern, neben der Schweiz auch aus den Niederlanden, Norwegen, Australien, den USA, Schweden, Belgien, Dänemark, Grossbritannien und Österreich, vorgestellt. Dabei stützt sich die OECD auf nationale Gesundheitssurveys, Studien über Lebensbedingungen sowie internationale statistische Surveys wie Eurobarometer, SHARE oder European Work Conditions Survey. Der Bericht sucht nach Zusammenhängen zwischen psychischer Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Dabei wird erst eine Bestandsaufnahme in den Ländern gemacht. Dann wird nach Ursachen und Hintergründen gefragt, es werden Konsequenzen und Lösungsansätze in den einzelnen Ländern erörtert und schliesslich Schlüsse hinsichtlich einer integrativeren Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen gezogen. Die Autoren des OECD-Berichts wählen einen umfassenden Ansatz, indem sie den Fokus nicht allein auf den Arbeitsmarkt, sondern auch auf das Ge-

sundheitswesen, die Bildungspolitik und die Sozialpolitik richten.

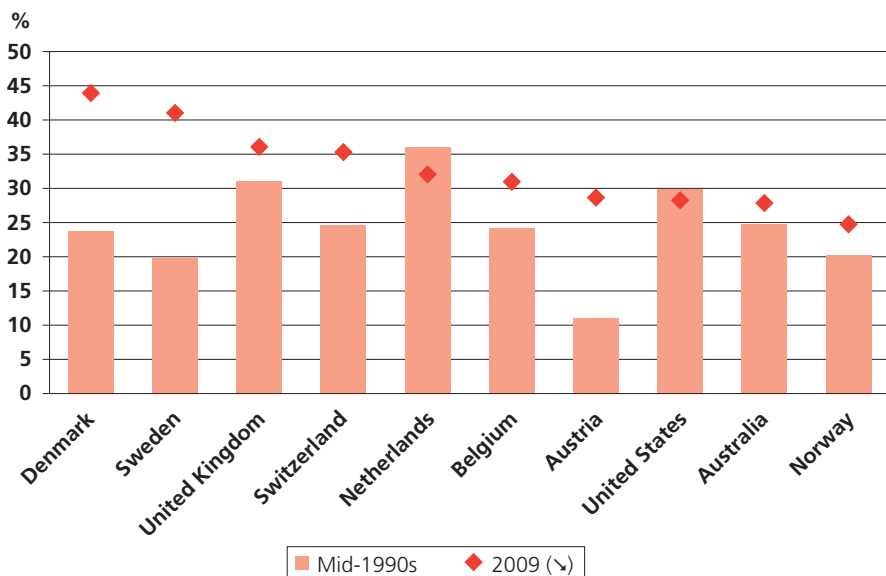
Konzeptionell wird bei der Bestandsaufnahme zwischen drei Schwe-

regraden psychischer Erkrankungen unterschieden: leichte Störungen, die unterhalb einer Schwelle liegen, der Krankheitswert beigemessen wird,

mässige bzw. milde und schliesslich schwere psychische Erkrankungen. Auf der Basis von Befragungsdaten aus den zehn Ländern wird bezüglich dieser groben Zuteilung geschätzt, dass schwere psychische Erkrankungen bei rund 5 Prozent der Bevölkerung und mässige bzw. milde bei 15 Prozent der Bevölkerung vorkommen. Noch grösser wird der Anteil der unter der Krankheitsschwelle liegenden Störungen eingeschätzt, wobei naturgemäss hier die Schätzungen unsicherer sind. Gemäss der einschlägigen Literatur soll die Wahrscheinlichkeit, in seinem gesamten Leben einmal mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert zu werden, bei 40 bis 50 Prozent liegen. Im Zentrum des Interesses steht in der OECD-Studie die Arbeitsmarktbeteiligung, wobei festgestellt wird, dass diese sowohl bei Menschen mit milden als auch bei solchen mit schweren psychischen Erkrankungen unterdurchschnittlich ist und die Betroffenen stärker von Arbeitslosigkeit bedroht sind. Immerhin ist die Erwerbsbeteiligung psychisch Erkrankter in der Schweiz vergleichsweise hoch. Geringere Erwerbschancen haben auch geringere Einkommen und ein erhöhtes Armutsrisiko zur Folge, wobei hinsichtlich der Kausalität zu berücksichtigen ist, dass die Betroffenheit von Invalidität sozial unterschiedlich verteilt ist, wie eine neue Untersuchung im Rahmen des Forschungsprogramms anhand von Steuerdaten erneut nahelegt (Wanner et al. 2012). Dass psychisch Erkrankte durchschnittlich einen tieferen Bildungsstatus aufweisen, fügt sich in dieses Bild ein und wird unter anderem darauf zurückgeführt, dass psychische Probleme häufig bereits recht früh in einer Biografie beginnen, was auf die grosse Bedeutung des Bildungssystems hinsichtlich der frühen Erkennung und Hilfestellung verweist.

Anteil IV-Neurenten aus psychischen Gründen an allen IV-Neurenten; Mitte 1990er-Jahre und neustes verfügbares Jahr

G1

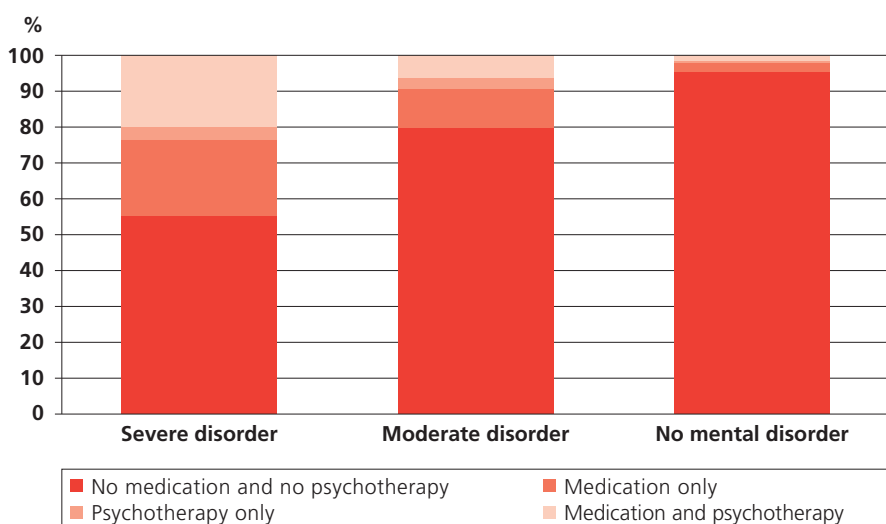


Anm.: Die Daten aus Österreich, Belgien, Schweden und den USA enthalten auch geistige Behinderungen und Geburtsgebrechen, jene aus Australien nur Geburtsgebrechen und jene der Schweiz geistige Behinderungen.

Quelle: OECD-Umfrage

Anteil Personen mit Antidepressiva und/oder in Psychotherapie; nach Schwerestufe 2005

G2



Quelle: OECD-Berechnungen auf der Basis von Eurobarometer 2005.

Ungenügende Behandlung

Obwohl psychische Erkrankungen behandelbar sind, nehmen Betroffene

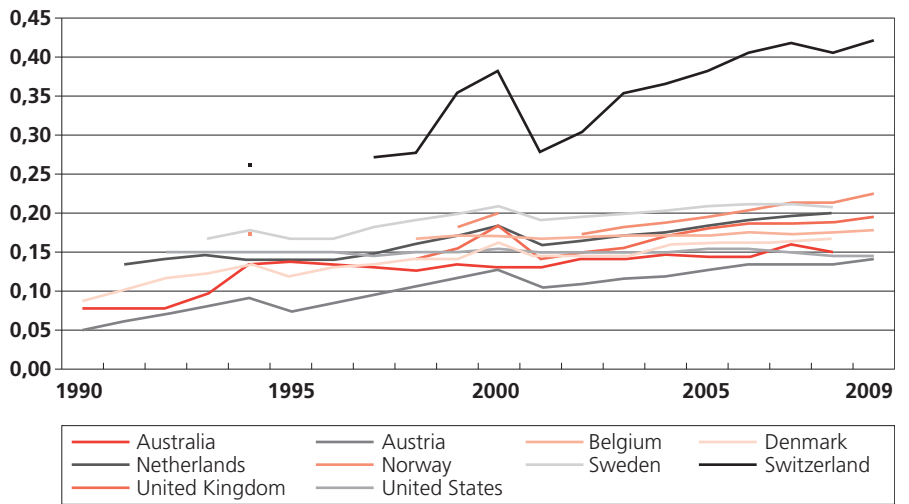
ne eine starke gesellschaftliche Stigmatisierung wahr. Gleichzeitig wird festgestellt, dass die Behandlung psychischer Erkrankungen ungenügend ist und oft nicht den fachlichen Empfehlungen entspricht (Grafik G2). Dabei hat die Versorgungsdichte in den letzten Jahrzehnten zugenommen. Ungenügende Aufmerksamkeit bezüglich einer Behandlung wird gemäss dem Bericht vor allem Personen mit mässigen bzw. mildereren Störungen geboten. Bezeichnend ist, dass Psychopharmaka fast doppelt so häufig eingesetzt werden als Psychotherapien: Von 100 PatientInnen werden 22 nur medikamentös und 4 nur psychotherapeutisch behandelt, wogegen 19 die von Fachleuten empfohlene kombinierte Behandlung erfahren und 55 gänzlich unbehandelt bleiben.

Im Vergleich zu den andern untersuchten Ländern weist die Schweiz eine sehr hohe Dichte psychiatrischer SpezialistInnen auf (Grafik G3). Psychiatrische Hospitalisationen haben in den letzten Jahrzehnten stetig abgenommen, was mitunter auf eine Politik der Öffnung der Psychiatrie und Bemühungen zur sozialen Integration von psychisch Erkrankten, aber letztlich auch auf Kostenüberlegungen zurückzuführen ist.

Gemäss der zusammengetragenen Faktenlage aus vielen Untersuchungen hat Arbeit einen positiven Einfluss auf die psychische Verfassung. Zumindest verweist der Bericht auf Befunde in drei Ländern, wonach die psychische Gesundheit von Personen, die aus der Erwerbstätigkeit austreten, sich verschlechtert. Die grundsätzlich gesundheitsförderliche Wirkung von Arbeit setzt allerdings voraus, dass die Arbeitsbedingungen gut sind. Dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger prekäre und unsichere Anstellungen haben, ist der psychischen Gesundheit dagegen abträglich. Die Wertschätzung am Arbeitsplatz ist im Urteil der befragten Betroffenen wesentlich geringer als bei Personen ohne psychische Störungen. Psychische Erkrankungen tan-

Anzahl Psychiater/innen pro 1000 EinwohnerInnen 1990–2008

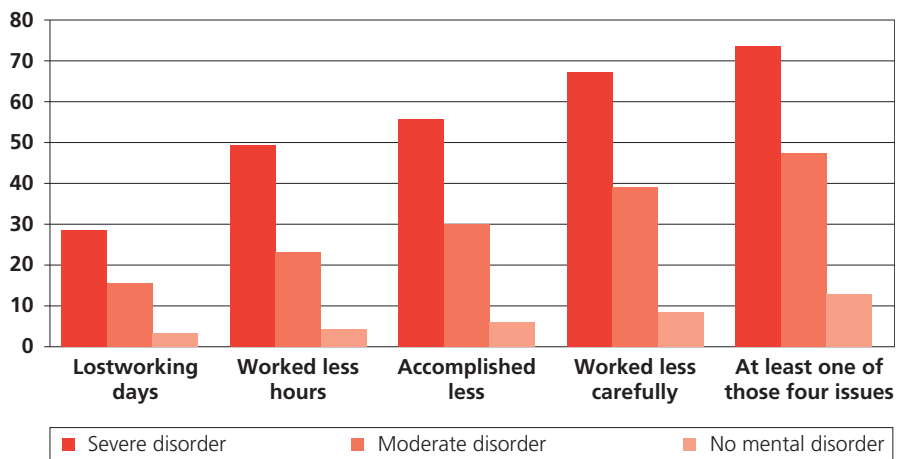
G3



Quelle: OECD Health Data 2011.

Anteil Erwerbstätiger, die in den letzten 4 Wochen aus psychischen Gründen verschiedene Produktivitätseinbussen erlebten; Durchschnitt von 21 europäischen OECD-Ländern, 2005

G4



Quelle: OECD-Berechnungen auf der Basis von Eurobarometer 2005.

gieren die Arbeitsproduktivität erheblich: gesundheitlich bedingte Absenzen, aber auch umgekehrt der sogenannte Präsentismus, das heisst das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz gesundheitlich bedingter Leistungseinschränkung, stellen einen bedeutenden wirtschaftlichen Verlust dar (Grafik G4). Im Bericht werden die Produktivitätsverluste aufgrund psy-

chischer Krankheiten für die OECD-Länder auf etwa 3 bis 4 Prozent des BIP geschätzt.

Individuell und gesellschaftlich hohe Kosten

Für die Invalidenversicherung stellen psychische Erkrankungen schon

länger eine wachsende Herausforderung dar. Rund 40 Prozent der Neurenten werden heute in der Schweiz aufgrund psychischer Erkrankungen zugesprochen. Diagnosespezifisch stehen dabei affektive und depressive Störungen an erster Stelle, und deren Anteil nahm in den letzten Jahren – und damit dem internationalen Trend folgend – noch zu, wogegen der Anteil der Schizophrenie leicht zurückging. Generell hält der Bericht für die untersuchten OECD-Länder fest, dass eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit in der Längsschnittanalyse einen starken Vorhersagewert für eine spätere IV-Rente darstellt. Dies gilt selbst für die leichten psychischen Störungen, die unter der Schwelle des Krankheitswerts liegen.

IV-RentenempfängerInnen weisen auch eine viel höhere Komorbiditätsquote auf als andere Personen, d.h. sie sind nicht allein von psychischen, sondern gleichzeitig von physischen Gesundheitsproblemen (z.B. Schmerzen) betroffen. Der Rentenzugang ist in den Ländern unterschiedlich geregelt, was im Bericht detailliert dargestellt wird. Dabei ist allerdings zu bemerken, dass zwischen der gesetzlichen Regelung und der praktischen Durchsetzung gerade im Bereich der psychisch bedingten Invalidisierungen Diskrepanzen bestehen können. So wird etwa für die Schweiz erwähnt, dass die adäquate Behandlung einer psychischen Störung eine Grundvoraussetzung für eine Rente sei. Faktisch scheint aber bei der Überprüfung wie der Durchsetzung dieser Bedingung heute noch Unsicherheit zu herrschen, was der bereits erwähnten internationalen Tendenz zur Nicht- oder Unterbehandlung entspricht. Nicht zuletzt fehlten bislang Leitlinien zur fachgerechten Behandlung von psychischen Erkrankungen (vgl. Ebner et al. 2012). Ein neues, soeben ausgeschriebenes Forschungsprojekt des BSV wird den Komplex der therapeutischen Behandlung von Personen mit einer IV-Anmeldung näher untersuchen.

Erfahrungen mit beruflicher Eingliederung psychisch Erkrankter

Schliesslich befasst sich der OECD-Bericht mit Erfahrungen, Methoden und Instrumenten, die einer Integration in den Arbeitsmarkt von Menschen mit psychischen Erkrankungen förderlich sind. Dazu wurden nur Erfahrungen aus der Hälfte der zehn Länder berichtet, und dort waren die Erfahrungen unterschiedlich: Wo aktive Arbeitsmarktprogramme nicht spezifisch auf psychisch Behinderte zugeschnitten waren, blieb deren Teilnahme im Vergleich zu andern arbeitslosen Gruppen meist deutlich unterdurchschnittlich. Demgegenüber zeigten etwa Australien, Dänemark und Norwegen, die in letzter Zeit besonderes Gewicht auf die Reintegration von Menschen mit psychischen Beschwerden legten, dass diese gleich hohe Partizipationsquoten an aktiven Arbeitsmarktmassnahmen wie Personen mit physischen Behinderungen erreichen konnten. Die Wirkungen von solchen Massnahmen sind allerdings erst äusserst selten evaluiert worden. Eine Ausnahme macht das «Pathways to Work»-Programm in Grossbritannien, mit bereits längerer Erfahrung. Diese zeigten anfänglich vergleichbar gute Resultate für die Gruppe der psychisch bedingten wie für andere Neuzugänge. Vertiefte Untersuchungen aufgrund direkter, arbeitsbezogener Befragungen zeigten jedoch, dass die Gruppe im Vergleich mit physisch Erkrankten deutlich schlechter abschnitt, geringere Integrationserfolge aufwies und von den Personalvermittlern als wesentlich schwieriger vermittelbar eingestuft wurde. Die länger andauernde Arbeitsintegration war bei ihnen deutlich schwächer als bei Personen mit physischen Erkrankungen. Allgemeine Schlussfolgerungen liessen sich aber gemäss OECD-Bericht noch kaum ziehen. Als wichtige beeinflussende Faktoren werden erstens persönliche und Verhaltensfaktoren genannt, zweitens scheint die «Karriere»

eine Rolle zu spielen: Die Integrationschancen von Personen, die bereits früh längere gesundheitsbedingte Arbeitsabsenzen hatten, sind deutlich tiefer. Drittens spielen der Arbeitgeber und die Arbeitsbedingungen eine sehr wichtige Rolle bei einer erfolgreichen Integration, wobei der enge Kontakt der Eingliederungsfachleute zum Arbeitgeber als ein zentraler Erfolgsfaktor gilt. Schliesslich spielen auch störungsspezifische, d.h. etwa diagnosespezifische und das Vorhandensein zusätzlicher erschwerender Bedingungen eine Rolle. Lehren seien hinsichtlich eines systematisierten Aufbaus von wissenschaftlicher Evidenz aus den Erfahrungen mit den Programmen zu muskular-skeletalen Beschwerden zu ziehen. Schliesslich wird auf «Supported Employment», die Arbeitsbegleitung durch einen Coach, als ein bereits positiv evaluiertes Instrument zur beruflichen Wiedereingliederung von psychisch Erkrankten hingewiesen, wobei dieses verhältnismässig aufwendige Instrument bisher vor allem für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen angewandt wurde.

Psychische Störungen früher ernst nehmen!

Eine wichtige Schlussfolgerung des OECD-Berichts ist, dass den mässigen bzw. milden psychischen Störungen vermehrt grössere Beachtung geschenkt werden soll. Für wie bedeutend selbst unter der Krankheitsschwelle liegende psychische Störungen von Betriebsverantwortlichen in der Schweiz wahrgenommen werden, zeigte eine im letzten Jahr publizierte Studie (Baer et al. 2011). Da die Ursachen für psychische Störungen oft bereits biografisch früh angelegt seien, sei der psychischen Gesundheit bereits in der Schule und Ausbildung gebührendes Gewicht einzuräumen und die verschiedenen Systeme (Bildung, Gesundheit, soziale Sicherheit und Arbeitsmarkt) seien besser zu vernetzen: Statt eines «Silo-Modells»

also sektoralem Denken und Handeln, seien Modelle integrierter Dienste zu entwickeln. Schliesslich seien mehr wissenschaftliche Grundlagen erforderlich, um die Probleme zu erkennen und die Tauglichkeit von Massnahmen und Instrumenten zu überprüfen.

Der Bericht bringt einige wissenschaftliche Erkenntnisse zusammen und stellt sie in einen umfassenden Zusammenhang. Für die Schweiz gehen die Schlussfolgerungen grundsätzlich in dieselbe Richtung wie die Bestrebungen der letzten Revisionen der Invalidenversicherung, die der Eingliederung in den Arbeitsmarkt grosse Beachtung zukommen liess. Aber abgesehen davon, dass die Erfahrungen mit den neuen Instrumenten meist noch nicht evaluiert sind – dies ist Gegenstand des laufenden Forschungsprogramms zur Invalidenversicherung –, müssen etwa die erkannten Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Teilsystemen gelöst oder die Integrationsbereitschaft der Arbeitgebenden mit geeigneten Massnahmen verbessert werden.

Leider nicht angesprochen werden im Bericht migrationsbedingte Probleme bei der beruflichen und sozialen Integration. Dabei spielt dieser Aspekt gerade für das Einwanderungsland Schweiz eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie zwei Studien des Forschungsprogramms FoP-IV gezeigt haben (Guggisberg et al. 2010, Bolliger et al. 2010). In diesem Sinne wäre nach unserer Auffassung auch

die Integrationspolitik gegenüber der Migrationsbevölkerung ein zu berücksichtigender Faktor bzw. ein zu koordinierendes Politikfeld gewesen.

Der vorliegende Übersichtsbericht der OECD sammelte alle relevanten verfügbaren Informationen aus den beteiligten Ländern und setzte sie in Zusammenhang. Dabei ist zu bemerken, dass die Datengrundlage nicht überall erschöpfend war. Vielfach mussten sich die AutorInnen auf Informationen und Daten aus einem Teil der untersuchten Länder abstützen und daraus generelle Trends ableiten. Sie wurden aber auch mit der internationalen Literatur abgeglichen und sind deshalb durchaus glaubwürdig. Um aber für die einzelnen Länder weitergehende Schlussfolgerungen und Empfehlungen generieren zu können, wie dies für OECD üblich ist, sind Vertiefungen erforderlich. Entsprechend hat die OECD-Gruppe inzwischen mit der Recherche für die geplanten Länderberichte begonnen. Sie besucht in den zehn beteiligten Ländern EntscheidungsträgerInnen und PraktikerInnen aus den Bereichen soziale Sicherheit, Gesundheit, Arbeitsmarkt und Bildung. Die Schweiz wurde Ende Februar besucht. Dabei wurden rund 50 Personen aus verschiedenen Ämtern, interkantonalen Konferenzen, kantonalen Durchführungsstellen, professionellen Organisationen, Sozialpartner, Nichtregierungsorganisationen und Eingliederungseinrichtungen befragt. Der Länderbericht zur Schweiz soll Ende 2012 erscheinen.

Erwähnte Berichte

Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja (2009): Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe (Berichtnummer 6/09)

Baer, Niklas; Frick, Ulrich; Fasel, Tanja; Wiedermann, Wolfgang (2011): «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche (Berichtnummer 1/11)

Bolliger, Christian; Stadelmann-Steffen, Isabelle; Thomann, Eva; Rüefli, Christian (2010): Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren (Berichtnummer 3/10)

Ebner, Gerhard; Dittmann, Volker; Mager, Ralph; Stieglitz, Rolf-Dieter; Träbert, Silke; Bührlen, Bernhard; Herdt, Jörg (2012): Entwicklung von Leitlinien zur Begutachtung von psychischen Behinderungen. Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten. (Berichtnummer 2/12)

Guggisberg, Jürg; Oesch, Thomas; Gardiol, Lucien (2010): Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko (Berichtnummer 2/10)

Wanner, Philippe; Pecoraro, Marco (2012): La situation financière des rentiers AI. (Berichtnummer 3/12)

OECD (2003): Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People (Berichtnummer e/03)

OECD (2006): *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Norway, Poland and Switzerland.* (deutsch als eBericht erhältlich: OECD 2006: Krankheit, Invalidität und Arbeit: Hemmnisse abbauen. (Berichtnummer 1/06)

Martin Wicki, lic. phil., wissenschaftlicher Mitarbeiter, Forschung und Evaluation, Geschäftsfeld Mathematik, Analyse, Statistik, BSV.
E-Mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Partnern fördern

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) fördert das Zusammenwirken der verschiedenen Partner der Invalidenversicherung (IV), der Arbeitslosenversicherung (ALV), der Sozialhilfe (SoHi), der Berufsbildung, der SUVA und des Bereichs Migration. Sie soll betroffenen Personen bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung helfen. Konkret spricht man von IIZ, wenn zwei oder mehrere Partner beteiligt sind, wenn eine gezielt auf eine Person ausgerichtete Zusammenarbeit besteht und eine regelmässige und strukturierte Kooperation zu einer besseren Verständigung zwischen den Partnern führt oder wenn diese Kooperation eine effizientere Lösung komplexer Sachverhalte ermöglicht. Die IIZ wurde 2002 über die 5. IV-Revision (Art. 68^{bis} IVG) in das Invalidenversicherungsgesetz (IVG) sowie in das Arbeitslosenversicherungsgesetz (Art. 85f AVIG, Art. 119d AVIV) aufgenommen.

und das «Nationale IIZ-Entwicklungs- und Koordinationsgremium». Diese beiden Gremien sorgen für die Entwicklung, die praktische Umsetzung und die Optimierung der IIZ auf politisch-strategischer Ebene. In diesem Rahmen haben das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) und das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) die «Nationale IIZ-Fachstelle» gegründet. Sie unterstützt die beiden nationalen Gremien bei ihrer Arbeit und ist Kompetenzzentrum und Ansprechpartnerin des Bundes bei Fragen zur IIZ. Die Fachstelle hat den Überblick über die kantonalen IIZ-Aktivitäten und liefert die dazu notwendigen Informationen. Zu den nationalen Gremien gehören seit Dezember 2011 auch die Vertreter des Bereichs Ausländerintegration.

Prisca Vythelingum

Maya Umher

Bruno Schnellmann

Bundesamt für Sozialversicherungen

Mira Schwab

Staatssekretariat für Wirtschaft

Entwicklungsetappen der IIZ

2001 gaben die Vorsteher der Konferenz kantonalen Volkswirtschaftsdirektoren (VDK) und der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) Empfehlungen zur Förderung der IIZ zwischen den verschiedenen Institutionen der sozialen Sicherheit ab.

2004 lancierten die IV-Stellenkonferenz (IVSK), die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) und der Verband Schweizerischer Arbeitsmarktbehörden (VSAA) eine Initiative, um der IIZ mehr Verbindlichkeit zu verschaffen.

Bund und Kantone initiierten 2005 das Projekt IIZ-MAMAC mit folgenden Zielsetzungen: Beschleunigung der Verfahren, klare Definition der Ansprechpartner, stärkere Verbindlichkeit der IIZ, Reduktion der Dauer von Rentenzahlungen und Taggeldern. Das Projekt wurde 2010 abgeschlossen. Im gleichen Jahr schufen das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) und das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (EVD) auf der Grundlage von Art. 55 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes (RVOG) zwei Planungs- und Koordinationsorgane, das «nationale IIZ-Steuerungsgremium»

Schwerpunkte 2012

Auf nationaler Ebene stehen 2012 folgende Schwerpunkte auf dem Programm:

- *Case Management Berufsbildung*
Nach der Umsetzungsphase in den Jahren 2008–2011 tritt das Projekt unter der Federführung des BBT in den Jahren 2012–2015 nun in die Konsolidierungsphase. Hauptziel ist die Strukturierung und Koordination der Unterstützungsmassnahmen für Jugendliche mit erschwertem Zugang zur Ausbildung und zum Arbeitsmarkt. Das BBT hat dem nationalen Steuerungsgremium ein Strategiepapier unterbreitet, das die Schnittstellen zwischen dem Projekt Case Management Berufsbildung und den IIZ-Partnern analysiert. Das BBT hat mit der Zustimmung des nationalen Steuerungsgremiums be-

schlossen, sich prioritär auf die Problematik Case Management Berufsbildung und Arbeitslosenversicherung zu konzentrieren.

- *Gutachten bezüglich Datenschutz*
Das Problem des Datenschutzes stellt sich beim Informationsaustausch zwischen den verschiedenen IIZ-Partnern sehr direkt, und zwar insbesondere bei versicherten Personen mit komplexen Mehrfachproblematiken. Aus diesem Grund werden das Entwicklungs- und Koordinationsgremium und die nationale IIZ-Fachstelle ein Gutachten erstellen lassen, das klären soll, welche Möglichkeiten des Informationsaustauschs aufgrund der heutigen Rechtslage bestehen. Weiter sollen Empfehlungen zu den notwendigen gesetzgeberischen Anpassungen aufseiten Bund oder Kantone abgegeben werden, damit auch unter dem Aspekt des Datenschutzes der Austausch unter den IIZ-Partnern optimiert werden kann.
- *Studie über die Formen der interinstitutionellen Zusammenarbeit in der Schweiz*
Die Studie unter der Leitung des BSV und des SECO soll eine Übersicht der IIZ-Aktivitäten in den Kantonen erstellen und in Typen (Typologie) einteilen. Weiter soll sie eine Grundlage für die künftige messbare und systematische Evaluation der Zusammenarbeitsformen schaffen und die Massnahmen zur Früherfassung und Frühintervention kritisch analysieren.
- *Zusammenarbeit zwischen der Invalidenversicherung und Partnern im Rahmen der Früherfassung und Frühintervention*
Früherfassung und Frühintervention sind präventive Massnahmen der Invalidenversicherung, um Personen mit ersten Anzeichen von Invalidität frühzeitig zu erfassen und zu unterstützen. Ziel ist es, diese Personen im Arbeitsprozess zu halten bzw. rasch wieder einzugliedern. Zwischen den IV-Stellen und ihren Partnern bestehen hier viele

verschiedene Schnittstellen. Mehrere vom BSV initiierte Projekte sollen die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren bei den Massnahmen zur Früherfassung und Frühintervention analysieren und Verbesserungen vorschlagen.

- *Zusammenarbeit zwischen Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe*
2010 hat das SECO eine Studie zur Intensivierung und Optimierung der Zusammenarbeit zwischen der ALV und der Sozialhilfe im Bereich der Arbeitsvermittlung publiziert. Basierend darauf überprüft das SECO einerseits, ob die Betreuung von Nichtleistungsbezügern (sozialhilfebeziehende Stellensuchende) durch die Berücksichtigung eines Indikators «Nichtleistungsbezüger» wirkungsorientiert gesteuert werden kann. Andererseits hat das SECO in einem Rahmenkonzept die Ziele bezüglich einer intensiveren Zusammenarbeit der ALV und der Sozialhilfe und die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen festgehalten. Ziel ist es, im Rahmen von konkreten Kooperationsvorhaben die beste Form oder verschiedene Good Practices der diesbezüglichen Zusammenarbeit zu ermitteln. Das Rahmenkonzept wurde den AVIG-Vollzugsstellen sowie den Partnerinstitutionen des Sozialhilfebereiches zur Stellungnahme zugestellt.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit in den Kantonen: Beispiel Wallis

Das Wallis hat 2011 sein IIZ-Dispositiv verstärkt und eine kantonale IIZ-Organisation gegründet, die auf drei Ebenen ausgerichtet ist:

- *Institutionelle Ebene*
Wichtig ist in erster Linie, dass die interinstitutionelle Zusammenarbeit bei allen Partnern institutionalisiert wird. Zu diesem Zweck hat der Kanton Wallis ein kantonales IIZ-Organigramm erstellt, das vom Walliser Staatsrat gutgeheissen wurde.

Jede IIZ-Partnerinstitution bestimmt eine IIZ-Verantwortliche oder einen IIZ-Verantwortlichen. Diese Person hat die Aufgaben, die in einem gemeinsamen Pflichtenheft aller IIZ-Verantwortlichen des Kantons definiert sind. Die vorgesehene Stellenentlastung beträgt 20 Prozent.

Alle fünf Regionen verfügen über eine regionale Koordinatorin oder einen regionalen Koordinator, die bzw. der die Arbeit der IIZ-Verantwortlichen unterstützt und aufeinander abstimmt, während eine kantonale IIZ-Verantwortliche oder ein kantonaler IIZ-Verantwortlicher das Gesamtsystem betreut. Die politischen und strategischen Aspekte der IIZ werden im Steuerungsgremium und im Entwicklungs- und Koordinationsgremium besprochen.

- *Operative Ebene*

Damit die interinstitutionelle Zusammenarbeit systematisiert und allen Fachpersonen zugänglich gemacht werden kann, hat der Kanton Wallis ein Informatiksystem ausgearbeitet, das aufgrund der AHV-Nummer der versicherten Person alle betroffenen Institutionen erfasst. Für die Neuaufnahmen ist das Verfahren obligatorisch.

Weiter hat der Kanton Wallis einen Katalog mit sämtlichen Massnahmen der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung der Arbeitslosen- und Invalidenversicherung sowie der Sozialhilfe erstellt. In diesem Katalog sind alle Massnahmen aufgeführt, die von den verschiedenen Partnern im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung angeboten werden. Der Katalog steht Fachleuten zur Verfügung, die Personen betreuen, die Schwierigkeiten haben, im Arbeitsmarkt wieder Fuss zu fassen. Das Ziel ist es, für diese Personen die passende Massnahme zu finden.

- *Präventionsebene*

Dank den im ganzen Kanton einheitlichen Kriterien für die Beurteilung und die Triage kann jeder

Mitarbeitende vor Ort die Möglichkeiten der Wiedereingliederung einer Person in den ersten Arbeitsmarkt analysieren, den Komplexitätsgrad der Situation feststellen und rasch die passenden Massnahmen finden.

Pilotprojekte zur Eingliederung (Art. 68^{quater} IVG)

Früherfassung und Reintegration (FER)

Mit dem Pilotprojekt FER wird in sechs Unternehmen mit 150 bis 300 Mitarbeitenden eine neue Form der Kooperation und Vernetzung von Privat- und Sozialversicherungen und den Arbeitgebern im Rahmen der frühen Erfassung und Betreuung von arbeitsunfähigen Mitarbeitenden infolge Unfall oder Krankheit umgesetzt und erprobt. Die jeweilige Krankentaggeldversicherung, Unfallversicherung, Pensionskasse, die IV-Stelle des Standortkantons und das Unternehmen unterzeichnen einen Zusammenarbeitsvertrag zur koordinierten Fallführung. Damit einher geht die paritätische Äufnung eines Fonds, dessen Höhe abhängig ist von der Anzahl der Mitarbeitenden. Dieser Fonds dient zur Deckung der Kosten von Dienstleistungen im Rahmen der notwendigen Interventionen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes der betroffenen Personen. Oberstes Ziel der Massnahmen ist der Verbleib der Mitarbeitenden im ersten Arbeitsmarkt.

Nach einem Jahr Projektdauer liegen erste Erkenntnisse vor: Alle beteiligten Projektpartner beurteilen die Kooperation im Netzwerk sehr positiv. Es hat sich ein Klima des Vertrauens und Miteinanders entwickelt. Das Engagement der Unternehmen hat sich im Verlauf des Projektes weiterentwickelt und zeigt Auswirkungen auf die Gestaltung der Präventionsmassnahmen, der Arbeitssicherheitsmassnahmen und auf die Prozesse der Personalbetreuung. Gemäss ersten

Auswertungen haben sich positive Entwicklungen der Abwesenheitszahlen ergeben. Es scheint sich zu bestätigen, dass der achtsame Umgang mit den Mitarbeitenden und die Wertschätzung verbunden mit verbindlichen Regeln im Umgang mit Abwesenheitsfällen sowie die Koordination der entsprechenden Unterstützung einen Nutzen für Arbeitgeber wie für Arbeitnehmende bringt. Es konnten in der Zusammenarbeit tragfähige und nachhaltige Lösungen gefunden werden.

Das Projekt läuft bis Ende 2012 und wird im Auftrag des BSV extern evaluiert werden. Die Erkenntnisse sollen in die Dienstleistungsgestaltung der IV im Rahmen der Revision 6b einfließen, insbesondere im Bereich Beratung und Begleitung von Arbeitgebern. Ebenso sollen die Evaluationsergebnisse Grundlagen liefern für die zukünftige Gestaltung der Zusammenarbeit mit andern Partnern im Bereich der frühen beruflichen Integration.

Pforte Arbeitsmarkt

Erste Erfahrungen im Bereich der interinstitutionellen Zusammenarbeit im Kanton Aargau zeigten, dass die rasche Integration in den ersten Arbeitsmarkt als übergeordnete Zielsetzung in der Vergangenheit nicht immer zur besten Zufriedenheit erreicht werden konnte. Um dieser Schnittstellenproblematik zu begegnen, haben sich zehn Pilotgemeinden (Beinwil am See, Burg, Gontenschwil, Leimbach, Menziken, Oberkulm, Reinach, Schlossrued, Unterkulm und Zetzwil) im Bezirk Kulm, die kantonale IV-Stelle und das Amt für Wirtschaft und Arbeit (AWA) im Projekt «Pforte Arbeitsmarkt» gemeinsam auseinandergesetzt, ob und unter welchen Umständen eine Zusammenlegung der eingliederungsbezogenen Dienstleistungen möglich und sinnvoll sein kann.

Die Grundidee der «Pforte Arbeitsmarkt» besteht darin, die Eingliederungsabteilungen gleichsam in einer

Einrichtung zu vereinen. Die Zusammenarbeit im regionalen Kompetenzzentrum fokussiert sich klar auf die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt. Im Businesscenter in Menziken wird eine gemeinsame Anlaufstelle für Leistungsempfänger der Sozialhilfe, Arbeitslosen- und Invalidenversicherung geschaffen. Damit werden Doppelspurigkeiten eliminiert und die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt. Zudem erhöht ein einheitlicher und bedürfnisgerechter Zugang die Transparenz und Dienstleistungsqualität für versicherte Personen, Arbeitgeber und Dritte. Durch das Projekt soll überprüft werden, ob bezüglich Eingliederungen nachhaltigere Lösungen resultieren und längerfristige Kostenersparnisse in den drei Systemen möglich sind.

Das Pilotprojekt startet im April 2012 und läuft während drei Jahren. Unterstützt wird es vom Kanton Aargau, SECO und BSV. Das Vorhaben wird von allen beteiligten Institutionen eng begleitet und anschliessend von externen Fachleuten evaluiert.

Prisca Vythelingum, Projektleiterin, Bereich Rechtsetzung, Geschäftsfeld IV, BSV.
E-Mail: prisca.vythelingum@bsv.admin.ch

Maya Umher, Projektleiterin, Bereich Berufliche Integration, Geschäftsfeld IV, BSV.
E-Mail: maya.umher@bsv.admin.ch

Bruno Schnellmann, Produktverantwortlicher Früherfassung und Frühintervention, Bereich Berufliche Integration, Geschäftsfeld IV, BSV.
E-Mail: bruno.schnellmann@bsv.admin.ch

Mira Schwab, wissenschaftliche Mitarbeiterin, SECO.
E-Mail: mira.schwab@seco.admin.ch

Die Rechnungsergebnisse 2011 der AHV, IV und der Erwerbsersatzordnung (EO)

Die AHV verzeichnete mit Versicherungseinnahmen von 38 374 Mio. Franken gegenüber Ausgaben von 38 053 Mio. Franken einen Umlageüberschuss von 321 Mio. Franken. Mit einem Anlageertrag in der Höhe von 368 Mio. Franken und Schuldzinsen der IV von 299 Mio. Franken schloss die AHV mit einem Betriebsergebnis von 988 Mio. Franken ab. Per 1. Januar 2011 wurden 5000 Mio. Franken aus dem AHV-Ausgleichsfonds in den neuen IV-Ausgleichsfonds überwiesen. Berücksichtigt man das Kapital der AHV per Ende 2010, den Übertrag von 5000 Mio. Franken und den Überschuss 2011, belief sich das Kapital der AHV Ende 2011 auf 40 146 Mio. Franken. Die Zusatzfinanzierung brachte der IV Mehreinnahmen von 1042 Mio. Franken. Die Ausgaben sind moderat gewachsen (+2,6 Prozent). Die IV schliesst mit einem Umlageergebnis von –23 Mio. Franken. Mit einem Anlageertrag von 21 Mio. Franken beläuft sich das IV-Betriebsergebnis auf –3 Mio. Franken. Mit diesem Ergebnis konnten noch keine Amortisationen der Schulden erfolgen. Die Einnahmen aus den EO-Beiträgen stiegen um 72,9 Prozent. Der Grund dafür ist die Anhebung des EO-Beitragssatzes von 0,3 auf 0,5 Prozent per 1. Januar 2011. Der EO-Fondsstand stieg um 23,6 Prozent auf 510 Mio. Franken.

sind 4,0 Prozent mehr als im Vorjahr. Der Bund konnte seinen Finanzierungsanteil zu 39,2 Prozent durch zweckgebundene Einnahmen decken (2453 Mio. Franken aus der Belastung von Tabak und Alkohol sowie 461 Mio. Franken aus dem Bundesanteil (17 Prozent des Mehrwertsteuerprozents, das aus Demografiegründen für die AHV zusätzlich erhoben wird). Den Restbetrag von 4526 Mio. Franken musste er aus allgemeinen Bundesmitteln beisteuern. Das sind 428 Mio. Franken oder 10,4 Prozent mehr als im Vorjahr.

Die Mehrwertsteuererträge aus dem Demografieprozent (83 Prozent für die AHV, 17 Prozent für den Bund) sind um 0,4 Prozent auf 2248 Mio. Franken gestiegen.

Die Einnahmen aus der Besteuerung der Spielbankenerträge zugunsten der AHV beliefen sich auf 376 Mio. Franken und sind gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen (–1,3 Prozent). Die Einnahmen aus Regress lagen bei 4 Mio. Franken (–64,2 Prozent).

Aufwand

Die Ausgaben der AHV stiegen gegenüber dem Vorjahr um 4,0 Prozent auf 38 053 Mio. Franken. Sie umfassen Geldleistungen sowie Kosten für individuelle Leistungen, Beiträge an Institutionen und Organisationen sowie Durchführungs- und Verwaltungskosten.

Die Geldleistungen umfassen vorwiegend Renten, Hilflosenentschädigungen der AHV (508 Mio. Fr., +8,4 Prozent) und Rückerstattungen von Beiträgen an AusländerInnen (63 Mio. Fr., +31 Prozent) und entsprechen 98,9 Prozent der gesamten AHV-Ausgaben. Sie nahmen um 3,9 Prozent zu und betragen 37 622 Mio. Franken. Der Grund für den Zuwachs ist einerseits die Anpassung der Renten um

Aus dem Bereich Mathematik des Geschäftsfeldes Mathematik, Analysen und Statistik und dem Geschäftsfeld IV, BSV

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Ertrag

Die Versicherungseinnahmen der AHV (Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber, Beitrag des Bundes, Mehrwertsteuer, Besteuerung der Spielbankenerträge zugunsten der AHV, Regresseinnahmen) beliefen sich auf insgesamt 38 374 Mio. Franken. Das ist gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 3,0 Prozent, der sich im Wesentlichen durch die Mehreinnahmen bei den abgerechneten Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber von 3,1 Prozent erklärt (28 307

Mio. Franken). Der Beitragszuwachs liegt über der Lohnentwicklung für die ersten drei Quartale 2011, die bei 1,3 Prozent lag (gemäss Daten der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung SSUV). Dieser Beitragszuwachs ist auch auf das Beschäftigungswachstum zurückzuführen sowie den strukturellen Wandel hin zu besser bezahlten Jobs. Die Beitragseinnahmen deckten 74,4 Prozent des Aufwandes (2010: 75 Prozent).

Der Beitrag des Bundes an die AHV Jahresausgaben beträgt gemäss Artikel 103, Abs. 1 AHVG 19,55 Prozent und belief sich auf 7439 Mio. Franken (2010: 7156 Mio. Fr.). Das

Betriebsrechnung der AHV 2011

Einnahmen	Beträge in Fr.	Verände- rung in %
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	28 306 602 414	3,1
Beitrag Bund (19,55% von AHV-Ausgaben)	7 439 303 895	4,0
Mehrwertsteuer	2 248 371 794	0,4
Spielbanken	376 053 804	-1,3
Einnahmen aus Regress	3 649 235	-64,2
Zahlungen haftpflichtiger Dritter	4 856 628	-56,3
Regresskosten	- 1 207 393	28,8
Total Versicherungseinnahmen	38 373 981 142	3,0
Ausgaben		
Geldleistungen	37 621 802 882	3,9
Ordentliche Renten	37 338 423 950	4,0
Ausserordentliche Renten	11 304 989	4,1
Überweisung und Rückvergütung von Beiträgen bei AusländerInnen	62 845 492	31,0
Hilflosenentschädigungen	508 363 029	8,4
Fürsorgeleistungen an SchweizerInnen im Ausland	146 089	-13,3
Rückerstattungsforderungen	- 299 280 667	31,6
Kosten für individuelle Massnahmen	112 742 201	2,6
Hilfsmittel	112 742 076	2,6
Reisekosten	125	-94,4
Beiträge an Institutionen und Organisationen	112 024 494	-4,7
Beiträge an Organisationen	94 299 494	-6,4
Beitrag an Pro Senectute (ELG)	15 700 000	4,7
Beitrag an Pro Juventute (ELG)	2 025 000	12,5
Durchführungskosten	26 955 262	22,1
Verwaltungskosten	179 180 502	28,3
Posttaxen	23 508 116	-2,4
Kosten AHVG (Art. 95)	94 055 934	70,3
IV-Stellen	22 148 000	24,0
Zuschüsse an die AK	12 406 292	-0,7
Kosten AHV-Ausgleichsfonds, Anteil	27 062 160	-9,6
Total Ausgaben	38 052 705 341	4,0
Umlageergebnis (Einnahmen minus Ausgaben)	321 275 802	-50,1
Anlageertrag und Zinsen auf der IV-Forderung	666 786 058	-46,5
Anlageertrag	367 909 468	-66,2
Zinsen auf der IV-Forderung	298 876 590	88,6
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen und Zinsbelastung IV)	988 061 860	-47,7
Kapitalkonto	40 146 453 563	2,5

1,75 Prozent und andererseits die demografiebedingte Zunahme des Rentenbestandes.

Die übrigen Bereiche (Kosten für individuelle Massnahmen, Beiträge an Institutionen und Organisationen, Durchführungs- und Verwaltungskosten) schlugen mit 431 Mio. Franken oder plus 10,8 Prozent zu Buche (2010: 389 Mio. Fr.).

Betriebsergebnis und Kapitalkontostand

2011 lag das Umlageergebnis (Einnahmen ohne Kapitalerträge und Zinsbelastung IV, minus Ausgaben) bei 321 Mio. Franken. Das entspricht einem Rückgang von 50 Prozent (2010: 643 Mio. Fr.).

Dank des Anlageertrags in Höhe von 368 Mio. Franken (-66,2 Prozent) und den Zinsen der IV zugunsten der AHV von 299 Mio. Franken (+88,6 Prozent, hauptsächlich dank gestiegener Zinssätze), verzeichnete die AHV-Betriebsrechnung 2011 einen Überschuss von 988 Mio. Franken (2010: 1891 Mio. Fr.).

Per 1. Januar 2011 wurden aus dem gemeinsamen Fonds drei selbstständige Fonds (AHV, IV und EO) gegründet; dabei wurden 5000 Mio. Franken vom AHV-Ausgleichsfonds in den neuen IV-Ausgleichsfonds überwiesen (siehe Beitrag zur IV). Unter Berücksichtigung des AHV-Kapitals Ende 2010 (44 158 Mio. Fr.), des Fondstransfers über 5000 Mio. Franken und des Überschusses 2011 betrug das Kapital der AHV Ende 2011 insgesamt 40 146 Mio. Franken, das sind ein Plus von 2,5 Prozent (gegenüber 39 158 Mio. Fr.).

Per Jahresende 2011 entspricht das Kapital der AHV 105,5 Prozent einer Jahresausgabe (2010: 120,6 Prozent). Damit wird die Bedingung des geltenden Artikels 107 Absatz 3 AHVG, wonach der Ausgleichsfonds in der Regel nicht unter den Betrag einer Jahresausgabe sinken darf, erneut erfüllt. Werden jedoch die der IV geliehenen Gelder in der Höhe von 14 944 Mio. Franken in Abzug gebracht, verfügt die AHV über 25 203 Mio. Fran-

Betriebsrechnung der IV 2011

Einnahmen	Beträge in Fr.	Verände- rung in %
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	4 745 108 703	3,1
Beitrag Bund (37,7% von IV-Ausgaben)	3 565 210 447	2,6
MwSt.-Einnahmen	855 468 355	
Sonderbeitrag Bund an IV-Zins	186 200 116	
Einnahmen aus Regress	81 516 822	-14,4
Zahlungen von haftpflichtigen Dritten	91 566 489	-12,4
Regresskosten	-10 049 667	8,3
Total Versicherungseinnahmen	9 433 504 444	15,4
Ausgaben		
Zinsen	298 876 590	84,7
Geldleistungen	6 870 687 885	0,2
Ordentliche Renten	5 386 424 055	-0,9
Ausserordentliche Renten	686 967 657	6,8
Taggelder	443 918 466	5,0
Hilflosenentschädigungen	479 977 364	3,5
Fürsorgeleistungen an SchweizerInnen im Ausland	1 143 943	-5,1
Rückerstattungsforderungen	-154 888 832	14,6
Beitragsanteil zu Lasten der IV	27 145 232	8,2
Kosten für individuelle Massnahmen	1 459 776 163	1,4
Medizinische Massnahmen	698 844 403	-0,4
Frühinterventionsmassnahmen	21 752 481	26,6
Integrationsmassnahmen	22 375 343	15,0
Massnahmen beruflicher Art	495 095 113	5,5
Beiträge Sonderschulung	503 815	-2,1
Hilfsmittel	223 034 457	-3,8
Reisekosten	4 890 393	-16,5
Rückerstattungsforderungen	-6 719 842	9,4
Beiträge an Organisationen	198 347 691	30,1
Bau- und Betriebsbeiträge	53 037 108	-
Beiträge an Organisationen	132 060 583	-5,8
Beitrag an Pro Infirmis (ELG)	13 250 000	8,2
Durchführungskosten	167 129 322	3,3
Abklärungsmassnahmen	145 889 614	4,2
Kosten und Parteientschädigungen	21 239 709	-3,0
Verwaltungsaufwand	461 973 985	3,3
Posttaxen	6 341 953	-2,5
Verwaltungskosten	35 204 330	6,8
Abschreibung Immobilien IV-Stellen	2 402 310	28,8
IV-Stellen, inkl. RAD ab 2010	414 316 601	2,0
Kosten Fondsverwaltung, Anteil	3 991 631	
Kostenrückerstattungen	-282 840	-10,0
Total Ausgaben	9 456 791 637	2,6
Umlageergebnis	-23 287 193	-97,8
Anlageertrag	20 652 055	
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen)	-2 635 138	-99,7
Kapitalkonto	4 997 364 862	

ken. Das entspricht rund 66,2 Prozent der Jahresausgaben.

Invalidenversicherung (IV)

Ertrag

Die Einnahmen beliefen sich 2011 auf 9434 Mio. Franken und nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 15,4 Prozent zu. Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber stiegen um 3,1 Prozent auf 4745 Mio. Franken. Der Beitrag des Bundes betrug 3565 Mio. Franken. Das entspricht einem Plus von 2,6 Prozent. Da gemäss Artikel 78, Abs.1 IVG der Anteil des Bundes 37,7 Prozent der IV Jahresausgaben beträgt, hat eine Ausgaben-erhöhung einen entsprechenden Anstieg des Bundesbeitrages zur Folge.

Neben dem Bundesbeitrag von 37,7 Prozent beteiligte sich der Bund auch am Saldo der IV-Zinsschulden gegenüber der AHV in der Höhe von 186 Mio. Franken (Höhe der geschuldeten Zinsen: 299 Mio. Fr.). Die MwSt.-Erhöhung zugunsten der IV generierte Mehreinnahmen von 855 Mio. Franken. Diese Mehreinnahmen ergaben sich aus der Zusatzfinanzierung der IV und dem Bundesgesetz über die Sanierung der IV.

Die Zusatzfinanzierung der IV, die von Volk und Ständen am 27. September 2009 angenommen wurde, sieht eine befristete Anhebung der Mehrwertsteueransätze während 7 Jahren zugunsten der IV vor. Konkret wird die MwSt. vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2017 von 7,6 auf 8 Prozent (Normalsatz) erhöht. Die zusätzlichen Mehrwertsteuereinnahmen dürften in der Höhe von rund 1 Mrd. Franken pro Jahr liegen (im ersten Jahr liegen die Einnahmen noch darunter). Kraft des seit 1. Januar 2011 geltenden Bundesgesetzes über die Sanierung der IV übernimmt der Bund in Abweichung von Art. 78, Abs.1 IVG für den Zeitraum der Mehrwertsteuererhöhung die jährliche Zinsbelastung der IV. Am 1. Januar 2011 wurde ein von der AHV getrennter IV-Fonds eingerichtet.

Aus dem AHV-Fonds wurden 5000 Mio. Franken in den neuen IV-Fonds einbezahlt. In der Bilanz des IV-Ausgleichsfonds wird der in der Bilanz des AHV-Ausgleichsfonds aufgeführte IV-Verlustvortrag (Stand am 31.12.2010, 14 944 Mio. Fr.) in den Passiven ausgewiesen.

Aufwand

Die Ausgaben der IV sind gegenüber dem Vorjahr um 2,6 Prozent von 9220 auf 9457 Mio. Franken gestiegen.

Die Geldleistungen verursachten einen IV-Ausgabenanteil von 72,7 Prozent (6871 Mio. Fr., +0,2 Prozent). Geldleistungen sind hauptsächlich IV-Renten, Hilflosenentschädigungen und Taggelder. Die Rentenzahlungen selbst (inklusive Nachzahlungen und Rückerstattungen) schlugen mit 5919 Mio. Franken zu Buche (Aufwandanteil von 62,6 Prozent). Das entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Rückgang von 0,4 Prozent, trotz Rentenanpassung in der Höhe von 1,75 Prozent. Die Taggelder (444 Mio. Fr.) mit den darauf geschuldeten Arbeitgeberbeiträgen (27 Mio. Fr.) nahmen um 5,1 Prozent zu. Zurückzuführen ist dieser Anstieg fast ausschliesslich auf die vermehrte Leistungsbeanspruchung, werden doch während der im Rahmen der 5. IV-Revision verstärkten Integrationsbemühungen Taggelder bezahlt. Die Ausgaben für Hilflosenentschädigungen (480 Mio. Franken) stiegen um 3,5 Prozent. Neben der Anpassung der Entschädigungen sind 1,7 Punkte des Anstiegs auf die vermehrte Leistungsbeanspruchung oder den Wechsel zu einer höheren Leistung zurückzuführen.

Die Kosten für individuelle Eingliederungsmassnahmen stiegen um 1,4 Prozent auf 1460 Mio. Franken (15,4 Prozent der IV-Ausgaben). Die medizinischen Massnahmen schlugen mit 699 Mio. Franken zu Buche (-0,4 Prozent). Die Frühintervention, die Integrationsmassnahmen und die Massnahmen beruflicher Art verursachten Kosten von 539 Mio. Franken (+6,6 Prozent). Diese Kostenentwicklung ist auf die 5. IV-Revision zurückzuführen,

die auf eine verstärkte Eingliederung der Versicherten setzt. Reisekosten sind in den Kosten der jeweiligen Massnahme enthalten (medizinische Massnahmen, Massnahmen beruflicher Art, Abklärungsmassnahmen). Bei den mit der 5. IV-Revision neu eingeführten Leistungen – Frühintervention und der Integrationsmassnahmen – ist in den kommenden Jahren ein weiterer Kostenanstieg zu erwarten (laufende Entwicklung).

Die Ausgaben für Hilfsmittel gingen um 3,8 Prozent zurück. Bei den Beiträgen an die Sonderschulung handelt es sich um Nachzahlungen aus dem NFA-Bereich, die demnächst wegfallen werden. Die Reisekosten sind um 16,5 Prozent gesunken, da diese Ausgaben in den verschiedenen Massnahmen enthalten sind.

Bei den Ausgaben für Beiträge an Organisationen sind 53 Mio. Franken an Ausgaben vor dem NFA enthalten (Bau- und Betriebsbeiträge). In die-

sem Jahr überstiegen diese Zahlungen, die auf vor 2008 abgeschlossene Verträge zurückgehen, die Rückstellungen von 2007. Deshalb erscheinen diese Zahlungen in der Jahresrechnung.

Durchführungskosten und Verwaltungsaufwand stiegen um 3,3 Prozent. Seit 2010 wird der Aufwand der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) unter dem Verwaltungsaufwand verbucht (Aufwand IV-Stellen, inkl. RAD). Somit wird der institutionellen Organisation der Versicherung besser Rechnung getragen. Der Aufwand der IV-Stellen, einschliesslich RAD, ist um 2 Prozent gestiegen. Zum Verwaltungsaufwand zählen neu die Kosten für die Verwaltung des IV-Fonds, die sich auf rund 4 Mio. Franken belaufen (Einrichtung des vom AHV-Fonds unabhängigen IV-Fonds, seit 1. Januar 2011).

Die Zinsbelastung der IV für die Schulden beim AHV-Ausgleichsfonds betrug 299 Mio. Franken (+84,7 Pro-

Betriebsrechnung der EO 2011

Einnahmen	Beträge in Fr.	Veränderung in %
Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber	1 702 796 635	72,9
Ausgaben		
Geldleistungen	1 607 797 721	0,4
Entschädigungen	1 530 857 200	0,3
Rückerstattungsforderungen	-15 487 564	-2,9
Beitragsanteil zu Lasten der EO	92 428 085	2,8
Verwaltungskosten	3 013 108	27,5
Posttaxen	928 091	1,3
Kosten EOG (Art. 29)	1 686 817	71,0
Kosten Fondverwaltung, Anteil	398 200	-13,4
Total Ausgaben	1 610 810 829	0,5
Umlageergebnis	91 985 806	-114,9
Anlageertrag	5 281 737	-74,8
Anlageertrag	5 281 737	-69,9
Zinsbelastung IV	0	-100,0
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen)	97 267 542	-116,3
Kapitalkonto	509 099 358	23,6

Ertrag und Aufwand 2011 der Sozialversicherungen (Zusammenfassung)

Die drei Sozialwerke AHV, IV und EO erzielten 2011 bei Einnahmen von 49 510 Mio. Franken und Ausgaben von 49 120 Mio. Franken ein Umlageergebnis von insgesamt 390 Mio. Franken.

Die drei Versicherungen erwirtschafteten einen Anlageertrag von 394 Mio. Franken. Die Zinsen auf der IV-Schuld in der Höhe von 299 Mio. Franken eingerechnet, schlossen die drei Versicherungen mit einem positiven Betriebsergebnis von 1083 Mio. Franken ab. Ende 2011 verzeichnete das Kapitalkonto der AHV ein Wachstum von 2,5 Prozent und jenes der EO legte um 23,6 Prozent zu. Bei der IV hat sich das Startkapital von 5000 Mio. Franken (per 1. Januar 2011) um 3 Mio. verringert.

Sozialversicherungen AHV, IV, EO im Jahr 2011: Ertrag und Aufwand; Umlageergebnis und Betriebsergebnis. Kapital AHV, IV und EO und IV-Schuldenstand per Ende 2011 (in Mio. Franken)

	Verände- rung		Verände- rung		Verände- rung		Total
	AHV		IV		EO		
Ertrag	38 374	3,0 %	9 434	15,4 %	1 703	72,9 %	49 510
Aufwand	38 053	4,0 %	9 457	2,6 %	1 611	0,5 %	49 120
	AHV		IV		EO		Total
	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Umlageergebnis	321	643	-23	-1 045	92	-618	390
Anlageergebnis	368	1 089	21	-	5	18	394
Zins auf IV-Schuld	299	158			0	3	299
Betriebsergebnis	988	1 891	-3	-1 045	97	-597	1 083
Kapitalkonto*	40 146	44 158	4 997	-14 944	509	412	
Stand der IV-Schuld			14 944				

* Per 1. Januar 2011: Einrichtung eines vom AHV-Fonds getrennten IV-Fonds; Übertrag von 5000 Mio. Fr. aus dem AHV-Fonds in den IV-Fonds.

zent), was darauf zurückzuführen ist, dass der zwischen 2011 und 2017 vereinbarte Zinssatz bei 2 Prozent festgelegt wurde. Das BSV und die Eidgenössische Finanzverwaltung haben sich im Dezember 2010 auf diesen Zinssatz geeinigt. Die Schulden der IV gegenüber der AHV belaufen sich auf 14 944 Mio. Franken (Stand Dezember 2011).

Betriebsergebnis und Stand des Kapitalkontos

Dank zusätzlicher Einnahmen (MwSt.-Ertrag, Sonderbeitrag des Bundes an die IV-Zinsen) von 1042 Mio. Franken konnten die Ausgaben der Versicherung zu 99,8 Prozent mit IV-Einnahmen gedeckt werden. Das

Umlageergebnis der IV war negativ und lag bei -23 Mio. Franken.

Dank dem Anlageertrag (20,7 Mio. Fr.) schloss die IV mit einem Betriebsergebnis von -3 Mio. Franken.

Das IV-Kapital beläuft sich auf 4997 Mio. Franken. Amortisationszahlungen an die Schulden konnten noch keine getätigt werden, diese verbleiben somit auf dem Stand von 14 944 Mio. Franken.

Erwerbsersatzordnung (EO)

Ertrag

Der Bundesrat hat den EO-Beitragssatz per 1. Januar 2011 um 0,2 Prozentpunkte von 0,3 auf 0,5 Prozent

(paritätische Beiträge) erhöht. Die Anhebung ist auf fünf Jahre befristet und soll sicherstellen, dass die von der EO ausgerichteten Leistungen garantiert sind und die gesetzlichen Vorgaben zur Liquidität bis Ende 2015 wieder erfüllt werden (der Bestand der flüssigen Mittel und Anlagen des EO-Fonds darf nicht unter 50 Prozent einer Jahresausgabe sinken). Die paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragene befristete Erhöhung soll es dem Fonds ermöglichen, die gesetzlichen Reservevorgaben bis Ende 2015 wieder zu erreichen (Stand der Schätzungen Oktober 2010). Der Bundesrat wird die Situation vor 2016 prüfen, um die nötigen Massnahmen für die Folgezeit zu treffen.

Der höhere Beitragssatz hat 2011 zu erheblichen Zusatzeinnahmen auf der Beitragsseite geführt, nämlich 1703 Mio. Franken, was einer Zunahme von 72,9 Prozent entspricht (2010: 985 Mio. Fr.).

Aufwand

Die Geldleistungen für den Erwerbsersatz (Armee, Zivildienst, Jugend und Sport, Zivildienst und Mutterschaftsentschädigung) sind um 0,4 Prozent gestiegen und erreichten 1608 Mio. Franken (2010: 1601 Mio. Fr.).

Je nach Bereich stieg die Anzahl entschädigter Tage an (Quelle: EO-Register 2011). So nahmen etwa die EO-Leistungen bei Mutterschaft um 3,8 Prozent zu, die Zahl der entschädigten Mütter um 4,5 Prozent und die durchschnittliche Entschädigung um 1,3 Prozent. Der Anteil der Mutterschaftsentschädigung an den gesamten Geldleistungen machte 46,8 Prozent aus oder rund 752 Mio. Franken. Die Erwerbsersatzleistungen für

Dienstleistende (Armee, Zivildienst, Jugend und Sport) machten 53,2 Prozent der Geldleistungen aus und schlugen mit 856 Mio. Franken zu Buche. Das entspricht einem Rückgang von 2,3 Prozent, der in erster Linie auf die Erwerbsersatzleistungen im Bereich Armee (684 Mio. Fr.) und Zivildienst (50 Mio. Fr.) zurückzuführen ist, wo die Leistungen um 5,8 bzw. 3,2 Prozent gesunken sind; ausschlaggebend war die Anzahl entschädigter Tage, die einen Rückgang um 3,9 Prozent (Armee) und 3,5 Prozent (Zivildienst) verzeichnete. Beim Zivildienst verzeichneten die EO-Leistungen einen Anstieg von 26 Prozent bei einem Leistungsvolumen von insgesamt 111 Mio. Franken (Anstieg der Anzahl entschädigter Tage um 25 Prozent).

Die Verwaltungskosten (3 Mio. Fr.) sind um 27,5 Prozent angestiegen (die EOG-Kosten, Art. 29, stiegen um 71 Prozent; die Fondsverwaltungskosten gingen um 13,4 Prozent zurück).

Betriebsergebnis und Stand des EO-Ausgleichsfonds

Das Umlageergebnis verzeichnete einen Überschuss von 92 Mio. Franken. Der Anlageertrag lag bei 5 Mio. Franken, das entspricht einem Minus von 70 Prozent (2010: 18 Mio. Fr.). Mit der Einrichtung des IV-Fonds per 1. Januar 2011 fallen die Zinsen zulasten der IV als EO-Ertrag weg. Den Anlageertrag von 5 Mio. Franken mitberücksichtigt, beläuft sich das Betriebsergebnis auf 97 Mio. Franken. Mit diesem Ergebnis erreicht das Kapital des EO-Fonds 509 Mio. Franken, was einem Anstieg von 23,6 Prozent entspricht (2010: 412 Mio. Fr.). Ende 2011 verfügte der EO-Fonds über flüssige Mittel und Anlagen in der Höhe von 20,7 Prozent einer Jahresausgabe (2010: 19 Prozent). Dieser Anteil nimmt kontinuierlich zu, liegt aber immer noch unter den gemäss Art. 28, Abs. 3 EOG vorgeschriebenen 50 Prozent einer Jahresausgabe.

Reaktion der Versicherten auf eine Erhöhung des AHV-Beitragsatzes

Die demografische Alterung stellt für die finanzielle Nachhaltigkeit der AHV eine zentrale Herausforderung dar. Gemäss den jüngsten Prognosen ist die Finanzierung der AHV ab dem nächsten Jahrzehnt nicht mehr gesichert. Vor diesem Hintergrund und im Rahmen einer kommenden AHV-Revision soll unsere erhebungsbasierte Studie¹ die Frage nach einer allfälligen Erhöhung des Beitragsatzes auf den Löhnen als einer von mehreren möglichen Optionen beantworten, aber auch deren wirtschaftliche Auswirkungen messen.



Pierre-Yves Carnal
Sozialinstitutionsleiter und Sozialversicherungsfachmann

Dieser Artikel geht kurz auf die Ziele und den Inhalt der Studie sowie auf die theoretischen Grundlagen unserer Arbeit ein (hauptsächlich allgemeiner Finanzierungsrahmen der Sozialversicherungen, besonderer Charakter der AHV und wirtschaftliche Auswirkungen der Lohnbeiträge). Weiter werden die Methodik und die Stichprobenerhebung der Studie sowie die Ergebnisse der Erhebungen vorgestellt. Den Abschluss bilden Empfehlungen und Schlussfolgerungen.

Ziele und Hintergrund der Studie

Unsere Studie befasst sich mit der Bereitschaft, einen höheren Beitrags-

satz für die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zu bezahlen. Das Ziel ist, bei Einzelpersonen die Bereitschaft zur Bezahlung eines höheren AHV-Beitragsatzes zur Gewährleistung der Finanzierbarkeit der Versicherung zu messen und zu analysieren. Ist diese Bereitschaft grösser als 0, sollen ausserdem die Änderungen im Konsum-, Spar- und Arbeitsverhalten der Einzelnen ermittelt werden.

Diese Forschungsarbeit erfolgt vor einem Hintergrund, der von verschiedenen sozioökonomischen Problemen wie der demografischen Alterung geprägt ist. Wird mittelfristig nichts unternommen, reicht die Finanzierung der AHV in Zukunft nicht aus. Zur Bewältigung der Herausforde-

rung im AHV-Bereich gibt es zwei Hauptoptionen: Leistungsbegrenzung oder sogar -kürzung und/oder Einnahmenerhöhung. Hinter dieser zweiten Option stehen mehrere grundlegende Problempotenziale für alle Akteure der Gesellschaft, so zum Beispiel die finanzielle Nachhaltigkeit der AHV. Eine Einnahmenerhöhung kann durch eine Änderung der Modalitäten der bestehenden Finanzierungsquellen (z.B. Erhöhung des AHV-Beitragsatzes) und/oder durch die Erschliessung neuer Finanzierungsquellen (z.B. neue Abgabe) erreicht werden. Die möglichen Kriterien für die Wahl zwischen verschiedenen Finanzierungsquellen sind namentlich das Potenzial oder der Ertrag und die Auswirkungen. Bei einer Reform der AHV-Finanzierung bieten die Beiträge auf den Erwerbseinkommen mehrere Vorteile: Sie bergen ein grosses Potenzial (0,2 Prozent Lohnabzüge bedeuten Einnahmen von etwa 500 Millionen) und sind sehr solidarisch: Die Beiträge werden ohne Obergrenze von den Einkommen abgezogen, während die Leistungen begrenzt sind. Die AHV-Beiträge haben jedoch negative wirtschaftliche Auswirkungen, die je nach Erhöhung des Satzes mehr oder weniger stark ausfallen. So haben die AHV-Beiträge beispielsweise einen Einfluss auf das von den Versicherten gewählte Verhältnis zwischen Konsum und Sparen.

¹ Dieser Artikel beruht auf einer Forschungsarbeit, die zur Erlangung eines Master in öffentlicher Verwaltung am Hochschulinstitut IDHEAP in Lausanne geschrieben wurde. Die Arbeit war Gegenstand eines Kolloquiums im Dezember 2011, bei dem sie von den Experten und Professoren Nils Soguel und Giuliano Bonoli angenommen wurde. Dieser Artikel fasst die wesentlichen Aspekte und die wichtigsten Ergebnisse unserer Studie zusammen.

Allgemeiner Rahmen: Beziehung zwischen den Leistungen und deren Finanzierung

Jede Leistung, die von den Sozialversicherungen erbracht wird, muss finanziert werden. Als sozialer und wirtschaftlicher Akteur übernehmen die Sozialversicherungen die grundlegende Aufgabe der Einkommensumverteilung von den Beitragszahlenden zu den leistungsberechtigten Haushalten, wobei Erstere als Finanzierungsquellen bezeichnet werden. Sowohl die Beiträge als auch die Leistungen werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst, üben selbst aber auch in verschiedener Hinsicht mehr oder weniger starken Einfluss auf die gesamte Gesellschaft und deren Akteure aus. Verschiedene Faktoren wiederum beeinflussen die Höhe der den Sozialversicherungen zur Verfügung stehenden Finanzierungsquellen und zwar auf verschiedenen Ebenen: wirtschaftlich (Konjunktur und Wachstum), sozial und demografisch (Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt, Überalterung der Bevölkerung usw.), politisch und kulturell (Werte) usw.

Auch die Finanzierungsquellen zeitigen wirtschaftliche und soziale Auswirkungen. Auf wirtschaftlicher Ebene tragen die Lohnabzüge beispielsweise zur Einkommensumverteilung bei, verringern aber auch das verfügbare Einkommen der Haushalte. In sozialer Hinsicht tragen die Finanzierungsquellen genau wie die Leistungen zur Erreichung der allgemeinen Ziele der Sozialversicherungen bei:

- Schutz der gesamten Bevölkerung gegen soziale Risiken und Erbringung von Grundleistungen
- Beitrag zur Gewährleistung der Grundrechte wie Menschenwürde, Förderung der sozioberuflichen Integration, Vermeidung der Inan-

spruchnahme der Sozialhilfe, Beitrag zur Lebensqualität der Einzelnen² und zum sozialen Zusammenhalt

Die Einflussfaktoren und die Auswirkungen der Finanzierungsquellen spielen also eine wichtige Rolle, namentlich für die finanzielle Nachhaltigkeit der Sozialversicherungen, die Sicherstellung der Leistungen zu jeder Zeit, das Vertrauen in das System, den sozialen Zusammenhalt und natürlich für die Akteure selber.

AHV: ein besonderes Gut

Die AHV ist die erste der drei Säulen unseres Vorsorgesystems und hat als solche den Zweck, die Existenz der Rentenberechtigten zu sichern. Die AHV ist eine obligatorische Sozialversicherung, die für die gesamte Bevölkerung im Alter und im Todesfall Grundleistungen erbringt. Konkret finanzieren die Versicherten mit ihren Beiträgen eine Deckung im Todesfall und eine Rente im Ruhestand. Das ist der individuelle Zweck der AHV. Gleichzeitig beteiligen sich die Versicherten an der Finanzierung der zum jetzigen Zeitpunkt an Pensionierte und Hinterlassene ausgezahlten Leistungen. Das ist der kollektive bzw. solidarische Zweck der AHV, die somit kein normales Konsumgut ist. Dieser Sozialversicherungszweig hat sowohl individuellen als auch sozialen Charakter und ist gleichzeitig gegenwartsbezogen und zukunftsgerichtet. Die AHV kann also als privates Gut, aber auch und vor allem als öffentliches Gut bzw. als Service Public betrachtet werden, der gerade aufgrund seines solidarischen Charakters gewisse Werte verkörpert. Wirtschaftsfachleute haben Konzepte definiert, um den ökonomischen Wert von Umweltgütern, deren Preis nicht vom Markt bestimmt wird, zu messen. So spricht man von Gebrauchs-, Options-, Vermächtnis- und Existenzwert. Unter Gebrauchswert versteht man die gegenwärtige individuelle Nützlichkeit eines Gutes, der Optionswert bezieht

sich auf das künftige Nutzungspotenzial einer Ressource, der Vermächtniswert entspricht der Zahlungsbereitschaft für künftige Generationen und der Existenzwert bezeichnet die Investitionsbereitschaft für die Erhaltung einer Ressource.³ Die Bereitschaft zur Zahlung eines höheren Betrags lässt sich mit den verschiedenen Werten erklären, welche die befragten Personen der AHV beimessen.

Finanzierung und künftige finanzielle Lage der AHV

Die Vielfalt der Finanzierungsquellen der Sozialversicherungen in unserem Land wird bei der AHV besonders gut ersichtlich. Die nachfolgende Tabelle **T1** zeigt, woher die finanziellen Mittel der AHV stammen.

Der Beitrag des Bundes beinhaltet die Einnahmen aus der Tabak- und der Alkoholsteuer sowie einen ersten Mehrwertsteueranteil zugunsten der AHV (17 Prozent). Die Einnahmen aus der Spielbankenabgabe und einem zweiten Mehrwertsteueranteil (83 Prozent) ergänzen den Beitrag des Bundes. Die Gesamtausgaben beliefen sich 2010 auf 36 604,1 Millionen. Das besagte Geschäftsjahr wies somit ein positives Ergebnis von 1891 Millionen aus. Das Kapitalguthaben der AHV betrug 44 158 Millionen.

Die Lohnbeiträge stellen die wichtigste Finanzierungsquelle der AHV dar, sind aber auch bei den meisten anderen Sozialversicherungen vorgesehen. Beitragsmodalitäten sowie Beitragspflichtige variieren je nach Versicherungszweig. Die Arbeitnehmenden bezahlen heute für die Grundsozialversicherungen einen Beitrag von 4,2 Prozent für die AHV, 0,7 Prozent für die IV, 0,25 Prozent für die EO und 1,1 Prozent für die ALV, was insgesamt 6,25 Prozent ergibt.

Die finanzielle Lage der AHV ist bisher solide. Seit ihrer Einführung wies die AHV mit Ausnahme der Jahre 1975 bis 1979, 1996 bis 1999, 2002 und 2008 immer positive Ergebnisse aus.⁴ Für die nahe Zukunft zeichnet

2 Namentlich durch Verringerung der Angst vor der Zukunft und durch Förderung der Eigenständigkeit der Mitglieder einer Gemeinschaft

3 Jacques Weber (2003), L'évaluation contingente: les valeurs ont-elles un prix?, www.ceris-science-po.org, Paris

4 Soziale Sicherheit 6/2008

Finanzielle Mittel (in Millionen) im Jahr 2010

T1

Finanzierungsquellen	Einnahmen	Anteile in %
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	27 461,5	71,33
Beiträge Bund	7 166,1	18,61
MwSt.	2 238,6	5,82
Spielbankenabgabe	381,1	0,99
Anlagenertag	1 089,0	2,83
Rückgriff auf haftpflichtige Dritte und sonstige	158,6	0,42
Total	38 494,9	100 %

Quelle: BSV, schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2011

Künftige Entwicklung der AHV-Rechnung in Millionen, Preisstand 2011

T2

Jahr	Ausgaben	Einnahmen	Ergebnis	Kapital
2012	38 795	40 162	1366	41 546
2015	42 184	42 789	606	42 787
2020	46 400	46 386	-14	41 222
2025	53 826	49 540	-4286	26 622
2030	60 255	51 640	-8615	-8 491

Quelle: BSV, Finanzperspektiven der AHV, mittleres Szenario (4,5 2011)

sich jedoch hauptsächlich wegen der demografischen Alterung ein finanzielles Ungleichgewicht ab. Nach den jüngsten Schätzungen wird sich die AHV-Rechnung gemäss der Tabelle T2 entwickeln.

Gemäss diesen Hochrechnungen werden die finanziellen Ergebnisse in den 2020er-Jahren negativ, und das Kapitalguthaben verringert sich ab demselben Zeitpunkt beständig, bis es 2030 in den negativen Bereich fällt. Der Finanzbedarf der AHV wird ab dem Zeitpunkt bedeutend, ab dem das Kapital nicht mehr 70 Prozent der Ausgaben erreicht – das ist ab 2023 der Fall.⁵

Allgemeine Reform und Finanzierungsreform der AHV

Seit den 1990er-Jahren richten die Bundesbehörden ein besonderes Au-

genmerk auf die Finanzierung der AHV, wobei sie sich an internationale Erfahrungen anlehnen können. So wurden mehrere Vorlagen zur 11. AHV-Revision, aber auch Berichte vorgelegt. Im Jahr 2000 unterbreitete der Bundesrat seine Botschaft zur 11. AHV-Revision mit dem Ziel der mittel- und langfristigen Konsolidierung angesichts der demografischen Überalterung. Dieser Entwurf zur 11. AHV-Revision, der auch eine Heraufsetzung der MwSt. vorsah, scheiterte 2004 in der Volksabstimmung. Nach diesem Misserfolg veröffentlichte der Bundesrat einen zweiten Entwurf zur 11. AHV-Revision, mit dem namentlich Einsparungen erzielt werden sollten und in dessen Rahmen der Bundesrat die Aufhebung der automatischen zweijährlichen Rentenanpassung zugunsten einer Anpassung entsprechend dem

Stand des Ausgleichsfonds vorschlug. Der zweite Entwurf zur 11. AHV-Revision wurde 2010 von der Bundesversammlung abgelehnt. Nach diesem erneuten Scheitern schlug der Bundesrat eine Reform vor, die unter anderem die finanzielle Konsolidierung betrifft und im Laufe der aktuellen Legislaturperiode in die Vernehmlassung geht.⁶

1995 veröffentlichte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) den sogenannten Drei-Säulen-Bericht. Dieser Bericht kommt zum Schluss, dass sich dieses Altersvorsorgekonzept bewährt hat, hauptsächlich dank der Komplementarität der Finanzierungssysteme. 1996 publizierte eine interdepartementale Arbeitsgruppe des Bundes einen Bericht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen (IDA FiSO 1). Dieser Bericht schätzt zum ersten Mal den künftigen Finanzbedarf der Sozialversicherungen ab und prüft verschiedene mögliche Finanzierungsquellen wie Prozentsatz des Erwerbseinkommens, MwSt., Energieabgabe, Erbschaftssteuer usw. Der Bericht zeigt auch, dass einkommensunabhängige Beiträge die Haushalte, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, stärker belasten. 2002 veröffentlichte das EDI einen Bericht über eine aktualisierte Gesamtschau des finanziellen Mehrbedarfs der Sozialversicherungen bis zum Jahr 2025. Dieser Bericht hebt namentlich hervor, dass die Lohnabzüge tendenziell sinken, wohingegen die Beiträge pro Kopf steigen. Erwähnt sei auch der Bundesratsbericht von 2006 über die Entwicklung der Sozialwerke und die Stabilisierung der Soziallastquote. Dieser Bericht zeigt, dass der künftige Bedarf bis zum Zeithorizont 2030 für die AHV⁷ und mehrere andere

5 Ab diesem Datum bzw. bei einem Stand des AHV-Fonds von 70 Prozent der Ausgaben steigt der Finanzbedarf auf über mind. 1 Milliarde jährlich.

6 Botschaft zur 11. AHV-Revision, BSV

7 Im Vergleich zu 2005 beträgt der zusätzliche Finanzbedarf der AHV 2 Prozent des BIP.

Sozialversicherungszweige gewaltig ist.⁸

Unter Berücksichtigung der auf internationaler Ebene ermittelten «Best Practices» muss die Anpassung der AHV-Finanzierung im Rahmen einer allgemeinen Reform des Rentensystems erfolgen und auf mehreren Grundprinzipien wie finanzielle Nachhaltigkeit, politische Machbarkeit und sozialverträgliche Konsequenzen beruhen. Finanzielle Nachhaltigkeit bedeutet, dass die Finanzierungsperspektiven langfristig positiv sind. Die politische Machbarkeit setzt voraus, dass die Interessen der am meisten betroffenen Akteure⁹ berücksichtigt werden, und erfordert ausgewogene Massnahmenpakete: Sparmassnahmen in Kombination mit Verbesserungsmassnahmen für spe-

zifische Versichertengruppen usw. Die Konsequenzen müssen sozialverträglich sein, und zwar vor allem für benachteiligte Versicherte oder «Verlierer» der getroffenen Massnahmen.¹⁰ Neben diesen Grundprinzipien muss die Anpassung der AHV-Finanzierung auf einer Ressourcenplanung und einem globalen Ansatz beruhen¹¹, aus unserer Sicht aber auch die Auswirkungen der bestehenden und möglichen Finanzierungsquellen berücksichtigen. Die verschiedenen Finanzierungsquellen können hauptsächlich unter folgenden Blickwinkeln analysiert und verglichen werden: Steuerbemessungsgrundlage und betroffene Beitragspflichtige, Solidarität (verschiedene angewandte Techniken), Ertrag oder Potenzial und Auswirkungen. Das Potenzial hängt vom Volumen der Bemessungsgrundlage ab: Je grösser dieses ist, desto grösser ist das Potenzial der möglichen Ressourcen pro abgezogenen Prozentpunkt. So beruhen die Beiträge, die MwSt. und der Bundesbeitrag, d.h. die drei wichtigsten Finanzierungsquellen der AHV, nicht auf derselben Bemessungsgrundlage: Die Beiträge beruhen auf den Löhnen, der Bundesbeitrag auf den Ausgaben der AHV und die MwSt. auf dem Konsum. Im Gan-

zen weisen die Lohnbeiträge ein höheres Potenzial¹² und einen ausgeprägteren solidarischen Charakter auf, aber ihre Auswirkungen sind problematischer als jene der MwSt. und des Bundesbeitrags.

Wirtschaftliche Auswirkungen der AHV-Beiträge

Die AHV-Beiträge haben je nach Anstieg des Satzes mehr oder weniger starke wirtschaftliche Auswirkungen. Die Konsequenzen für die Versicherten sind folgende:

- Verringerung des verfügbaren Einkommens
- Einfluss auf die Wahl zwischen Konsum und Sparen
- Ersetzung der Freizeit durch Arbeit, wodurch sich die Opportunitätskosten der Arbeit erhöhen und somit Einfluss auf die Arbeitsbereitschaft haben^{13/14}

Durch diese hier kurz dargelegten Konsequenzen können sich die AHV-Beiträge auch auf die Wirtschaft im Allgemeinen auswirken (Gefahr einer Verlangsamung des Wachstums). Die Tabelle **T3** fasst die (mikro- und makro)ökonomischen Auswirkungen

8 Philippe Gnaegi (2011), in Zusammenarbeit mit P.-Y. Carnal und N. Bovey, Histoire et structure des assurances sociales en Suisse / avec une introduction à l'aide sociale, Zürich

9 Parteien der Rechten, Arbeitgeber und Unternehmen, WirtschaftsvertreterInnen, Parteien der Linken, Gewerkschaften, heutige RentnerInnen und Versicherte/Erwerbstätige

10 Giuliano Bonoli, Fabio Bertozzi, Sabine Wichtmann, in Zusammenarbeit mit Nils Soguel (2007), Anpassung der Rentensysteme in der OECD: Reformmodelle für die Schweiz? Forschungsbericht Nr. 5/08, Beiträge zur sozialen Sicherheit, Chavannes-près-Renens

11 Seit dem 1.1.2011 steigen die EO- und AVIG-Beiträge zulasten der Arbeitnehmenden. Hinzu kommen die Anpassungen der MwSt.-Sätze, durch die sich die Kaufkraft der Einzelnen verringert.

12 Die Löhne stellen eine breitere Bemessungsgrundlage dar als jene, auf der die MwSt. beruht: Diese Steuer wird nämlich nicht auf dem Gesamtkonsum, sondern auf dem Mehrwert (Verkaufspreis minus Vorkosten für die Produktion) der verkauften Produkte und Dienstleistungen erhoben.

13 Mit anderen Worten: Über die direkte Auswirkung auf das verfügbare Einkommen hinaus verändern die AHV-Beiträge das Verhalten der Einzelnen und lösen bei diesen Reaktionen aus.

14 Ausserdem beeinflussen die AHV-Beiträge hypothetisch die Bereitschaft, einen zusätzlichen AHV-Betrag zu zahlen. In Wirklichkeit beeinflusst der «Preis» oder die Höhe der Beiträge die Bereitschaft zur Zahlung dieser Sozialversicherung nicht, da das gesetzlich festgelegt ist. In unserer Studie wird jedoch die Bereitschaft zur Zahlung eines zusätzlichen AHV-Betrags getestet, damit die Reaktionen der Einzelnen gemessen werden können.

15 Aus unserer Sicht ist die Einkommensumverteilung sowohl Grundlage als auch Wirkung, und zwar sowohl wirtschaftlicher als auch sozialer Natur.

T3

Art der Auswirkungen	Mikroökonomisch	Makroökonomisch	Ursachen, Grundlagen
Finanzielle Art	<ul style="list-style-type: none"> • Verfügbares Einkommen, Kaufkraft • Armutsrisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Konjunktur und Wachstum • Einkommensumverteilung¹⁵ • Inflation 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfinanzierung • Einkommensumverteilung (Solidarität) • Soziale und andere Ziele • Funktionen der sozialen Sicherheit
Bezüglich Verhalten (Verzerrungen)	<ul style="list-style-type: none"> • Wahl zwischen Konsum und Sparen • Arbeitsbereitschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Konjunktur und Wachstum 	
Andere wirtschaftliche Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schwarzarbeit und Betrug • Verwaltungskosten • Nationale Ersparnisbildung 		

der den Versicherten von den Löhnen abgezogenen AHV-Beiträge sowie deren Ursachen und Grundlagen¹⁶ zusammen (der grau eingefärbte Teil ist Gegenstand unserer Studie).

Methodik und Stichprobenerhebung

Die allgemeine Vorgehensweise dieser Abschlussarbeit basiert auf der Kontingenten Bewertungsmethode (Contingent Valuation Method CVM). Mit dieser Methode kann der Wert von nicht handelbaren oder öffentlichen Gütern und Dienstleistungen, deren Preis nicht vom Markt bestimmt werden kann, ermittelt werden. Die Methode beruht auf einem Fragebogen, der die Befragten in ein sogenannt kontingentes oder hypothetisches Szenario einführt¹⁷, um ihre Zahlungsbereitschaft – im vorliegenden Fall die Bereitschaft der Versicherten zur Zahlung eines höheren AHV-Beitragssatzes – zu messen. Konkret werden die Befragten gebeten, ihre individuellen Präferenzen in Bezug auf die AHV (als ein besonderes Gut) monetär auszudrücken. Für die Einzelnen ergibt sich dieser Wert aus dem Nutzen, den sie unter Berücksichtigung ihres Einkommens aus der AHV ziehen. Die CVM trägt zur allgemeinen Auseinandersetzung mit der künftigen Finanzierung der Sozialversicherungen und insbesondere der AHV bei, indem sie zum ersten Mal die Bereitschaft zur Zahlung der AHV bei den Versicherten und deren Auswirkungen misst.

Wir haben eine besondere Art der Stichprobenerhebung gewählt. Die Thematik der Finanzierung der Sozialversicherungen ist komplex. Da die Erhebung ausserdem im Rahmen einer Abschlussarbeit durchgeführt wurde, konnte sie keine grosse Ausmasse annehmen. So wurde der Fragebogen Sozialversicherungsfachleuten vorgelegt, die in einem der sechs Westschweizer Kantone, also Freiburg, Genf, Jura, Neuenburg, Waadt

oder Wallis, einen Vorbereitungskurs für den eidgenössischen Fachausweis in Sozialversicherungen absolvierten. Die Stichprobe ist somit nicht repräsentativ und auch relativ homogen. Sie hat den Nachteil, dass sie nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung ist. Ausserdem liefert sie keine (erklärenden und zu erklärenden) Variablen, die eine ausreichende Variabilität für die statistische Verarbeitung bieten. Daher ist bei dieser Stichprobe die Analyse der Ergebnisse nur beschränkt möglich. Die Sachkenntnis der befragten Personen und die Art der Erhebungsdurchführung sollten jedoch zu fundierteren Ergebnissen führen. Das allgemeine Vorgehen wurde zu Beginn eines Kurses im Mai 2011 erläutert und 101 Teilnehmende füllten den Fragebogen aus.

Erhebungsergebnisse

Die Ergebnisse unserer Erhebung zeigen, dass die allgemeine Bereitschaft zur Zahlung eines höheren AHV-Beitragssatzes bzw. eines zusätzlichen AHV-Betrags bei der Stichprobe sehr hoch ist. Fast drei Viertel der Befragten heissen eine solche Erhöhung gut, während 15 Prozent sie ablehnen und 12 Prozent unentschieden sind. In einer Volksabstimmung würden die Personen, die an unserer Erhebung teilgenommen haben, eine solche Heraufsetzung mit einer Mehrheit von 63 Prozent ebenfalls annehmen. Die Zahlungsbereitschaft ist mit einigen wenigen Ausnahmen in allen Befragtenkategorien hoch, aber nicht überall gleich. So sind die Freiburger deutlich offener als die Waadtländer, die Schweizer mehr als die Ausländer, tiefere Einkommen mehr als höhere, Personen mit Kindern mehr als solche ohne, verheiratete Personen mehr als ledige, geschiedene oder im Konkubinat lebende, ältere Personen (45 bis 57 Jahre) mehr als jüngere, Personen mit Lehrabschluss (eidgenössisches Fähigkeitszeugnis) mehr als solche mit Hochschulabschluss. Frauen und Männer

weisen dagegen dieselbe Zahlungsbereitschaft auf. Zusammengefasst kann man sagen, dass Alter, Nationalität, Wohnort, Einkommen, Elternschaft und Anzahl Kinder, Zivilstand und Bildungsniveau einen Einfluss auf die Bereitschaft zur Zahlung eines höheren Beitragssatzes haben. Das Geschlecht scheint dagegen diesbezüglich keine Rolle zu spielen.

Mehrere objektive und subjektive Elemente erklären die Zahlungsbereitschaft der Befragten im Allgemeinen. Die Befragten sind in erster Linie deshalb bereit, einen zusätzlichen AHV-Betrag zu bezahlen, weil die AHV für sie verschiedene Werte verkörpert. Mehrere Antworten auf die Fragen unserer Erhebung bestätigen das. So sind die Befragten bereit, mehr zu zahlen, weil der Bedarf der AHV langfristig gross ist. Dieser Beweggrund bringt den Optionswert der AHV zum Ausdruck. In zweiter Linie lässt sich die Zahlungsbereitschaft noch mit anderen Elementen erklären. Fast alle Befragten erachten die AHV als sehr wichtig. Ausserdem sind sie der Ansicht, dass die Altersvorsorge einen sozialen und individuellen Charakter haben muss (der soziale Aspekt wird als wichtiger erachtet als der individuelle) und auf drei Systemen beruhen muss, von denen jedes seine spezifischen Eigenheiten hat. In diesem System belegt die AHV vor allem aufgrund ihres sozialen Charakters einen wichtigen Platz. Die Befragten sind für einen umfassenden Ansatz der Altersvorsorge empfänglich. In dritter Linie kennt die Mehrheit der Befragten die besondere Natur der AHV, vor allem in Bezug auf die begrenzten Leistungen und die künftigen finanziellen Herausfor-

16 Namentlich die gesetzlich vorgesehene Leistungsfinanzierung liegt z.B. der Wirkung auf das verfügbare Einkommen zugrunde und kann somit die Konjunktur beeinflussen.

17 In unserem Fragebogen wird folgendes Szenario gezeichnet: «Angenommen, man würde Sie fragen, welchen Betrag Sie zu zahlen bereit wären, damit Sie zum Zeitpunkt Ihrer Pensionierung versichert sind, die AHV bestehen bleibt und Ihnen die gleichen Leistungen wie heute ausgerichtet werden.»

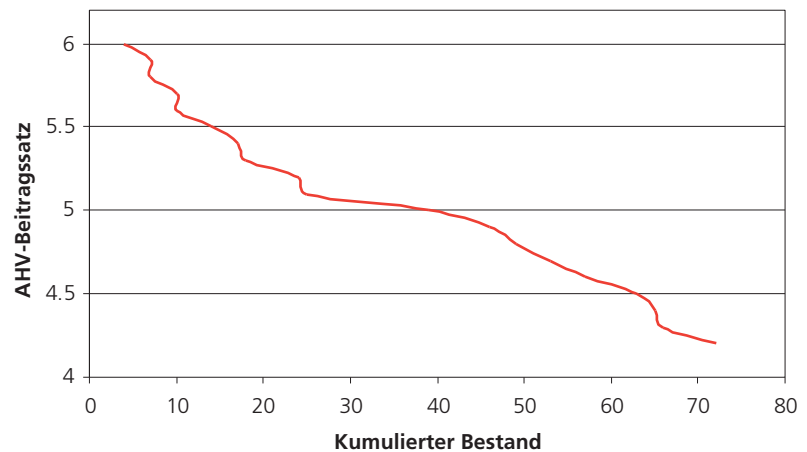
derungen. In vierter Linie geben die Befragten mehrere Gründe für ihre Zahlungsbereitschaft an, so zum Beispiel: Der langfristige Finanzbedarf der AHV ist bedeutend, die persönlichen und finanziellen Verhältnisse ermöglichen mehr zu bezahlen, aus Solidarität zu den Rentnerinnen und Rentnern. Die Befragten zeigen sich sehr kohärent: Sie sind bereit, mehr für die AHV zu bezahlen und würden konsequenterweise eine solche Erhöhung in einer Volksabstimmung in wirtschaftlichem Sinne annehmen. Die Mehrheit der Befragten ist bereit, einen Satz von bis zu 5 Prozent (gegenüber 4,2 Prozent heute) zu bezahlen. Die Zahlungsbereitschaft verringert sich mit steigendem AHV-Beitragsatz. Es gibt also ein umgekehrt proportionales Verhältnis zwischen dem Satz und der Bereitschaft, mehr für die AHV zu bezahlen. Die Bereitschaft, einen zusätzlichen AHV-Beitrag zu bezahlen, ist nach Satz und kumuliertem Bestand unserer Stichprobe in der Grafik **G1** dargestellt.¹⁸

Vor der allfälligen Erhöhung des AHV-Beitragsatzes und des damit verbundenen Rückgangs des verfügbaren Einkommens setzen die Befragten durchschnittlich 85 Prozent ihres Einkommens für den Konsum und 15 Prozent fürs Sparen ein. Wie reagieren die Befragten bezüglich Konsum und Sparen, wenn das verfügbare Einkommen infolge einer Erhöhung des AHV-Beitragsatzes sinkt? Die Ergebnisse unserer Erhebung sind folgende: Insgesamt verändern 58 Prozent der Befragten das Verhältnis zwischen Konsum und Sparen (38 Prozent verringern ihren Konsum, 20 Prozent ihre Spartätigkeit) und 38 Prozent verändern es nicht (24 Prozent verringern Konsum und Spartätigkeit, 14 Prozent verringern weder Konsum noch Spartätigkeit). Folglich nehmen aufgrund des tieferen verfügbaren Einkommens die marginale Konsumneigung der Befragten ab und die

¹⁸ Es fehlen die extremen Werte 6,5 und 8, die jeweils eine Person betreffen.

Zahlungsbereitschaft

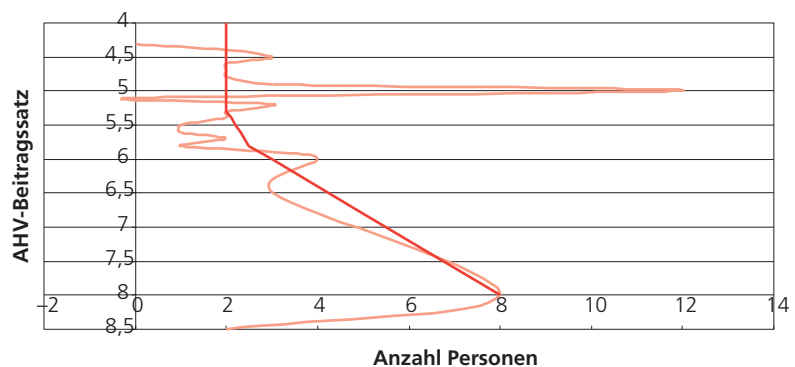
G1



Quelle: Eigene Darstellung

Arbeitsbereitschaft

G2



Quelle: Eigene Darstellung

Sparneigung zu. Mit anderen Worten: Die Mehrheit der Befragten verändert ihr Verhalten und somit ihre durchschnittliche Konsumneigung. Die Personen, die ihren Konsum reduzieren, wenn ihr Einkommen infolge einer Erhöhung des AHV-Beitragsatzes abnimmt, behalten ihre Ausgaben vorzugsweise in folgenden Bereichen auf dem bisherigen Niveau (in dieser Reihenfolge): 1. Nahrungsmittel und nichtalkoholische Getränke (21 Prozent aller Antworten), 2. medizinische Dienste und Gesundheitswesen (17 Prozent), 3. Wohnen und Energie (17 Prozent). Die Innenausstattung erreicht den tiefsten Pro-

zentsatz (6 Prozent). Folglich würde dieser Wirtschaftssektor gemäss den Ergebnissen unserer Erhebung am meisten unter einem geringeren Konsum leiden. Die Befragten, die in derselben Situation ihre Spartätigkeit einschränken, sparen noch am meisten für die 3. Säule (40 Prozent). Danach folgen langfristige Investitionen (35 Prozent) und persönliche Pläne wie die Anschaffung eines Wagens (22 Prozent). Das Anlegen in Aktien ist wenig beliebt (2 Prozent). Aufgrund unserer Erhebung bietet die 3. Säule also interessante Geschäftsperspektiven für die Versicherungsgesellschaften. Diese Ergebnisse zei-

gen erneut, dass die Befragten Wert auf eine Altersvorsorge legen, die auf verschiedenen, sich ergänzenden Systemen beruht.

Wie sieht es mit der Arbeitsbereitschaft der Befragten aus?

Mehr als die Hälfte von ihnen gibt einen Höchstbetrag bzw. einen maximalen AHV-Beitragssatz an, bis zu dem sie ihre Arbeitszeit auf demselben Niveau halten wie vor der Heraufsetzung des Beitragssatzes. Die Ergebnisse sind folgende: Die Arbeitsbereitschaft bleibt bis 4,3 Prozent beim gesamten Bestand dieselbe und relativ stabil zwischen 4,4 und 8,5 Prozent (in der Regel 2 bis 3 Personen bei jedem Satz). Die Arbeitsbereitschaft des Bestandes erreicht jedoch eine Spitze bei 5 Prozent und 8 Prozent. Die Grafik **G2** zeigt die allgemeine Arbeitsbereitschaft der Befragten mit einer Trendkurve, die das Arbeitsangebot unserer Stichprobe skizziert.

Die meisten Befragten behalten dieselbe Arbeitsbereitschaft bis zu einem Satz von 5,2 Prozent bei. Die Frauen sind mehrheitlich bis 5 Prozent zur Zahlung eines höheren Betrags bereit und die Männer bis 5,6 Prozent. Mit anderen Worten: Bis 5 Prozent sind die Frauen mehr oder weniger offen für eine Beibehaltung ihrer Arbeitsbereitschaft, wenn der zu entrichtende AHV-Betrag steigt. Folglich zeigt unsere Erhebung, dass eine Erhöhung des AHV-Beitragssatzes das Arbeitsangebot der Versicherten sozusagen nicht verändert, dieses aber je nach Geschlecht variiert. Die Befragten nennen in erster Linie einen materiellen Grund, um die Beibehaltung derselben Arbeitsbereitschaft bis zum von ihnen angegebenen Satz zu erklären: Die Arbeit bleibt für den Lebensunterhalt infolge einer Abnahme des verfügbaren Einkommens zwingend notwendig (32 Prozent der Befragten geben diesen Grund an). Die Befragten nennen

als zweiten Grund den Entscheid, weder die Freizeit zu erhöhen noch das Arbeitspensum zu reduzieren: Sie äussern somit keine Präferenzen zwischen Arbeit und Freizeit (22 Prozent). Drittens geben sie einen langfristig ausgerichteten Grund an (der langfristige Finanzbedarf der AHV ist bedeutend). Das heisst, dass die Befragten bereit sind, mehr zu arbeiten, um die Finanzierbarkeit der AHV zu gewährleisten, und das sogar zu einem tieferen Lohn (20 Prozent)! Es ist darauf hinzuweisen, dass 17 Prozent der Befragten nicht wissen, warum sie bis zum von ihnen angegebenen Satz dieselbe Arbeitsbereitschaft beibehalten. Bei einem Anstieg über den angegebenen maximalen AHV-Satz und -Betrag hinaus erhöht die Mehrheit der Befragten ihr Arbeitspensum (29 Prozent gegenüber 21 Prozent, die es reduzieren würden).¹⁹

Empfehlungen

Aufgrund der Ergebnisse unserer Erhebung (auch wenn sie von einer a priori wohlgesinnten Stichprobe stammen) können wir sagen, dass die Lohnbeiträge eine wirklich geeignete und interessante Option zur Sicherung der finanziellen Nachhaltigkeit der AHV darstellen, dies hauptsächlich aus zwei Gründen: Erstens ist die Bereitschaft zur Zahlung eines höheren AHV-Beitragssatzes sehr gross. Alle sozioökonomischen Kategorien unserer Erhebung, mit Ausnahme der Ausländerinnen und Ausländer, sind bereit, einen zusätzlichen AHV-Betrag zu entrichten. Zweitens beschränken sich die unerwünschten Auswirkungen eines höheren AHV-Beitragssatzes auf die Arbeitsbereitschaft der Befragten. Die Erhöhung des AHV-Beitragssatzes hätte also keine substanziellen Konsequenzen für das Arbeitsangebot bzw. für das langfristige BIP-Wachstum. Ebenfalls aufgrund der Ergebnisse unserer Erhebung, aber auch aus allgemeiner Sicht, bringen wir dennoch mehrere Vorbehalte

bezüglich der Erhöhung des AHV-Beitragssatzes vor. Unsere Studie zeigt zunächst, dass eine Heraufsetzung des AHV-Beitragssatzes nicht konsumneutral ist. Eine hohe Zahlungsbereitschaft, durch die sich das verfügbare Einkommen verringert, führt häufiger zu geringerem Konsum als zu geringeren Ersparnissen, und zwar bei der Mehrheit der Befragten. Ausserdem zeigen gewisse Befragtenkategorien einen kleineren oder grösseren Vorbehalt gegenüber einer Erhöhung des AHV-Beitragssatzes. An dieser Stelle seien insbesondere Personen ohne Kinder, Geschiedene und EinwohnerInnen des Kantons Waadt genannt. Diese Ergebnisse bringen die heutige sozioökonomische Realität zum Ausdruck: geringe Anzahl Kinder, Zunahme der Scheidungsrate und der Anzahl Ledige, regionale Unterschiede z.B. in Bezug auf die Kaufkraft usw. Schliesslich bringt eine Erhöhung der Lohnbeiträge ganz allgemein weitere Probleme mit sich: Durch die Kürzung des verfügbaren Einkommens kann sie für bestimmte Kategorien von Arbeitnehmenden zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Sie lässt auch die Arbeitskosten und das bereits heute hohe Sparniveau ansteigen.²⁰ Um diese problematischen Auswirkungen auf ein Minimum zu reduzieren, sollte jede angestrebte Erhöhung moderat bleiben. Aufgrund dieser Erwägungen und obwohl die Mehrheit der von uns befragten Personen bereit ist, bis zu 5 Prozent zu bezahlen, schlagen wir eine Erhöhung des Satzes von 0,1 bis höchstens 0,2 Prozent vor.

Ausserdem erfolgte unsere Studie über die Bereitschaft zur Zahlung eines höheren Beitragssatzes vor dem Hintergrund einer allgemeinen Re-

¹⁹ Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse relativ sind, da 50 Prozent angegeben haben, nicht zu wissen, ob sie ihr Arbeitspensum erhöhen oder reduzieren.

²⁰ Ein weiteres wichtiges Element ist zu berücksichtigen: Andere Grundsozialversicherungsregimes benötigen in Zukunft ebenfalls zusätzliche Mittel (was einen vermehrten Rückgriff auf die Lohnbeiträge bedeuten könnte).

form der AHV und ihrer Finanzierung. Vor diesem Hintergrund schlagen wir die Kombination von zwei oder mehreren Finanzierungsquellen vor. Unsere Erhebung zeigt klar, dass die Befragten bereit sind, mehr zu zahlen, die Einnahmenerhöhung der Ausgabenkürzung deutlich vorziehen (81 Prozent!) und für andere Finanzierungsquellen der AHV offen sind. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse würde eine Erhöhung des AHV-Beitragssatzes, aber auch der MwSt. und des Bundesbeitrages durchaus Sinn machen. Welche Finanzierungsquelle drängt sich also auf der Einnahmenseite der AHV auf? Ein hohes Potenzial und begrenzte negative Auswirkungen könnten zwei wichtige Kriterien bei der Wahl zwischen den Hauptfinanzierungsquellen sein. Vergleicht man ihre Vor- und Nachteile, bergen die Lohnbeiträge das grösste Potenzial, haben insgesamt aber auch negativere Auswirkungen als die MwSt. und der Bundesbeitrag.

Fazit

Diese Studie ist sowohl von politischem als auch von akademischem und empirischem Interesse. Zunächst liefert sie eine Stossrichtung für die Debatte über die künftige AHV-Finanzierung, die heute geführt werden muss. Die Ergebnisse unserer CVM-basierten Erhebung laufen dem allgemeinen politischen Trend des Augenblicks zuwider, nach dem starke Vorbehalte gegenüber einer allfälligen Erhöhung des AHV-Beitragssatzes bestehen. So ist über die Hälfte unserer Stichprobe (selbst wenn diese nicht repräsentativ für die gesamte Bevölkerung ist) bereit, bis 5 Prozent AHV-Beitragssatz zu bezahlen. Ausserdem stellt die Studie den Zusammenhang zwischen der Mikroökonomie (im vorliegenden Fall Haushalte) und einem sozialpolitischen Bereich her. Jede auf der Einnahmenseite angestrebte Massnahme zur langfristigen Sicherung der AHV-Leistungen ist nie neutral und löst unerwünschte

Reaktionen bei den Einzelnen aus. Schliesslich betreibt die Studie akademische und empirische Forschung im Bereich der Finanzierung von Sozialversicherungen und deren Auswirkungen. Die Lohnbeiträge stellen die bedeutendste Finanzierungsquelle der AHV dar und bergen ein sehr grosses Potenzial. Sie tragen stark zur Erreichung von sozialpolitischen Zielen bei, haben aber auch – meist problematische – wirtschaftliche Auswirkungen. Unserer Meinung nach sind die Auswirkungen eines der Hauptelemente, die im Rahmen einer nächsten AHV-Revision zu berücksichtigen sind. Unsere Studie zeigt insbesondere auf, dass die Erhöhung des Beitragssatzes den Konsum verringert, aber das Arbeitsangebot der Befragten nicht verändert.

Pierre-Yves Carnal, lic. rer. pol., Sozialversicherungsfachmann, Sozialinstitutionsleiter.
E-Mail: p-y.carnal@bluewin.ch

Die steigende Anzahl Alleinerziehender schafft neue wirtschaftliche Herausforderungen

Die wirtschaftliche Situation von Alleinerziehenden und Alleinlebenden wurde im Auftrag des BSV in einer kürzlich erschienenen Studie über die Situation im Kanton Bern¹ beleuchtet. Die Studie bestätigt, dass alleinerziehende Frauen oft in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben, was auf das geringe Erwerbseinkommen zurückzuführen ist. Für Alleinerziehende sind Unterhaltszahlungen eine wichtige Einkommensquelle, die verhindert, dass sie Sozialhilfe beziehen müssen.



Philippe Wanner
Universität Genf

Die allmähliche Veränderung der familialen Lebensformen hat in den Industrieländern zu einer Zunahme der Alleinerziehenden geführt. Zwischen 1960 und 2000 hat sich die Zahl der Alleinerziehenden in der Schweiz von 65 000 auf 150 000 mehr als verdoppelt. Während früher vor allem verwitwete Personen betroffen waren, werden Ehen heute vorwiegend durch Scheidungen und Trennungen aufgelöst. Gemäss den demografischen Statistiken wird fast jede zweite Ehe geschieden. Im gleichen Zeitraum hat auch die Zahl der Einpersonenhaushalte stark zugenommen; sie sind von 941 000 auf 1 852 600 gestiegen. Für diese Entwicklung gibt es viele Erklärungen, darunter die wachsende Autonomie der jungen Leute ihren Eltern gegenüber, das frühere Zusammenziehen mit der Partnerin oder dem Partner, Trennungen und die längere Witwenschaft der Frauen.

Es ist erwiesen, dass Alleinlebende mit oder ohne Kinder verglichen mit Paarhaushalten einem grösseren Risiko ausgesetzt sind, in finanzielle Probleme zu geraten. Die Detaillierung ihres Einkommens und Vermögens liefert in diesem Zusammenhang wesentliche Informationen, wie sich solche Armutssituationen verhindern lassen. Damit beschäftigte sich auch die oben erwähnte Studie.

Anhand der nationalen Erhebungen wie der Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) und der Arbeitskräfteerhebung (SAKE) sowie der Sozialhilfestatistiken konnten in den letzten Jahrzehnten viele Erkenntnisse über die Lebensbedingungen von Alleinerziehenden und Alleinlebenden gewonnen und die bescheidenen finanziellen Verhältnisse dieser Gruppen gemessen werden. Diese Erhebungen sind jedoch aufgrund der zuweilen

schwierigen und oft ungenauen Angabe des Einkommens und der Ausfallquote (die finanziell schwächsten Personen werden in den Erhebungen häufiger nicht erfasst als Personen in einer stabilen Situation) meist problematisch. Es ist deshalb sinnvoll, weitere statistische Quellen einzubeziehen. Die Steuerregister haben diesbezüglich gleich mehrere Vorteile: Erstens decken die Daten die gesamte Bevölkerung ab (da alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz steuerpflichtig sind) und zweitens sind die angegebenen Beträge zuverlässig und wurden von der Steuerverwaltung geprüft. Im Weiteren liefern die Register detaillierte Angaben zu den einzelnen finanziellen Mitteln der Steuerpflichtigen, indem sie zwischen Erwerbseinkommen, Renten und anderen Einnahmequellen unterscheiden. Zudem informieren sie über Vermögen und Ersparnisse.

Die Steuerverwaltung definiert Steuerpflichtige als unverheiratete Personen ab 18 Jahren oder als Ehepaare. Im Konkubinat lebende Paare füllen deshalb auch zwei Steuererklärungen aus. Da die Einkommen der Konkubinatspartner zur Bezahlung der Haushaltsausgaben (Miete usw.) meist zusammengelegt werden, lässt sich aus ihren Steuererklärungen nicht auf die finanzielle Situation des Gesamthaushaltes schliessen. Damit die wirtschaftliche Situation Alleinlebender (mit oder ohne Kinder) untersucht werden kann, muss daher der genaue Status der Lebensgemeinschaft eruiert werden und Paarhaushalte müssen ausgeklammert werden.

Das Berner Register ermöglicht diese Überprüfung, da Einpersonenhaushalte einen Steuerabzug geltend

¹ Wanner Philippe (2012). Die wirtschaftliche Situation von Alleinerziehenden und Alleinlebenden im Kanton Bern. Bern: BSV

machen können. Untersucht wurden folglich Personen, die erwiesenermassen allein leben. Kinder im Haushalt können anhand der Kinderabzüge ermittelt werden.

Insgesamt erfasst die Analyse 92 000 Steuerpflichtige, die nicht in einem Paarhaushalt leben («Alleinlebende» mit oder ohne Kinder) zwischen 25 und 64 Jahren. Davon haben 88 Prozent keine Kinder; Bezügerinnen und Bezüger von Witwen- bzw. Witwerrenten wurden nicht einbezogen. Zur Vereinfachung der Analyse wurden Grenzwerte für geringe finanzielle Mittel beziehungsweise für sehr geringe finanzielle Mittel definiert. Sie entsprechen 50 Prozent bzw. 60 Prozent des Median-Äquivalenzeinkommens der Gesamtbevölkerung (Tabelle T1). Folglich bezieht sich der Anteil der Personen mit sehr geringen finanziellen Mitteln auf Alleinlebende ohne Kinder mit einem Gesamteinkommen von weniger als 28 100 Franken und Alleinerziehende mit einem Kind, die über ein Gesamteinkommen von weniger als 39 340 Franken verfügen. Diese Beträge sind einem Existenzminimum gleichzusetzen, das die Betroffenen vor Armut schützt und verhindert, dass sie Sozialhilfeleistungen beantragen müssen.

Da Sozialhilfeleistungen nicht versteuert werden müssen, sind sie auch nicht als Einkommensquelle erfasst. Die hier abgebildete Situation entspricht der finanziellen Situation vor kantonalen Transferzahlungen (Sozialhilfe und finanzieller Beitrag an die Krankenversicherungsprämien). Wie aus der Sozialhilfestatistik hervorgeht, beziehen im Kanton Bern ein Drittel der alleinerziehenden Frauen und 11 Prozent der alleinlebenden Männer ohne Kinder Sozialhilfe. Bei

Grenzwerte geringer / sehr geringer finanzieller Mittel (60 bzw. 50 Prozent) für den Kanton Bern (Jahreseinkommen) T1

	Alleinlebende ohne Kind ²	Alleinerziehende mit Kind
Median-Äquivalenzeinkommen	56 200	78 680
Geringe finanzielle Mittel (60 Prozent des Medianeinkommens)	33 720	47 205
Sehr geringe finanzielle Mittel (50 Prozent des Medianeinkommens)	28 100	39 340

Quelle: Steuerregister, 2006

Geschätzte Anzahl Sozialhilfebeziehende unter den Steuerpflichtigen im Jahr 2006 T2

	Bestand nach Steuerregister	Anzahl Fälle gemäss Sozialhilfestatistik	Geschätzter Anteil Sozialhilfebeziehende
Mann ohne Kind	44 265	4744	10,7
Frau ohne Kind	36 712	2876	7,8
Mann mit Kindern	1492	72	4,8
Frau mit Kindern	9570	3208	33,5
Ehepaar ohne Kind	61 731	1160	1,9
Ehepaar mit Kindern	82 250	2740	3,3

Quelle: Bundesamt für Statistik, Sozialhilfestatistik und Steuerregister

den anderen Familienzusammensetzungen beträgt dieser Anteil knapp 8 Prozent (Tabelle T2).

Anteil Steuerpflichtige mit (sehr) geringen finanziellen Mitteln

Gemäss den Steuerdaten des Kantons Bern beträgt das mediane Gesamteinkommen bei alleinerziehenden Männern 68 500 Franken und bei alleinerziehenden Frauen 54 000 Franken. Insgesamt verfügen 30 Prozent der alleinerziehenden Frauen über sehr geringe Mittel (und 45 Prozent über geringe Mittel, siehe Tabelle T3). Bei alleinlebenden, kinderlosen Frauen liegt dieser Anteil sogar bei 37 Prozent. 16 Prozent der allein-

erziehenden Männer und rund 10 Prozent der Einpersonenhaushalte, in denen keine Kinder leben, müssen mit sehr geringen finanziellen Mitteln auskommen. Bei Paarhaushalten (mit oder ohne Kinder) beläuft sich dieser Anteil lediglich auf 6 Prozent. Es zeigen sich also Unterschiede in Bezug auf die Lebensbedingungen der Alleinlebenden und der Paare.

Die Situation der alleinerziehenden Frauen ist in erster Linie auf ihr geringes Erwerbseinkommen zurückzuführen. Ihr Median-Erwerbseinkommen liegt bei 34 900 Franken; sie verdienen somit 16 600 Franken weniger als alleinlebende Frauen. Bei alleinerziehenden Männern beträgt das Median-Gesamteinkommen 71 000 Franken.

2 Anhand der Steuerdaten ist es nicht möglich, den Elternteil eines nicht im Haushalt lebenden Kindes zu identifizieren. Zu den alleinlebenden Steuerpflichtigen ohne Kinder werden demnach auch Väter und Mütter von Kindern gezählt, deren Obhut dem ehemaligen Partner zugeeilt wurde. Diese Väter und Mütter haben aber in der Regel auch Ausgaben für ihr Kind, die theoretisch einberechnet werden müssten, was aber praktisch nicht möglich ist.

Anteil alleinlebender Steuerpflichtiger mit geringen / sehr geringen finanziellen Mitteln, nach Geschlecht, Kindern im Haushalt und Zivilstand **T3**

		Grenzwert 50 %		Grenzwert 60 %		Bestand
		Betrag	<= 50 %	Betrag	<=60 %	
Alleinlebende						
Männer	Ohne Kind	28 100	10,2	33 720	14,9	44 265
	Mit Kind*	39 340	15,9	47 205	23,6	1492
Frauen	Ohne Kind	28 100	9,1	33 720	14,3	36 712
	Mit Kind*	39 340	30,3	47 205	44,9	9570
Insgesamt**			11,9		17,9	92 039
Ehepaare	Ohne Kind	39 340	4,4	47 205	6,8	61 731
	Mit Kind*	47 770	7,4	57 235	13,2	82 250
Insgesamt**			6,1		10,4	143 981

* Grenzwert für eine steuerpflichtige Person mit einem Kind.
 ** Der Grenzwert hängt von der Anzahl Personen im Haushalt ab.
 Quelle: Berner Steuerregister

Im Gegensatz zu alleinerziehenden Männern scheinen die Frauen die Betreuung der Kinder nicht zu delegieren, was auch ihr tiefes Erwerbseinkommen erklärt. Bei der Beurteilung der Unterschiede zwischen alleinerziehenden Männern und Frauen ist deshalb zu berücksichtigen, dass die Übernahme von Kinderbetreuungsaufgaben geschlechterspezifisch ist. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass das Erwerbseinkommen bei Frauen zunimmt, sobald das jüngste Kind älter als 10 Jahre ist, was die These stützt, dass Frauen die Betreuung ihrer Kinder selber übernehmen. Die Aussage, dass alleinerziehende Männer finanziell besser gestellt sind, ist insofern zu relativieren, als die Delegation von Betreuungsaufgaben ebenfalls ihren Preis hat.

Lösungsansätze zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation alleinerziehender Frauen

Zwei Massnahmen scheinen die Situation Alleinerziehender zu verbessern. Zum einen führt die *gemeinsame Obhut über die Kinder* bei den Frauen

zu einem höheren Erwerbseinkommen, als wenn sie die alleinige Obhut haben. Als Folge davon verringert sich der Anteil Frauen mit sehr geringen finanziellen Mitteln (28 Prozent bei Frauen mit gemeinsamer Obhut ohne Unterhaltszahlungen, 19 Prozent für diejenigen mit Unterhaltszahlungen; bei alleiniger Obhut liegen diese Anteile bei 51 bzw. 27 Prozent). Diese Situation lässt sich teilweise durch die Merkmale der Paare erklären, die sich für die gemeinsame Obhut entscheiden: Ihre Kinder sind im Durchschnitt älter, was die Arbeitsmarktbeteiligung der Frauen beeinflusst. Wahrscheinlich war die Frau bei diesen Paaren auch vor der Trennung stärker im Erwerbsleben integriert.

Dennoch sind alleinerziehende Mütter mit gemeinsamer Obhut über die Kinder verhältnismässig viel stärker von geringen finanziellen Mitteln betroffen als Männer in der gleichen Situation.

Die finanziellen Schwierigkeiten alleinerziehender Frauen werden zudem durch die *Unterhaltszahlungen*, die meistens vom Vater an die Mutter geleistet werden, gemildert. Der Medianwert der Unterhaltszahlungen variiert mit der Anzahl Kinder. Er

beträgt je nach familiärer Situation zwischen 10 000 und 30 000 Franken pro Jahr. Ohne Alimente würde der Anteil der alleinerziehenden Frauen mit sehr geringen finanziellen Mitteln auf über 60 Prozent steigen. Die Alimente verringern den Anteil um rund 35 Prozentpunkte. Unterhaltszahlungen verhindern demzufolge bei fast jeder zweiten Frau, dass sie mit sehr geringen finanziellen Mitteln auskommen muss. Für den Kanton Bern heisst das in konkreten Zahlen, dass durch die Unterhaltszahlungen über 4000 Frauen und rund 6300 Kinder nicht unter die Schwelle von sehr geringen finanziellen Mitteln fallen. Auf der anderen Seite rutschen allerdings knapp 500 Männer im Kanton Bern nach der Zahlung von Alimenten unter die 50-Prozent-Schwelle des Medianeinkommens. Das System führt zu einer vorteilhaften Einkommensverteilung zwischen den ehemaligen Ehepartnern, hat aber auch Grenzen: Es ist vermutlich nicht möglich, die Alimente zugunsten der Mütter anzuhäufeln, ohne die Armut der Väter zu erhöhen.

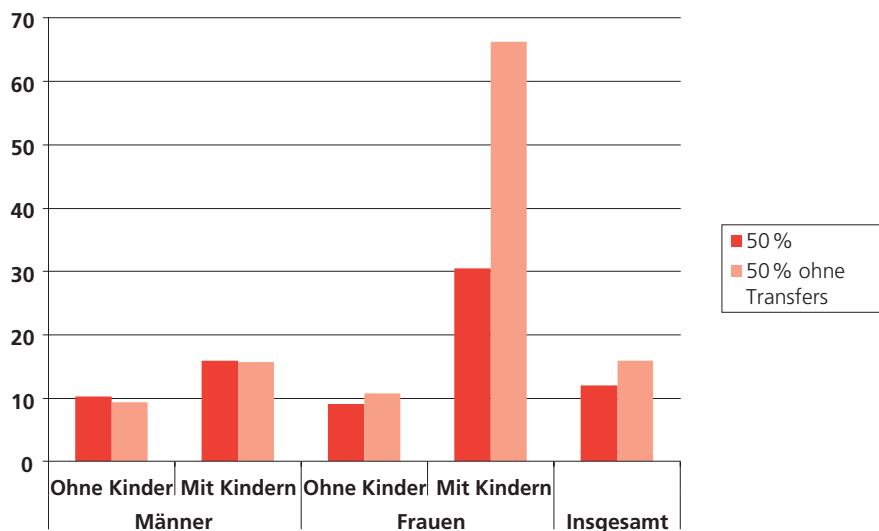
Insgesamt geben drei Viertel der alleinerziehenden Frauen mit Kindern an, dass sie Alimente erhalten. Da nicht alle Unterhaltszahlungen steuerpflichtig sind und deswegen nicht erfasst werden, könnten es sogar noch mehr sein. Bezieht eine Mutter Beiträge aus der kantonalen Sozialhilfe (was bei einem Drittel der alleinerziehenden Frauen der Fall ist), werden ihr die Unterhaltszahlungen mit der Sozialhilfe ausbezahlt. Sie sind somit nicht zu versteuern und folglich nicht in den Steuerdaten enthalten.

Das System der Unterhaltszahlungen ist ein wichtiges Instrument im Kampf gegen die Armut von Personen, die eine Trennung erlebt haben. Es sollte daher soweit möglich beibehalten werden (insbesondere auch die Alimentenbevorschussung, wenn der unterhaltspflichtige Elternteil die Alimente nicht bezahlt). Es beziehen allerdings nicht alle Haushalte mit Kindern solche Unterhaltszahlungen, und es wäre interessant zu wissen warum (Insolvenz oder Ausreise des Ex-Partners bzw. der Ex-Partnerin usw.). Eine genauere Untersuchung hat ergeben, dass vor allem relativ junge und ledige Frauen mit Kleinkindern keine direkten Alimente erhalten.

Geringes Sparvolumen als langfristiges Risiko?

Eine weitere wichtige Feststellung ist das geringe Sparvolumen der untersuchten Grup-

Anteil (in %) der Personen mit sehr geringen finanziellen Mitteln mit (dunkel) oder ohne (hell) finanziellen Transferleistungen zwischen ehemaligen Partnerinnen und Partnern und Kindern (50%-Schwelle)



Quelle: Berner Steuerregister

pen. Verglichen mit verheirateten Personen verfügen sie nur über wenig Wertschriften und Liquiditäten. 11 Prozent der alleinlebenden Steuerpflichtigen, die kein Eigentum besitzen, weisen zudem eine Nettoverschuldung aus (das verfügbare Vermögen deckt die Privat- oder Geschäftsschulden nicht). Besonders betroffen sind Steuerpflichtige mit Kindern (12 Prozent der alleinerziehenden Männer und 19 Prozent der alleinerziehenden Frauen). Auch hier ist das Alter signifikant. Die Nettoverschuldung ist bei Müttern unter 40 oder über 55 Jahren am höchsten.

Alleinerziehende Frauen verfügen nur über wenig Vermögen. Die fehlende Möglichkeit, während des Erwerbslebens Ersparnisse zu bilden, ist insofern bedenklich, als sich das Risiko erhöht, im späteren Leben, beispielsweise nach der Pensionierung, nur über geringe finanzielle Mittel zu verfügen. Besonders häufig ist diese Situation bei Müttern, die wegen der Kinderbetreuung mehrere Jahre lang nicht in die 2. Säule einzahlen konnten.

Beitrag der Sozialversicherungen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation von Alleinerziehenden

Die Sozialversicherungen sehen sich durch diese Feststellungen vor allem gegenüber Steuerpflichtigen mit Kindern vor neue Herausforderungen gestellt. Scheidungen und Trennungen führen zu tief greifenden Veränderungen der wirtschaftlichen Situation und belasten die finanziellen Verhältnisse der Mütter und ihrer Kinder. Aus der Analyse der Steuerdaten geht hervor, wie wichtig das Erwerbseinkommen für das Gesamteinkommen ist. Daraus lässt sich ableiten, dass Kinder dieses Erwerbseinkommen schmälern. Um die finanzielle Situation alleinerziehender Frauen zu verbessern, bedarf es einer guten Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wozu insbesondere die familienergänzende Kinderbetreuung und die Förderung familienfreundlicher Massnahmen in Unternehmen gehören. Obwohl die Schweiz im internationalen Vergleich einen hohen Anteil Teilzeitstellen bietet, könnte die För-

G1

derung von unternehmenseigenen Massnahmen (wie Telearbeit, Jahresarbeitszeit, Ausbau von Firmenkrippen) die wirtschaftliche Situation von Alleinerziehenden verbessern und die berufliche Vorsorge der Mütter stärken. Ebenfalls wichtig ist die Förderung informeller, intergenerationeller Hilfe (z.B. durch Grosseltern), die eine aktive Generationenpolitik voraussetzt.

Der Wunsch, eine Erwerbstätigkeit auszuüben ist ebenso legitim wie der Wunsch, möglichst viel Zeit für die Kindererziehung zu investieren. Unterhaltszahlungen sind für alleinlebende Frauen die einzige Möglichkeit, ihre finanziellen Bedürfnisse zu decken (Männer befinden sich nur selten in dieser Situation), ohne erwerbstätig zu sein, damit sie sich um ihre Kinder kümmern können, ohne die Betreuung zu delegieren. Sie garantieren ihnen das Existenzminimum, bieten aber nicht die Möglichkeit, Ersparnisse zu bilden. Wenn die Kinder erwachsen sind, ist die Mutter deshalb gezwungen, auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren und sieht sich mit den Schwierigkeiten konfrontiert, eine Stelle zu finden, die ihren Kompetenzen entspricht. Die Förderung der Weiterbildung in der Zeit der Kinderbetreuung könnte diesen Qualifikationsverlust verringern.

Die Studie hat bestätigt, dass Alleinerziehende und auch Alleinlebende finanziell benachteiligt sind. Gestützt auf die Analyse der Einkommensquellen der betroffenen Haushalte konnten mehrere Stossrichtungen für eine Sozialpolitik aufgezeigt werden, die der finanziellen Situation der Alleinerziehenden und Alleinlebenden besser Rechnung trägt. Es bleibt sowohl von seiten der Haushalte als auch der Unternehmen und des Staates noch viel zu tun, um die Armut von Alleinerziehenden zu verringern.

Philippe Wanner, Professor am Institut d'études démographiques et du parcours de vie, Universität Genf.
E-Mail: philippe.wanner@unige.ch

Elektronischer Datenaustausch in Europa: Implementierung von EESSI in der Schweiz

Die EU-Länder wenden seit dem 1. Mai 2010 die neuen Gemeinschaftsverordnungen zur Koordinierung der Systeme der nationalen Sicherheit an.¹ Die Schweiz hat sich verpflichtet, diese Instrumente im Rahmen des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU² ab dem 1. April 2012 zu übernehmen. Die Schweiz wird die neuen Normen im Rahmen des EFTA-Abkommens erst später anwenden.



Xavier Rossmann
Bundesamt für Sozialversicherungen



Robert Engel
think beyond GmbH

Gemäss den neuen Verordnungen müssen die derzeit in Papierform verwendeten E-Formulare³ künftig durch einen elektronischen Datenaustausch zwischen den Sozialversicherungseinrichtungen (EESSI⁴) ersetzt werden. Diese neue Kommunikationsart ist eine grosse Chance für die Modernisierung des Datenaustausches, setzt aber eine gewisse Neuorganisation der Informationsverarbeitung voraus.

EESSI in der EU

Ursprünglich war vorgesehen, dass alle betroffenen Länder ab 1. Mai 2012, d.h. 24 Monate nach dem Inkrafttreten der neuen Verordnungen

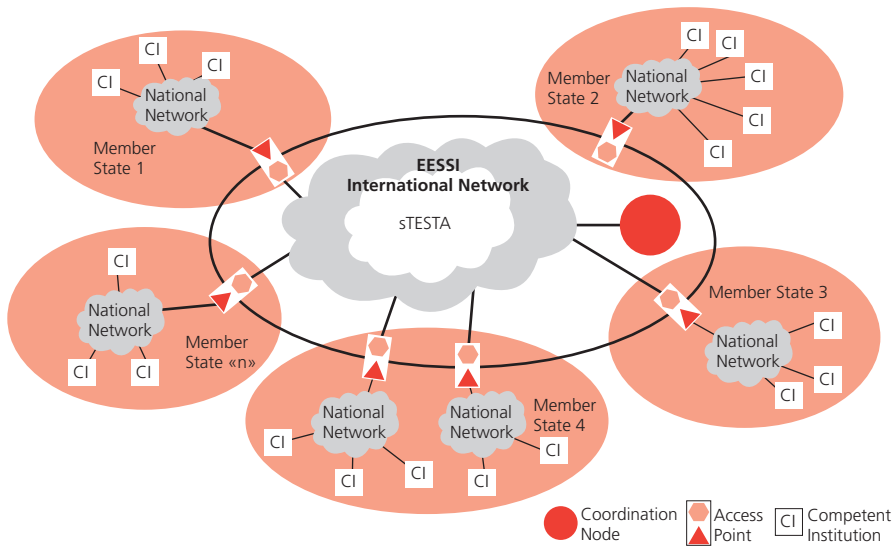
zum elektronischen Datenaustausch übergehen.⁵ Der Zeitplan war knapp bemessen. Sämtliche Arbeiten zu EESSI haben sich um mehr als zwei Jahre verspätet, worauf die Übergangszeit entsprechend verlängert wurde.⁶ Die Entwicklung der einzelnen Bestandteile (Referenzimplementierung⁷) für die Nachrichtenübermittlung war komplizierter als erwartet, das System erwies sich bei den Tests als nicht stabil genug und die Definition der Nachrichten wird unter Juristen und Technikern noch immer diskutiert. Das Hauptverzeichnis (Master Directory), in dem die europäischen Institutionen der sozialen Sicherheit aufgeführt sind, wurde der Öffentlichkeit aber trotzdem zur Verfügung gestellt.⁸

Im Rahmen von EESSI werden die Informationen über das sichere europäische Verwaltungsnetzwerk sTESTA übermittelt.⁹ Der Austausch erfolgt über vorkonfigurierte Datenflüsse (*Business flows*), in welchen strukturierte elektronische Dokumente (SED; *Structured Electronic Document*) übermittelt werden, wobei einige SEDs zwingend, andere freiwillig sind. Eine Institution, die eine andere kontaktieren möchte, öffnet einen Flow und wird zu dessen Inhaber. Wenn alle zwingenden SEDs ausgetauscht wurden, ist die Institution grundsätzlich im Besitz aller nötigen Informationen für die Bearbeitung des Dossiers und kann den Flow schliessen. Die Komplexität der ein-

- 1 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004 und ABl. L 200 vom 7.6.2004, S. 1ff; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:200:0001:0049:DE:PDF>), geändert durch die Verordnung (EG) Nr. 988/2009 (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 43ff; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:0043:0072:DE:PDF>); Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883 (ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1ff; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:0001:0042:DE:PDF>)
- 2 Die Verordnungen sind in ihrer auf die Schweiz anwendbaren Version auf der Website des BSV unter der Rubrik Themen/Internationales aufgeführt: www.bsv.admin.ch/themen/internationales/aktuell/02778/index.html?lang=de
- 3 www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:119/lang:deu
- 4 EESSI: Electronic Exchange of Social Security Information (CHSS 2/2010, S. 81ff.)
- 5 Art. 95 der Verordnung 987/2009
- 6 Verlängerung der Übergangszeit bis am 30. April 2014; Beschluss E3 der Verwaltungskommission vom 19. Oktober 2011, (ABl. C 12 vom 14.1.2012, S. 6f; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:012:0006:0007:DE:PDF>). Die Inbetriebnahme ist auf den 1. Mai 2014 geplant.
- 7 CHSS 2/2010, S. 81ff., *ibidem*
- 8 http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langl=de
- 9 CHSS 2/2010, *ibidem*

EESSI-Übersicht

G1



zelen Flows hängt von der Anzahl der SEDs, d.h. der Art der zu übermittelnden Information gemäss Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 ab.

Jedem Sozialversicherungsträger werden nur die von ihm benötigten Flows zugeteilt. Damit wird verhindert, dass er Nachrichten erhält, für die er nicht zuständig ist. Eine Krankenkasse zum Beispiel kann keine Nachricht zu Familienleistungen versenden oder erhalten.

Bisher wurden 111 Flows und 273 SEDs erstellt. Sie sind in die folgenden acht Bereiche gegliedert: anwendbare Rechtsvorschriften (Reihe A; 6 Flows und 10 SEDs), Renten (Reihe P; 12 Flows und 47 SEDs), Familienleistungen (Reihe F; 7 Flows und 18

SEDs), Krankheit (Reihe S; 26 Flows und 81 SEDs), Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Reihe DA; 33 Flows und 53 SEDs), Arbeitslosigkeit (Reihe U; 9 Flows und 29 SEDs), horizontale Fragen (Reihe H; 9 Flows und 12 SEDs) und Betreuung (Reihe R; 9 Flows und 23 SEDs). Ad-hoc-Arbeitsgruppen aus nationalen Fachpersonen aus den einzelnen Bereichen kommen regelmässig zusammen, um die Flows zu modellieren und den Inhalt der SEDs festzulegen. Es besteht also die Möglichkeit, dass sie sich noch ändern (die Zahl der Flows und SEDs nimmt tendenziell zu). Sie werden von der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit¹⁰ voraussichtlich im Laufe des Jahres 2012 formell angenommen.

Bis der elektronische Datenaustausch effektiv ist, können die SEDs in Papierform ausgetauscht werden.¹¹ Die SEDs dienen der Kommunikation zwischen den Sozialversicherungsträgern und sind nicht für die Versicherten gedacht. Diese können sich aber durch die Sozialversicherungsträger spezielle Papierdokumente (Portable Documents)¹² ausstellen lassen, um ihre Ansprüche geltend zu machen.

In der Übergangszeit tauschen die Staaten die Informationen mit gedruckten E-Formularen, gedruckten SEDs oder mit Portable Documents aus, wobei die verschiedenen Dokumentarten von den Empfängern akzeptiert werden müssen.¹³

Die Verspätungen bei der konkreten Definition der Flows und SEDs haben auch die Entwicklung der Referenzimplementierung, insbesondere das *WebIC*¹⁴ verzögert. In diesem einfachen Software-Programm müssen die Informationen manuell eingegeben werden. Es wurde ursprünglich für Institutionen mit sehr geringem Datenaustausch entworfen, hat sich aber insbesondere in Bezug auf das Nachrichtenübermittlungsprotokoll (Versandbefehl der SEDs in einem bestimmten Flow) nach und nach als massgebendes Programm durchgesetzt. Der Terminplan für die Entwicklung der Software-Programme hängt somit von den Arbeiten der Ad-hoc-Gruppen und von den Resultaten der von den sieben freiwilligen Ländern regelmässig durchgeführten Tests ab.¹⁵

Staaten und Institutionen, die eine eigene, sogenannte «nationale Anwendung» entwickeln möchten, müssen dabei das im *WebIC* festgelegte Nachrichtenübermittlungsprotokoll berücksichtigen. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten: Entweder sie bauen die SEDs und das Protokoll vollständig neu auf (Lösung *ICD2*) oder sie greifen auf ein Software-Programm zurück, in dem das genannte Protokoll enthalten ist (Lösung *ICD3* oder *open WebIC*) oder aber sie verwenden ein Software-Programm, mit dem die in einer bestehenden Datenbank enthaltene Information automatisch im *WebIC* erfasst werden kann (Lösung *ICD5*). Es steht den Staaten frei, die für ihre Sozialversicherungsträger am besten geeignete Lösung zu wählen.

Ursprünglich war vorgesehen, dass alle Software-Programme der Referenzimplementierung von der Europäischen Union im Juni 2012 kostenlos zur Verfügung gestellt werden.

10 Art. 71ff. der Verordnung 883/2004

11 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=868>

12 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=868>

13 Beschluss E1 der Verwaltungskommission vom 12. Juni 2009 (ABl. C 106 vom 24.4.2010, S. 9f; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:106:0009:0010:DE:PDF>)

14 WebIC (Web Interface for Clerk) ist eine Webapplikation für Anwender. CHSS 2/2010, ibidem

15 Bulgarien, Deutschland, Finnland, Italien, Niederlande, Norwegen und Österreich

Aufgrund erneuter Verspätungen wird die Lieferung jedoch frühestens im Herbst 2012 erfolgen. Dann können die Länder, die nur das *WebIC* verwenden möchten, ihre Informationen elektronisch untereinander austauschen. Die anderen stehen etwas unter Zeitdruck, denn sie müssen die nationalen Anwendungen entwickeln, testen und in Betrieb setzen.

EESSI in der Schweiz: SNAP for EESSI

Wie die anderen Staaten bereitet sich auch die Schweiz bereits aktiv auf die Umstellung zum elektronischen Datenaustausch vor.

In einer Machbarkeitsstudie¹⁶ wurden verschiedene Ansätze untersucht. Sie bildete den Start des Programms *Swiss National Action Plan for Electronic Exchange of Social Security Information (SNAP for EESSI)*.

Ein erster Schritt war die BPMN¹⁷-Modellierung der Flows für die einzelnen EESSI-Bereiche. Damit konnten die betroffenen schweizerischen Verbindungsstellen den von den europäischen Institutionen festgelegten Prozess des elektronischen Datenaustauschs bildhaft sehen und so besser verstehen, den Austausch unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Pflichten der schweizerischen Sozialversicherungen umsetzen und erste Vorschläge zur Optimierung der Organisation oder sogar zur Entwicklung von spezifischen Informatiksystemen formulieren.

Die Analyse der modellierten Prozesse, die Vielzahl der heute verwendeten Informatiksysteme und das EESSI-Gerüst machen klar, dass jeder Bereich ganz besondere Bedürfnisse hat und deshalb auch verschiedene Projekte nötig sind. Es ist nicht möglich, eine einzige Anwendung für alle schweizerischen Sozialversicherungsträger zu entwickeln. Die Kombination verschiedener Vorgehen scheint die einzig denkbare Lösung, damit das elektronische System von den Endnutzerinnen und Endnutzern

akzeptiert wird. Für Institutionen mit geringem Datenaustausch reicht das *WebIC*. Den anderen wird empfohlen, auf der Basis der Lösungen *WebIC*, *ICD3* und/oder *ICD5* eine geeignetere Anwendung vorzusehen. In den Bereichen, in denen noch über kein Vorgehen entschieden wurde, haben die einzelnen Sozialversicherungsträger Fragebogen erhalten, die helfen sollen, die Realität der Praxis besser zu verstehen und sie auch bei der Suche nach IT-Lösungen zu unterstützen. In den kommenden Monaten werden für die betroffenen Bereiche zusammen mit den Institutionen mehrere Workshops organisiert.

Das Programm *SNAP for EESSI* hat namentlich zum Ziel, verschiedene Projekte zu verwalten und über die verschiedenen Umsetzungsphasen hinweg zu koordinieren. Ein weiteres Ziel ist der Aufbau eines nationalen Access Points, bei dem die Elemente, die den Mitgliedstaaten bereits zur Verfügung stehen, berücksichtigt werden. Schliesslich werden mit dem Programm auch bi- oder multilaterale Lösungen mit anderen Staaten gesucht, da der papierlose Datenaustausch nicht alle Kommunikationsprobleme lösen wird. So ist es aufgrund der grossen Anzahl der von den Koordinationsvorschriften betroffenen Institutionen in der Schweiz für eine Institution im Ausland beispielsweise extrem schwierig zu erkennen, welche Kasse in unserem Land zuständig ist. Es müssen deshalb gemeinsam mit den zuständigen Behörden der anderen Staaten Sonderlösungen gefunden werden.

Aufbau eines nationalen Access Points

Die Schweiz wird über einen einzigen Access Point an EESSI angebunden.¹⁸ Diese Basisinfrastruktur wird vom Programm *SNAP for EESSI* aufgebaut und die Verantwortung für ihren Betrieb liegt beim BSV. Es wurde bereits eine Testumgebung eingerichtet, damit die provisorischen Versionen der Gemeinschaftsprogramme getestet und einige Nachrichten mit

unseren europäischen Partnern ausgetauscht werden konnten. Die bei der Verwendung von EESSI in dieser Umgebung gewonnenen Erkenntnisse und die Erfahrungen der sieben Testländer werden für ein besseres Verständnis der verschiedenen Schnittstellen sorgen.

Die Finanzierung für den Aufbau des Access Points steht bereits, diejenige für den Betrieb muss hingegen noch bestimmt werden.

Unterstellung unter das schweizerische System für soziale Sicherheit

Für den Bereich «Anwendbare Rechtsvorschriften» sind die AHV-Ausgleichskassen zuständig, in gewissen Fällen das BSV. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Verwaltungen ist von zentraler Bedeutung, ist aber heute aufgrund inkompatibler Informationssysteme schwierig zu koordinieren. Eine Anbindung sämtlicher Sozialversicherungsträger und ihrer Informatiksysteme an EESSI würde unverhältnismässige Kosten verursachen und keine nennenswerte Verbesserung bringen.

Es werden also zwei Projekte gleichzeitig geführt.

Das erste besteht in der Entwicklung einer Anwendung für die spezifischen Bedürfnisse der AHV-Ausgleichskassen.¹⁹ Die Bearbeitung der Anträge auf Entsendung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern oder Selbstständigerwerbenden wird optimiert und in bestimmten Fällen sogar automatisiert. Arbeitgebende und Selbstständigerwerbende, die in mehreren Ländern arbeiten, können zudem einfacher erkennen, ob sie nach den neuen Koordinationsvorschriften in der Schweiz oder in einem anderen Staat sozialversicherungspflichtig sind. Schliesslich wird das System auch für die Bearbeitung von

¹⁶ CHSS 2/2010, S. 81ff.

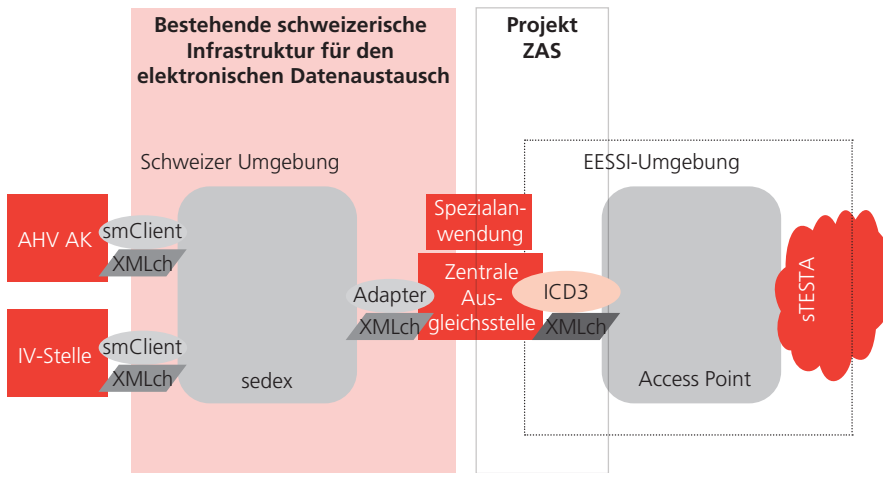
¹⁷ Business Process Model and Notation

¹⁸ Deutschland plant die Einrichtung von 5 Access Points, was der zugelassenen Höchstzahl entspricht.

¹⁹ Projekt ALPS (Applicable Legislation Portal Switzerland)

Geplantes System der Renten-Projekte

G2



Anträgen auf Entsendung in Staaten, mit denen die Schweiz ein bilaterales Abkommen zur Sozialen Sicherheit geschlossen hat²⁰ und die nicht an das sTESTA-Netzwerk angebunden sind, verwendet.

Das zweite Projekt hat die Verbesserung der zurzeit vom BSV verwendeten Software-Programme²¹ zum Ziel, damit die Anträge auf Ausnahmevereinbarungen innerhalb kürzerer Fristen bearbeitet werden können.

Letztlich werden die beiden Projekte die Aufgaben der AHV-Ausgleichskassen und des BSV und auch den Verwaltungsaufwand der Unternehmen, deren Personal regelmässig in verschiedenen Ländern arbeitet, erheblich reduzieren. Ausserdem werden sie die Kontrollen bei Verdacht auf Missbrauch oder Betrug erleichtern.

Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

Aus den Expertengesprächen geht hervor, dass für den Bereich Renten zwei Projekte nötig sind.

Das erste wird vom Programm *SNAP for EESSI* geleitet und besteht

²⁰ www.bsv.admin.ch/themen/internationales/02094/index.html?lang=de

²¹ Projekt Ablösung GABI

²² www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/00/00/02.html

im Datenaustausch über die SEDEX-Plattform²² zwischen den AHV-Ausgleichskassen, den IV-Stellen und der Zentralen Ausgleichsstelle der AHV. Ziel ist es, alle Daten in der Zentralen Ausgleichsstelle der AHV, die als Verbindungsstelle fungiert, zusammenzuführen. Die Arbeiten bestehen hauptsächlich in der neuen Definition der europäischen SEDs, damit diese auf der SEDEX-Plattform verwendet werden können.

Das zweite Projekt wird von der Zentralen Ausgleichsstelle der AHV geleitet. Es bezweckt den Austausch der genannten Daten zwischen der Zentralen Ausgleichsstelle der AHV mit den EU-Mitgliedsstaaten. Dabei geht es zum einen darum, die Kompatibilität der per SEDEX übermittelten Informationen mit den europäischen SEDs zu gewährleisten und zum anderen die Daten aus der EU zu bearbeiten.

Mit diesen Projekten können die AHV-Kassen und die IV-Stellen mit den gleichen Applikationen arbeiten wie bisher und müssen sich nicht zusammen mit den entsprechenden europäischen Stellen an den komplizierten Prozeduren beteiligen. Darüber hinaus sorgen sie für eine sinnvolle Aufteilung der Datenverarbeitungsaufgaben, ohne die die Zentrale Ausgleichsstelle der AHV

übermässig viel Mittel zugeteilt bekäme.

Familienleistungen

Ein mit dem Rentensystem vergleichbarer elektronischer Datenaustausch ist aufgrund der Organisation des schweizerischen Familienleistungssystems nicht möglich, da es keine Verbindungsstelle gibt, die wie die Zentrale Ausgleichsstelle der AHV die Auszahlung der Leistungen im Ausland übernimmt. Jede Familienausgleichskasse ist selbst für den Export der Leistungen zuständig. Eine Zentralisierung oder eine Zusammenlegung der Kassen in der Schweiz ist vorerst nicht möglich. Da in der Schweiz über 230 000 Grenzgängerinnen und Grenzgänger arbeiten und der Datenaustausch im Bereich der Familienleistungen entsprechend hoch ist, müssen aber Lösungen gefunden werden.

Krankheit

In diesem Bereich ist die Situation der Versicherer sehr uneinheitlich. Unterschiede bestehen unter anderem bei der Kassengrösse, der Menge der mit der EU ausgetauschten Daten und den unterschiedlichen Informationssystemen. Eine einheitliche Lösung ist folglich kaum möglich, da alle in der obligatorischen Krankenversicherung tätigen Kassen einzeln an EESSI angebunden werden müssten und für jede von ihnen eine individuell angepasste Lösung nötig wäre.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

In diesem Bereich werden nahezu 90 Prozent der Daten von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) übermittelt. Sie fungiert als Verbindungsstelle. Die restlichen Daten verteilen sich auf verschiedenen Privatversicherungen, was vermuten lässt, dass *WebIC* für sie eine ausreichende Lösung darstellt.

Arbeitslosenversicherung

Nach gründlicher Prüfung hat sich das SECO als zuständige Behörde für

diesen Bereich für das *WebIC* mit einer halbautomatisierten Datenerfassung über die Schnittstelle *ICD5* und für eine Anbindung der bestehenden Informatiksysteme an EESSI entschieden.

Suche nach pragmatischen Lösungen

Um die geschäftsbezogenen oder technischen Probleme in den verschiedenen Bereichen zu lösen, treffen sich die Fachleute regelmässig zu nationalen oder internationalen Besprechungen. Diese Treffen wurden im Laufe der Monate häufiger durchgeführt und sind langfristig geplant. Nächste Schritte sind die Stabilitäts-

tests des gesamten EESSI-Systems, des *WebIC* und der verschiedenen nationalen Applikationen sowie die Schulung der Endnutzerinnen und Endnutzer.

Schlussfolgerung

In der Schweiz läuft die Umsetzung nach Plan. Die für den elektronischen Datenaustausch geeigneten Instrumente werden zu dem von der EU vorgegebenen Zeitplan zur Verfügung stehen.

Der Stand der Arbeiten des Programms *SNAP for EESSI* kann auf der Website des BSV unter der Rub-

rik Themen/Internationales verfolgt werden.²³

Xavier Rossmanith, Bereich Abkommen, Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten und berufliche Vorsorge, BSV.
E-Mail: xavier.rossmanith@bsv.admin.ch

Robert Engel, Partner und Principal Consultant bei think beyond GmbH.
E-Mail: robert.engel@thinkbeyond.ch

²³ www.bsv.admin.ch/themen/internationales/03136/index.html?lang=de

Freizügigkeitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU: Inkrafttreten neuer Verordnungen

Die neuen Verordnungen Nr. 883/2004 und 987/2009 der Europäischen Union zur sozialen Sicherheit gelten für die Schweiz seit dem 1. April 2012. Es handelt sich um eine Aktualisierung der Koordinierungsregeln, die aber keine Änderung der Grundsätze zur Folge hat. Die Auswirkungen auf die verschiedenen Sozialversicherungszweige sind in die entsprechenden Weisungen bzw. Kreisschreiben aufgenommen worden.



Kati Fréhelin
Bundesamt für Sozialversicherungen

2010 sind die neuen Koordinierungsverordnungen im Bereich der sozialen Sicherheit innerhalb der EU in Kraft getreten. Damit die neuen Regelungen auch auf die Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Staaten Anwendung finden können, wurde der Anhang II des Freizügigkeitsabkommens (FZA) revidiert.

Die EU und die Schweiz haben die Inkraftsetzung der neuen Regelungen auf den 1. April 2012 vereinbart. Was die gesetzgeberischen Aspekte angeht, so war die Beschlussfassung durch den Gemischten Ausschuss Schweiz – EU (für die Verwaltung des FZA zuständiges internationales Organ) über die Anpassung von Anhang II des Abkommens für den 31. März 2012 geplant. Der revidierte Anhang II trat am Folgetag in Kraft, das heisst am 1. April.

Die Verordnung Nr. 883/2004 und die dazugehörige Durchführungsverordnung Nr. 987/2009 ersetzen die Verordnungen Nr. 1408/71 und Nr. 574/72. Es handelt sich im Wesentlichen um eine Aktualisierung der Koordinierungsbestimmungen, deren Grundprinzipien aber bestehen bleiben. Nachfolgend werden die wichtigsten Neuerungen kurz erläutert. Für weitere Informationen siehe auch CHSS 2/2010: «Freizügigkeit und Sozialversicherungen: Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU».

Die verschiedenen Durchführungsorgane werden mittels der üblichen Informationskanäle über die für sie relevanten Änderungen informiert (überarbeitete Weisungen, Rund-/ Kreisschreiben, Leitfäden und Merkblätter). Bis zu ihrer Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts sind die für die Schweiz

anwendbaren Verordnungen einschliesslich neuer Anhang II des FZA auf der Website des BSV unter der Rubrik Internationale Angelegenheiten abrufbar.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die neuen Verordnungen nicht in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EFTA-Staaten (Island, Liechtenstein, Norwegen) gelten. Das massgebliche internationale Abkommen zwischen der Schweiz und diesen Staaten wurde noch nicht entsprechend ergänzt.

Wichtigste Neuerungen

Persönlicher Geltungsbereich: Die nichterwerbstätigen Personen sind neu ausdrücklich in den Geltungsbereich eingeschlossen. Diese Ausweitung des Personenkreises bringt eine Vereinfachung für die Durchführungsorgane. In der Praxis führt sie dennoch nicht zu einer wesentlichen Zunahme der Fälle, da die meisten Nichterwerbstätigen bereits durch die heutigen Koordinierungsbestimmungen unter verschiedenen Titeln weitgehend abgedeckt sind (ehemalige Erwerbstätige, Rentenbeziehende, Familienangehörige).

Unterstellung: Die Regeln betreffend Unterstellung und Bestimmung des zuständigen Staates bei Personen, die in mehreren Staaten arbeiten, haben einige Präzisierungen erfahren. Ist beispielsweise eine Person in mehreren Staaten für ihren Arbeitgeber tätig, so ist sie nur dann in ihrem Wohnstaat versichert, wenn sie dort einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit ausübt.

Personen, bei denen die Unterstellung unter die Rechtsvorschriften eines Staates vor dem 1. April 2012 festgelegt wurde, bleiben weiterhin gemäss der alten Verordnung in die-

sem Staat versichert, sofern sich ihre Situation nicht ändert. Dies gilt selbst dann, wenn die neue Verordnung Nr. 883/2004 zu einem anderen Ergebnis führen würde. Die betroffenen Personen können jedoch einen Antrag auf Unterstellung gemäss den neuen Koordinationsregeln stellen.

Krankenversicherung: Die zuweilen komplexe Situation von Personen, die in einem anderen Staat als ihrem Wohnstaat versichert sind, wurde vereinfacht. Dadurch soll der Zugang zu Behandlungen sowohl im Versicherungs- als auch im Wohnsitzstaat gewährleistet werden. Weitere Informationen dazu sind auf den Internetseiten des Bundesamts für Gesundheit (www.bag.admin.ch) und der Verbindungsstelle zum Ausland, der Gemeinsamen Einrichtung KVG (www.kvg.org), zu finden. Ausserdem gelten die Ausnahmen aufgrund des Optionsrechts weiterhin.

Arbeitslosenversicherung: Bei der Koordinierung der Arbeitslosenversicherung für Grenzgänger und Grenzgängerinnen wurde eine Aufteilung der Lasten hinsichtlich Arbeitslosenentschädigung zwischen den Staaten eingeführt. Der letzte Staat, in dem die Person beschäftigt war und Beiträge entrichtet hat, muss

demnach dem Wohnstaat, der die Arbeitslosenleistung ausrichtet, einen Teil der Entschädigung erstatten.

Datenaustausch: Das System für den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Staaten wird modernisiert werden. Die Papierformulare sollen durch ein elektronisches Datenaustauschsystem (EESSI, *Electronic Exchange of Social Security Information*) zwischen den Sozialversicherungsorganen der einzelnen Staaten ersetzt werden. Die dazu erforderliche IT-Infrastruktur wird derzeit erarbeitet. Bis zur Inbetriebnahme des neuen Systems werden weiterhin die geltenden Formulare verwendet. Weitere Informationen über dieses Projekt enthält der Artikel zum neuen elektronischen Datenaustausch EESSI in dieser CHSS (vgl. Seite 120).

Unerwartete Entwicklung im Genehmigungsverfahren

Beim Genehmigungsverfahren hat einer der EU-Staaten, das Vereinigte Königreich, im letzten Moment einen Antrag auf Nichtanwendung der neuen Koordinationsregeln des Anhangs II auf nichterwerbstätige Personen in den Beziehungen mit der Schweiz

gestellt. Dem Antrag wurde jedoch nicht stattgegeben, und die neuen Verordnungen finden in den Beziehungen zwischen der Schweiz und dem Vereinigten Königreich gemäss der heutigen Ausgangslage uneingeschränkte Anwendung. Der Antrag zielte lediglich auf diejenigen nichterwerbstätigen Personen, die nicht bereits durch die Verordnung Nr. 1408/71 abgedeckt waren, was de facto einer äusserst geringen Zahl von Fällen entspricht. Er ist denn auch auf rein innenpolitische Beweggründe zurückzuführen und nicht gegen die Schweiz als solche gerichtet. Das Vereinigte Königreich hat beschlossen, allgemein eine restriktivere Politik gegenüber Staatsangehörigen von Nicht-EU-Staaten zu verfolgen. Das Vereinigte Königreich hat zu diesem Punkt eine EU-interne Beschwerde eingereicht. Sollte der Beschwerde in einem späteren Zeitpunkt stattgegeben werden, müssten die Parteien sich hinsichtlich geeigneter Massnahmen erneut absprechen.

Kati Fréhelin, Juristin, Geschäftsfeld internationale Angelegenheiten und berufliche Vorsorge, BSV.

E-Mail: kati.frechelin@bsv.admin.ch

Invalidenversicherung

11.4152 – Interpellation Schenker Silvia vom 23.12.2011: Übernahme der IV-Schuld durch den Bund

Nationalrätin Silvia Schenker (SP, BS) hat folgende Interpellation eingereicht:

«Ich bitte den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Findet er es angesichts der vorgenommenen Entflechtung der IV- und AHV-Vermögen (separate Fonds) noch angebracht, dass die AHV als Kreditgeberin der IV fungiert? Wäre eine (mindestens teilweise) Übernahme der IV-Schuld durch den Bund systemlogisch nicht angemessen?
2. Teilt er die Auffassung, dass unter dem gegebenen tiefen Zinsniveau mit einer Schuldübernahme durch den Bund und einer Refinanzierung am Kapitalmarkt substanzielle Zinskosten für den Bund eingespart werden können? Wie hoch wären die jährlichen Kosten einer Refinanzierung per Ende 2011 und wie setzen sie sich zusammen? Welcher Betrag könnte im Vergleich mit der heutigen Zinszahlung von 2 Prozent an die AHV eingespart werden?
3. Welche gesetzlichen Grundlagen müssten für eine volle oder für eine teilweise Schuldenübernahme der IV-Schuld durch den Bund geschaffen werden? Kann eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden, welche die Ergänzungsregel zur Schuldenbremse nicht tangiert?
4. Welche gesetzlichen Grundlagen müssten für eine Verwendung der jahresweisen Überschüsse des Bundes zur Schuldenübernahme der IV-Schuld geschaffen werden?

Begründung

Die IV ist zurzeit mit 15 Milliarden Franken bei der AHV verschuldet. 2011 bis 2017 übernimmt der Bund die Schuldzinsen der IV-Schuld bei der AHV. Die Vermögen der AHV

und der IV wurden gleichzeitig mit der Schaffung von zwei separaten Fonds entflechtet.

In der Antwort auf die Interpellation 11.3440 wurde erwähnt, dass der Bund (anstelle der IV) für die nächsten sieben Jahre der AHV 2 Prozent Schuldzinsen bezahlt (aktuell rund 300 Mio. CHF jährlich). Weiter wurde dargelegt, dass, wenn der Bund die IV-Schuld von der AHV übernehmen und zu aktuellen Konditionen am Kapitalmarkt refinanzieren würde, Zinskosten für den Bund eingespart werden könnten. Als Refinanzierungskosten wurden damals 1,8 Prozent veranschlagt. Seither sind diese Refinanzierungskosten markant gesunken. Die Rendite von siebenjährigen Obligationen der Eidgenossenschaft (Kassazinssätze) betrug Ende November 2011 gemäss Schweizerischer Nationalbank noch 0,64 Prozent. Es dürften also mit einer Schuldübernahme durch den Bund im Vergleich zu den festgesetzten 2 Prozent Schuldzinszahlungen substanzielle Zinskosten eingespart werden können.»

Antwort des Bundesrats vom 22.2.2012

Bei der nachfolgenden Beantwortung der Fragen geht der Bundesrat davon aus, dass mit einer Übernahme der IV-Schuld durch den Bund eine Abtretung der Forderung der AHV gegenüber der IV an den Bund gemeint ist, verbunden mit einer entsprechenden Zahlung des Bundes an den AHV-Fonds. Die Schuld der IV würde nach wie vor bestehen und der Bund würde der IV während der Dauer der Zusatzfinanzierung ein zinsloses Darlehen gewähren.

1. Die einmalige Entschuldung der IV aus Bundesmitteln ist im Rahmen der parlamentarischen Beratung des Bundesgesetzes über die Sanierung der Invalidenversicherung (SR 831.27) diskutiert und verworfen worden. Die Entflechtung der AHV- und IV-Vermögen wurde vom Parlament bewusst nicht mit einer Abtretung der Forderung der

AHV gegenüber der IV an den Bund verknüpft.

Der Bundesrat will mit der IV-Revision 6b die Rückzahlung der IV-Schuld an die AHV erreichen. Die Abtretung der Forderung der AHV gegenüber der IV in Höhe von derzeit rund 15 Milliarden an den Bund steht somit für den Bundesrat zum jetzigen Zeitpunkt nicht zur Diskussion.

2. Das Zinsniveau ist per Jahresende 2011 angesichts der aussergewöhnlichen Situation auf den Finanzmärkten auf ein historisch tiefes Niveau gesunken. Hätte der Bund Ende Dezember eine Bundesanleihe mit Laufzeit bis Ende der IV-Zusatzfinanzierung (6 Jahre) gegeben, hätten die Refinanzierungskosten 0,4 Prozent betragen. Die Einsparung gegenüber der geltenden Verzinsung von 2 Prozent betrüge also – hochgerechnet auf den Betrag der IV-Schulden von knapp 15 Milliarden Ende 2011 – jährlich etwa 240 Millionen. Dieser Spareffekt würde bis 2018 auf 160 Millionen sinken, unter der Annahme, dass die Schulden der IV dann noch 10 Milliarden betragen. Diese vereinfachte Rechnung vernachlässigt indes, dass erstens eine Kapitalaufnahme in solchem Umfang durch den Bund nicht ohne Folgen auf die Refinanzierungskosten bleiben würde, und dass zweitens die für eine Schuldübernahme durch den Bund nötige Gesetzesänderung (vgl. Antwort zu Frage 3) selbst bei dringlicher Beratung in den eidg. Räten frühestens 2013 in Kraft treten könnte. Bis dann dürften die Zinsen gemäss den aktuellen Prognosen wieder gestiegen sein.
3. Die Abtretung der Forderung gegenüber der IV an den Bund unter gleichzeitiger Ausfinanzierung der AHV durch den Bund könnte nicht als Bilanztransaktion abgewickelt werden, wären doch die Voraussetzungen für die Anlage verfügbarer Gelder nach Artikel 62 Finanzhaushaltsgesetz (FHG, SR 611.0) nicht erfüllt. Vielmehr würde es sich um

einen Sanierungsbeitrag des Bundes handeln, der als Ausgabe über die Finanzierungsrechnung abgewickelt und nur aufgrund einer gesetzlichen Grundlage geleistet werden dürfte. Letztere theoretisch im Bundesgesetz über die Sanierung der Invalidenversicherung geschaffen werden.

Eine Zahlung in der Grössenordnung von 15 Milliarden kann nicht über den ordentlichen Haushalt abgewickelt werden, da die von der Schuldenbremse geforderte Kompensation über Mehreinnahmen oder Minderausgaben im gleichen Jahr unrealistisch wäre. Es müsste daher vom Parlament ausserordentlicher Zahlungsbedarf geltend gemacht werden, was eine extensive, nicht unproblematische Auslegung der in Artikel 15 FHG vorgesehenen Kriterien nötig machen würde. Nach geltendem Recht würde der ausserordentliche Zahlungsbedarf gemäss Ergänzungsregel zur Schuldenbremse dem Amortisationskonto belastet und müsste grundsätzlich in den folgenden sechs Rechnungsjahren ausgeglichen werden. Die Ergänzungsregel zur Schuldenbremse ist auf Gesetzesstufe (in den Artikeln 17a–17d FHG) geregelt. Sie könnte daher durch eine neue Gesetzesgrundlage im Bundesgesetz über die Sanierung der Invalidenversicherung für den Fall der Übernahme der IV-Schuld gezielt gelockert werden. Dies würde aber die Schuldenquote des Bundes auf einen Schlag um etwa 3 Prozentpunkte anheben.

4. Beim Rechnungsabschluss des Bundes wird unterschieden zwischen konjunkturellem und strukturellem Saldo. Eine Zweckbindung der gesamten Rechnungsüberschüsse des Bundes zugunsten eines Abbaus der IV-Schulden würde in Widerspruch zu Artikel 126 BV stehen, wonach Ausgaben und Einnahmen auf Dauer im Gleichgewicht zu halten sind. In Rezessionen würden konjunkturelle Defizite zu einem Schuldenan-

stieg führen, der im Aufschwung nicht mehr kompensiert werden könnte, da die konjunkturellen Überschüsse zur Tilgung der IV-Schuld abgeführt würden.

Soll die Zweckbindung ausschliesslich auf die strukturellen Überschüsse beschränkt werden, so könnte die Grundlage dafür auf Gesetzesstufe geschaffen werden. Diese Regelung würde die Funktionsweise der Ergänzungsregel zur Schuldenbremse einschränken, weil vorsorgliche Einsparungen zur Reduktion von Fehlbeträgen auf dem Amortisationskonto gemäss Artikel 17c FHG nicht mehr möglich wären. Damit müssten Fehlbeträge über den ordentlichen Haushalt reduziert werden, was den Handlungsspielraum im Bundeshaushalt empfindlich einschränken könnte.

Vorsorge

11.4074 – Postulat Chopard-Acklin Max vom 15.12.2011: Gewichtsverlagerung im Bereich der Lohnabzüge für die Altersvorsorge von der zweiten zur ersten Säule

Nationalrat Max Chopard-Acklin (SP, AG) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, im Bereich der Lohnabzüge für die Altersvorsorge eine Gewichtsverlagerung von der zweiten hin zur ersten Säule zu prüfen und darüber Bericht zu erstatten.

Begründung

Die Gewichtung zwischen erster und zweiter Säule gibt immer wieder zu Diskussionen und berechtigter Kritik Anlass. So laufen in der ersten Säule (AHV) systembedingt wesentlich tiefere Verwaltungskosten auf als in der zweiten Säule (Pensionskasse). Weiter ist das Risiko, dass bei wirtschaftlichen Schwankungen an den Finanzmärkten und im Anlagegeschäft Milliarden von einbezahlten

Rentenfranken zum Nachteil der Versicherten vernichtet werden, bei der zweiten Säule ungleich höher als bei der ersten Säule. Und letztlich erweist sich das heutige System der mit dem Lebensalter steigenden Lohnabzüge in der zweiten Säule nicht selten als wesentlicher Nachteil für ältere Arbeitnehmende auf Stellensuche.

Das Postulat regt aufgrund der dargelegten Faktenlage eine sinnvolle Gewichtsverlagerung im Bereich der Lohnabzüge von der zweiten zur ersten Säule an. Bereits bestehende Pensionskassenguthaben werden durch eine Gewichtsverschiebung im Bereich der Lohnabzüge nicht betroffen. Auch die Lohnnebenkosten können bei richtiger Ausbalancierung der Verschiebung bei den Lohnprozenten konstant gehalten werden.»

Stellungnahme des Bundesrats vom 15.2.2012

Die erste und die zweite Säule ergänzen sich: Die erste Säule wird nach dem Umlageverfahren finanziert. In der Regel werden die erhobenen Beiträge der erwerbstätigen Versicherten direkt an die Leistungsbezüger umverteilt. Dieses System hat den Vorteil, dass es nur in geringem Masse von der Entwicklung der Finanzmärkte abhängig ist. Eine ungünstige demografische und/oder wirtschaftliche Entwicklung kann das System hingegen beeinträchtigen. Die zweite Säule wird nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanziert. Das nötige Guthaben für die Auszahlung der Leistungen wird während der Erwerbstätigkeit der Versicherten gebildet. Bei Finanzkrisen kann das finanzielle Gleichgewicht der zweiten Säule gefährdet sein, hingegen sind die Auswirkungen der demografischen und/oder wirtschaftlichen Entwicklung geringer als bei der ersten Säule. In Kombination mit der ersten Säule sollte die zweite Säule den Versicherten gewährleisten, den früheren Lebensstandard angemessen erhalten zu können.

Nach Ansicht des Bundesrats ist bei der Altersvorsorge und insbeson-

dere bei der ersten und zweiten Säule eine Gesamtbetrachtung erforderlich, bei der das gegenseitige Verhältnis der beiden Säulen überprüft wird. Der Bundesrat ist in diesem Sinne auch bereit, eine Erhöhung der Lohnbeiträge an die erste Säule und eine Senkung der Beiträge an die zweite Säule zu prüfen. Er wird dies im Rahmen des Berichts über die Zukunft der zweiten Säule tun, welcher dem Parlament unterbreitet wird. Der Bericht erläutert die künftigen Herausforderungen der zweiten Säule und zeigt mögliche Lösungsansätze auf. Gegenwärtig ist der Entwurf des Berichts bei den interessierten Kreisen in der Anhörung. Er wird nach der Anhörung im Sinne des Postulates ergänzt.

Antrag des Bundesrats vom 15.2.2012

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

11.4115 – Motion Parmelin Guy vom 22.12.2011: Die AHV den Gegebenheiten der heutigen Gesellschaft anpassen

Nationalrat Guy Parmelin (SVP, VD) hat folgende Motion eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt, die nötigen gesetzlichen Bestimmungen zu erlassen, zum Beispiel Artikel 22 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) so zu ändern, dass Kindern von AHV-Bezüglern und -Bezüglern keine Kinderrente mehr ausbezahlt wird.

Begründung

Heute erhalten die Kinder von AHV-Bezüglern und -Bezüglern (oder genauer gesagt die Eltern selbst) eine der Waisenrente entsprechende Rente. In einer Zeit, in der es gang und gäbe ist, mit dem Eintritt ins Rentenalter noch einmal ein neues Leben anzufangen, ist dies besonders stossend, umso mehr als zusätzlich zur AHV-Rente eine Rente der zweiten Säule kommt. Im Grunde genommen

beteiligt sich so die gesamte Gesellschaft an der Finanzierung einer Aufgabe, die die Leistungsbezüglern und -bezüglern ohne Weiteres selbst finanzieren könnten. Im Rahmen der 12. AHV-Revision, die der Bundesrat im Moment vorbereitet, sollten solche unzeitgemässen Bestimmungen korrigiert werden – zumal die AHV in absehbarer Zeit mehr und mehr rote Zahlen schreiben wird.»

Stellungnahme des Bundesrats vom 22.2.2012

Rentnerinnen und Rentner der AHV (und der IV) mit Kindern bis 18 Jahre (bzw. bis 25 Jahre, falls diese in Ausbildung sind) haben einen Anspruch auf eine zusätzliche Kinderrente. Diese beträgt heute 40 Prozent der entsprechenden Rente. Haben beide Elternteile einen solchen Anspruch und übersteigt die Summe 60 Prozent der maximalen Rente, werden beide Kinderrenten gekürzt.

Der Bundesrat schlägt mit der IV-Revision 6b eine Anpassung der Kinderrenten vor, um den tatsächlichen, durch Kinder verursachten Kosten Rechnung zu tragen. So sollen Kinderrenten von heute 40 Prozent auf 30 Prozent gekürzt werden. Wenn beide Elternteile einen Anspruch haben, soll die Summe neu maximal 45 Prozent betragen. In der Winter-session 2011 hat der Ständerat diesem Vorschlag des Bundesrats zugestimmt. Diese Kürzung, die auch für die Kinderrenten zur AHV gilt, wird bei der AHV zu Einsparungen von rund 25 Millionen Franken pro Jahr führen.

Aufgrund demografischer Veränderungen wird die AHV mittelfristig Finanzierungslücken aufweisen. Gemäss den aktuellen Finanzszenarien wird das Vermögen der AHV ab dem Jahr 2020 zu schmelzen beginnen. Um die Finanzierung der AHV zu sichern, bereitet der Bundesrat derzeit die Grundlagen für die nächste AHV-Reform vor. Die Resultate der entsprechenden Forschungsprojekte sollten Mitte 2012 vorliegen. Bis Ende Jahr will der Bundesrat gestützt

darauf die Eckwerte festlegen. Vorgesehen ist, dem Parlament die entsprechenden Vorschläge in dieser Legislaturperiode zu unterbreiten. Vor diesem Hintergrund scheint es dem Bundesrat verfrüht, sich bereits jetzt auf konkrete Einzelmassnahmen festzulegen, wie das der Motionär verlangt. Zur gegebenen Zeit werden wohl auch leistungsseitige Massnahmen zu prüfen sein, doch müssen diese Bestandteil eines sorgfältig erarbeiteten Gesamtkonzeptes bilden.

Antrag des Bundesrats vom 22.2.2012

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

11.4167 – Motion Sommaruga Carlo vom 23.12.2011: Kampf gegen die Spekulation mit Kulturland und mit Grundnahrungsmitteln

Nationalrat Carlo Sommaruga (SP, GE) hat folgende Motion eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt, Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe e der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) zu ändern und den Pensionskassen zu verbieten, ihre Gelder in Aktien oder Unternehmensbeteiligungen, Anlagefonds, Investmentfonds oder Hedge-Fonds anzulegen, die – direkt oder indirekt, insbesondere durch die Finanzierung – sich im «Landgrabbing» oder im internationalen Handel mit Grundnahrungsmitteln betätigen.

Begründung

Seit der Finanzkrise von 2008 haben die Investmentfonds und Hedge-Fonds eine neue Profitquelle gefunden: Sie kaufen oder pachten landwirtschaftlich genutzten Boden in armen Ländern. Damit erwerben sie sichere Anlagen mit der Aussicht auf eine bedeutende Rendite. Nach Mitteilung des ehemaligen Uno-Berichterstatters für das Recht auf Nahrung in Schwarzafrika waren 2010 41 Milli-

onen Hektaren Ackerland von Hedgefonds und Staatsfonds aufgekauft.

Gemäss Barclays PLC sind Pensionskassen die grössten institutionellen Investoren im Grundnahrungsmittelsektor (100 von 320 Milliarden Dollar) und insbesondere auch im Bereich von Kulturland. Der Aufkauf des landwirtschaftlich genutzten Bodens in den Ländern des Südens hat dramatische Folgen. Die einheimischen Bauern und Bäuerinnen haben keinen Zugang mehr zu ihrem Ackerland, man zwingt dem Süden industrielle Anbaumethoden auf und exportiert die Erzeugnisse in den Norden. Damit trägt der Norden ganz offensichtlich bei zu einer wachsenden Nahrungsmittelknappheit in der Welt. Der Bundesrat hat seine Besorgnis über diese Tatsache schon zum Ausdruck gebracht (vgl. die Antwort des Bundesrates auf die Interpellation Graf Maya 11.3385).

Zudem tragen die internationalen Nahrungsmittelkonzerne Mitschuld an der Preisexplosion, die zu Hungeraufständen geführt hat.

Heute können Pensionskassen ohne Einschränkungen ihre Gelder in alternative Anlagen wie Hedgefonds, Rohstoffe, Private Equity und Insurance Linked Securities investieren. Der Bundesrat muss seine Regulierungsverantwortung in diesem Bereich wahrnehmen und die BVV 2, die die zulässigen Anlagen festlegt, ändern. In diesem Sinn soll der Bundesrat mit einer Änderung von Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe e BVV 2 den Pensionskassen verbieten, Investitionen im Bereich des Handels mit Grundnahrungsmitteln und im Bereich Kulturland zu tätigen.»

Stellungnahme des Bundesrats vom 22.2.2012

Der Bundesrat konnte sich erst kürzlich zu möglichen Investitionen von Vorsorgeeinrichtungen in Nahrungsmittel äussern. In seiner Antwort vom 31. August 2011 auf die Interpellation Bourgeois Jacques 11.3489 erklärte er, dass Nahrungsmittel als Anlageprodukt bei den

Schweizer Vorsorgeeinrichtungen eine marginale Rolle spielten. Würden Nahrungsmittel als Anlagemöglichkeit verboten, müssten dementsprechend alle Rohstoffe verboten werden, denn diese Art der alternativen Anlagen darf nur diversifiziert vorgenommen werden (Art. 53 Abs. 2 BVV 2), sodass, wenn Lebensmittel ausgeschlossen würden, das entsprechende Angebot sehr viel begrenzter wäre.

Vorsorgeeinrichtungen sind zudem einem enormen Druck ausgesetzt, auf ihrem Vermögen angemessene Renditen zu erzielen. Obwohl Vorsorgeeinrichtungen heute in geringem Ausmass in den Rohstoffsektor investieren, würde es mittel- und langfristige einer breiten und optimalen Diversifizierung von Anlagen zuwiderlaufen, wenn die Möglichkeit von Rohstoff-Investitionen nicht mehr gegeben wäre. Der Bundesrat erachtet deshalb die erforderliche Änderung von Artikel 53 Absatz 1 Buchstabe e BVV 2 als nicht zweckmässig.

Ausserdem wird der Bundesrat dem Parlament einen Bericht zur Zukunft der zweiten Säule unterbreiten, der auf die künftigen Herausforderungen der beruflichen Vorsorge eingeht und Lösungsansätze vorstellt. Derzeit befindet sich ein Entwurf des Berichtes zur Anhörung bei den interessierten Kreisen. Danach wird der Bericht fertiggestellt und vom Bundesrat mit der dazugehörigen Reformagenda verabschiedet. Alternative Anlagen und die entsprechenden Bestimmungen der BVV 2 werden ebenfalls thematisiert. Es geht insbesondere darum, ein mögliches Verbot solcher Anlagen zu prüfen, entsprechende Handlungsoptionen darzustellen und konkrete Vorgehensvorschläge zu machen. Erst nach einer allgemeinen Standortbestimmung zur zweiten Säule lassen sich daraus Schlussfolgerungen ableiten.

Antrag des Bundesrats vom 22.2.2012

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Arbeitslosenversicherung

11.4153 – Motion Hiltbold Hugues vom 23.12.2011:

Den jungen Leuten den Zugang zu Berufspraktika erleichtern

Nationalrat Hugues Hiltbold (FDP, GE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Arbeitslosenversicherungsverordnung so zu ändern, dass Versicherten, die eine Wartezeit zu bestehen haben, ermöglicht wird, Berufspraktika oder Bewerbungskurse auf dem Arbeitsmarkt zu absolvieren, und zwar unabhängig von der Höhe der Arbeitslosenquote.

Begründung

Eine private Stiftung (Intégration pour tous, IPT) hat das Programm Jeunes@Work lanciert. Damit soll jungen Menschen geholfen werden, ihre erste Anstellung im Berufsleben zu finden. Das Programm sieht eine sechsmonatige Ausbildung für Personen mit einem Ausbildungsabschluss vor, die auf der Suche nach ihrer ersten Anstellung sind. Diese Massnahme ist besonders sinnvoll, weil diese jungen Menschen von der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Arbeitslosenversicherungsgesetz betroffen sind.

Artikel 6 Absatz 1ter der Arbeitslosenversicherungsverordnung erlaubt diesen jungen Arbeitslosen während ihrer Wartezeit lediglich den Besuch eines Berufspraktikums oder eines Bewerbungskurses von drei Wochen. Kommt hinzu, dass dieses Recht nur dann besteht, wenn die durchschnittliche Arbeitslosenquote in den vergangenen sechs Monaten in der Schweiz 3,3 Prozent überstiegen hat.

Die vorliegende Motion möchte den Zugang zu solchen Massnahmen Stellensuchenden öffnen, die noch keine Entschädigung erhalten, namentlich jungen Menschen auf der Suche nach ihrer ersten Anstellung. Die Kosten der mit dieser Motion bewirkten Rechtsänderung beschränkten sich auf die Finanzierung der Institution, die das Praktikum

anbietet; die Praktikantinnen und Praktikanten selber würden nicht entschädigt. Die Teilnahme an einer solchen Massnahme sollte ausserdem nicht auf drei Wochen beschränkt sein; vielmehr sollte sie, wenn sie der beruflichen Eingliederung dienlich ist, auf die ganze Wartezeit ausgedehnt werden können. So entsprechen im Programm Jeunes@Work die drei Wochen dem Einstiegsmodul; diesem folgt das Begleitungsmodul, das drei Monate dauert. Die Erfahrungen zeigen, dass gerade dieses Letztere mit der Vermittlung von Fertigkeiten der Bewerbung auf dem Arbeitsmarkt entscheidend ist. Im Jahre 2010 haben 65 Prozent der jungen Leute, die das Programm Jeunes@Work bis zum Schluss absolviert haben, eine Anstellung gefunden.

Schliesslich ist es nutzlos zu warten, bis die Arbeitslosenquote in der Schweiz im Durchschnitt der letzten sechs Monate 3,3 Prozent erreicht hat, bis solche Massnahmen zugelassen werden. Sie sollten vielmehr unabhängig von der Arbeitslosenquote jederzeit möglich sein.»

Stellungnahme des Bundesrats vom 22.2.2012

Das am 1. April 2011 in Kraft getretene revidierte Arbeitslosenversicherungsgesetz (AVIG) sieht vor, dass alle Personen, die sich im Anschluss an ihre schulische bzw. universitäre Ausbildung bei der Arbeitslosenversicherung (ALV) anmelden und die Beitragszeit nicht erfüllt haben, nach Art. 18 Abs. 2 AVIG eine besondere Wartezeit von 120 Tagen bestehen müssen. Während dieser Wartezeit erhalten sie kein Taggeld und können grundsätzlich an keiner arbeitsmarktlichen Massnahme teilnehmen.

Übersteigt die durchschnittliche Arbeitslosenquote der vergangenen sechs Monate in der Schweiz jedoch 3,3 Prozent, können Beitragsbefreite während dieser Wartezeit gemäss Art. 64a Abs. 1 Bst. b AVIG an einem Berufspraktikum der ALV teilnehmen.

Zudem können alle Versicherten mit einer Wartezeit ab 10 Tagen (Art. 18 Abs. 1 Bst. a–c AVIG) seit dem 1. April 2011 während der Wartezeit an einem Bewerbungskurs teilnehmen oder eine Standortbestimmung vornehmen.

Das in der Motion erwähnte Programm Jeunes@Work der Stiftung Integration für alle (IPT) ist eine kantonale arbeitsmarktliche Massnahme nach Art. 59ff AVIG. Mit diesem Programm werden junge Erwachsene nach ihrer Ausbildung unterstützt und mithilfe privater Unternehmen in den Arbeitsmarkt integriert.

Eine Ausdehnung des Programms auf weitere Regionen der Schweiz ist zurzeit im Gang. Eine Anpassung des Gesetzes ist dafür nicht notwendig.

Das Parlament hat in der Revision des AVIG festgehalten, dass beitragsbefreite Jugendliche und junge Erwachsene während der sechsmonatigen Wartezeit nur in Zeiten überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit an arbeitsmarktlichen Massnahmen der ALV teilnehmen können. Nach Auffassung des Bundesrats ist an diesem Willen festzuhalten.

Antrag des Bundesrats vom 22.2.2012

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats, Stand 31. März 2012

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
KVG – Vorlage 2B Managed Care	15.9.04	BBl 2004, 5599	SGK-SR 18./19.10.04 30.5., 21./23.8., 12./13.9., 16./17.10., 13.11.06, 19.8., 7.9., 25.10., 22.11.10 2. Teil Medika- mente: 9.1., 15.2., 26.3., 3.5., 13.9.07 8.1., 15.4., 27.8.08 (2. Teil Medikamente, Diff.) 14.9.11 (Einigungskonf.)	SR 5.12.06 (1. Teil ohne Medikamente), 13.6.07, 4.3., 17.9.08 (2. Teil Medikamente) 4.3.08 (2. Teil Diff.) 24.9.08 (Einigungskonf.) 15.12.10 (Differenzen) 30.5., 14.9.11	SGK-NR 25.10.07, 10.3., 24.4., 18.9.08 (2. Teil Medikamente) 13.2.09, 29.1., 25.2., 26.3.10 Subkomm. SGK- NR 21.4.10, SGK- NR 29.4.10 17.2., 23.6., 14.9.11 (Einigungskonfe- renz)	NR 4.12.07 (2. Teil Medikamente) 4.6., 18.9.08 (2. Teil Diff.) 24.9.08 16.6.10 (Teil 1) 3.3., 12.9., 22.9.11	1.10.08 (Teil 2) Annahme SR Ablehnung NR 30.9.11 Annahme SR Annahme NR	17.6.12 (Volksabstimmung)
UVG Revision	30.5.08	BBl 2008, 5395	SGK-NR 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11.08, 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09, 28.1., 24.6.10	NR 11.6.09 (Rückweisung an SGK-NR) 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-SR 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat, Zustimmung zur Sistierung der Vorlage 2)		
6. IV-Revision 2. Massnahmenpaket Rev. 6b	11.5.11	BBl 2011, 5691	SGK-SR 19.8., 15.11.11		SGK-NR 15.10.11, 2.2., 29.3.12	SR 19.12.11		
KVG. Änderung (Teilausgleich von zu viel und zu wenig bezahlten Prämien)	15.2.12	BBl 2012, 1923						
Aufsicht über die soziale Krankenversicherung	15.2.12	BBl 2012, 1941						

NR = Nationalrat / NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SR = Ständerat / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SIK = Sicherheitskommission / VI = Volksinitiative / SPK = Staatspolitische Kommission

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
4./5.5.2012	Rechtsstaatlichkeit in der Sozialhilfe. Verfassungsrechtliche Anforderungen und Schranken der Existenzsicherung	Freiburg, Weiterbildungszentrum, Universität Freiburg	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
9.–11.5.2012	Knifflige Rechtsprobleme im Verfahren der Sozialversicherung (vgl. Hinweis)	Wildhaus, Hotel Hirschen	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St.Gallen Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen T: 071 224 24 24 F: 071 224 28 83 irp@unisg.ch www.irp.unisg.ch
14.-16.6.2012	Leistungsverträge zwischen Nonprofit-Organisationen und Verwaltung	St.Gallen, Weiterbildungszentrum Holzweid	Universität St.Gallen, Institut für Systemisches Management und Public Governance, Dufourstrasse 40a, 9000 St.Gallen T: 071 224 73 45 F: 071 224 25 36 monika.steiger@unisg.ch
19./26.6.2012	Leistungen und Koordination in der beruflichen Vorsorge	Zürich, Hotel Marriott	Fachschule für Personalvorsorge AG, Bälliz 64, PF 2079, 3601 Thun T: 033 227 20 42 F: 033 227 20 45 info@fs-personalvorsorge.ch www.fs-personalvorsorge.ch
6./7.9.2012	9. Freiburger Sozialrechtstage. Gesellschaft und Krankheit: Medikalisierung im Spannungsfeld von Recht und Medizin (vgl. Hinweis)	Freiburg, Aula Magna, Universität Freiburg	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
5./6.10.2012	Einführung in das Recht der Invalidenversicherung	Freiburg, Weiterbildungszentrum Universität Freiburg	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont

frontierten Personen, insbesondere aus der Advokatur oder aus der Justiz, oft verunsichert.

Dieses Intensivseminar bietet ein praktisches «Training», um problematische Situationen im Verfahrensablauf zu erkennen, richtig einzuschätzen und gekonnt zu bewältigen. Die Fallstudien behandeln eine Vielzahl von Verfahrenspannen aus den wichtigsten Sozialversicherungszweigen. Als Nebeneffekt ermöglicht das Seminar einen Erfahrungsaustausch unter den Praktikern verschiedener Sozialversicherungszweige, aber auch von mit sozialversicherungsrechtlichen Verfahrensfragen konfrontierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Privatversicherungen, Sozial- und Opferhilfe, Advokatur und Justiz.

9. Freiburger Sozialrechtstage

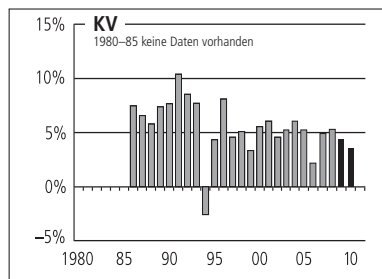
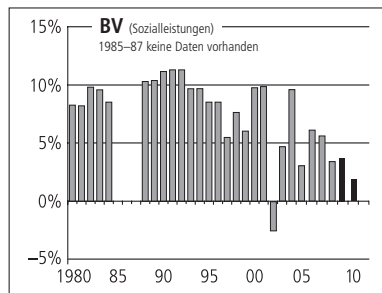
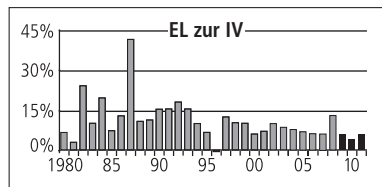
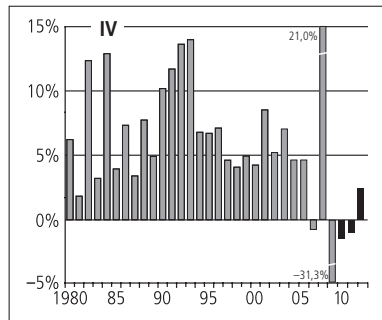
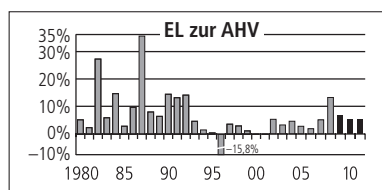
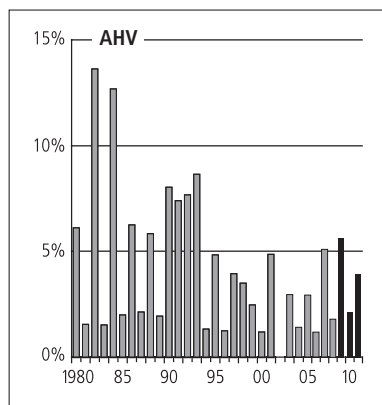
Die vergangene Rentenkrise in der Invalidenversicherung ist in hohem Mass durch eine Medikalisierung nichtmedizinischer Probleme und nur am Rand durch Missbrauch und Betrug verursacht worden. Was aber ist unter Medikalisierung zu verstehen? Wie verbreitet ist sie? Welche Kräfte treiben sie an? Wie weit sind dafür Recht und Medizin, aber auch andere Faktoren verantwortlich? Fachleute aus Soziologie, Recht, Medizin, Ökonomie und andern Bereichen werden aus theoretischer und praktischer Sicht die Problematik unter die Lupe nehmen. Auch sollen Mittel und Wege skizziert werden, um das Phänomen besser in den Griff zu bekommen.

Knifflige Rechtsprobleme im Verfahren der Sozialversicherung

Im Verwaltungsverfahren der verschiedenen Sozialversicherungszweige treten immer wieder heikle Verfahrenssituationen auf, die es zu meistern gilt. Nur zu rasch resultiert

aus einer übersehenen oder falsch beantworteten Verfahrensfrage eine Verfahrenspanne, die Nachwirkungen bis hin zu einer gerichtlichen Beurteilung zeitigen kann. Erfahrungsgemäss sind nicht nur die Personen, die mit der Verfahrensabwicklung betraut sind, sondern auch die mit dem Ergebnis einer Verfahrenspanne kon-

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1990	2000	2009	2010	2011	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	39 704	38 495	39 041	1,4%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 305	27 461	28 306	3,1%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 559	9 776	10 064	2,9%
Ausgaben		18 328	27 722	35 787	36 604	38 053	4,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	35 638	36 442	37 847	3,9%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	3 917	1 891	988	-47,7%
Kapital		18 157	22 720	42 268	44 158	40 146	-
BezügerInnen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 929 149	1 981 207	2 031 279	2,5%
BezügerInnen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	116 917	120 623	124 682	3,4%
AHV-Beitragszahlende		4 290 000	4 549 000	5 151 000	5 177 000

EL zur AHV		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	2 210	2 324	2 439	5,0%
davon Beiträge Bund		260	318	584	599	613	2,4%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 626	1 725	1 826	5,9%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	167 358	171 552	179 118	4,4%

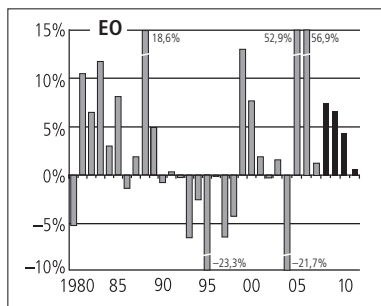
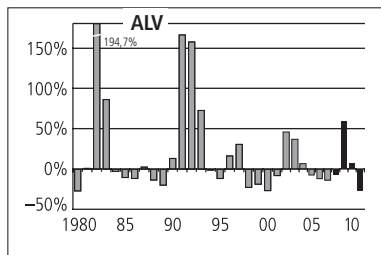
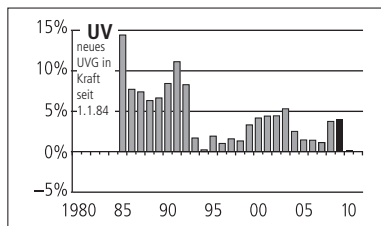
IV		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	8 205	8 176	9 454	15,6%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	4 578	4 605	4 745	3,0%
Ausgaben		4 133	8 718	9 331	9 220	9 457	2,6%
davon Renten		2 376	5 126	6 256	6 080	6 073	-0,1%
Total Betriebsergebnis		278	-820	-1 126	-1 045	-3	-99,7%
Schulden gegenüber der AHV		-6	2 306	13 899	14 944	14 944	0,0%
IV Fonds						4 997	-
BezügerInnen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	283 981	279 527

EL zur IV		1990	2000	2009	2010	2011 ¹	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 696	1 751	1 837	4,9%
davon Beiträge Bund		69	182	626	638	657	3,1%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 070	1 113	1 180	5,9%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	103 943	105 596	108 536	2,8%

BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	59 155	61 680	...	4,3%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	15 457	15 782	...	2,1%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	23 226	25 005	...	7,7%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	15 156	15 603	...	2,9%
Ausgaben		15 727	31 605	42 148	43 642	...	3,5%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	30 453	30 912	...	1,5%
Kapital		207 200	475 000	596 500	617 500	...	3,5%
RentenbezügerInnen	Bezüger	508 000	748 124	956 565	980 163	...	2,5%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	20 719	22 528	...	8,7%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	20 125	22 051	...	9,6%
Ausgaben		8 417	14 056	21 474	22 123	...	3,0%
davon Leistungen		8 204	15 478	23 656	24 292	...	2,7%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 382	-3 409	...	0,8%
Rechnungssaldo		451	-126	-755	405	...	-
Kapital		5 758	6 935	8 154	8 651	...	6,1%
Prämienvorbereitung		332	2 545	3 542	3 980	...	12,3%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 181	5 992	7 730	7 863	...	1,7%
davon Beiträge AN/AG		3 341	4 671	6 152	6 303	...	2,5%
Ausgaben		3 259	4 546	5 968	5 993	...	0,4%
davon direkte Leistungen inkl. TZL		2 743	3 886	5 145	5 170	...	0,5%
Rechnungssaldo		923	1 446	1 762	1 870	...	6,1%
Kapital		12 553	27 322	41 289	42 724	...	3,5%

ALV Quelle: seco		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 663	5 752	7 222	25,6%
davon Beiträge AN/AG		609	5 967	5 127	5 210	6 142	17,9%
davon Subventionen		-	225	531	536	1 073	100,1%
Ausgaben		452	3 295	7 128	7 457	5 595	-25,0%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 464	-1 706	1 627	-
Kapital		2 924	-3 157	-4 555	-6 260	-4 633	-26,0%
BezügerInnen ³	Total	58 503	207 074	302 826	321 920

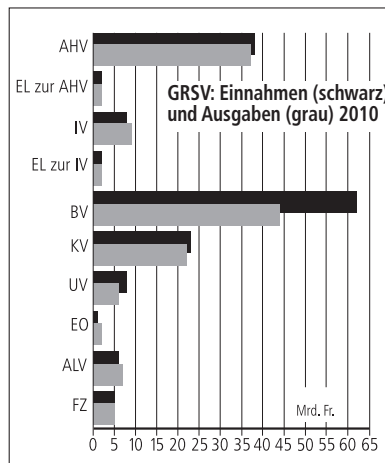
EO		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 061	1 006	1 708	69,8%
davon Beiträge		958	734	980	985	1 703	72,9%
Ausgaben		885	680	1 535	1 603	1 611	0,5%
Total Betriebsergebnis		175	192	-474	-597	97	-116,3%
Kapital		2 657	3 455	1 009	412	509	23,6%

FZ		1990	2000	2009	2010	2011	VR ¹
Einnahmen geschätzt	Mio. Fr.	2 689	3 974	5 181	5 074	...	-2,1%
davon FZ Landw. (Bund)		112	139	158	149	...	-5,6%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2010

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2009/2010	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2009/2010	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	38 062	1,0%	36 604	2,3%	1 458	44 158
EL zur AHV (GRSV)	2 324	5,2%	2 324	5,2%	-	-
IV (GRSV)	8 176	-0,4%	9 297	-3,3%	-1 121	-14 912
EL zur IV (GRSV)	1 751	3,2%	1 751	3,2%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	61 680	4,3%	43 642	3,5%	18 038	617 500
KV (GRSV)	22 528	8,7%	22 123	3,0%	405	8 651
UV (GRSV)	7 863	1,7%	5 993	0,4%	1 870	42 724
EO (GRSV)	999	-0,5%	1 603	4,5%	-604	412
ALV (GRSV)	5 752	1,6%	7 457	4,6%	-1 706	-6 260
FZ (GRSV) (Schätzung)	5 074	-2,1%	5 122	6,2%	-49	1 236
Konsolidiertes Total (GRSV)	153 429	3,3%	135 137	2,6%	18 291	693 509

*GRSV heisst: Gemäss den Definitionen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, die Angaben können deshalb von den Betriebsrechnungen der einzelnen Sozialversicherungen abweichen. Die Einnahmen sind ohne Kapitalwertänderungen berechnet. Die Ausgaben sind ohne Rückstellungs- und Reservenbildung berechnet.



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	2000	2006	2007	2008	2009	2010
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,9%	26,9%	26,7%	26,0%	26,7%	26,9%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	19,5%	21,3%	20,8%	20,3%	21,7%	21,5%

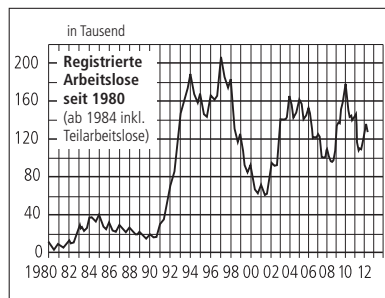
Arbeitslose

	ø 2009	ø 2010	ø 2011	Jan. 12	Feb. 12	Mrz. 12
Ganz- und Teilarbeitslose	146 089	151 986	122 892	134 317	133 154	126 392

Demografie

Basis: Szenario A-17-2010, «Wanderungssaldo 40 000»

	2010	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁶	33,8%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Altersquotient ⁷	28,4%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



1 Veränderungsrate des letzten verfügbaren Jahres.

2 Infolge NFA mit Vorjahreswerten nicht direkt vergleichbar.

3 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.

4 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.

5 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.

6 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.

Altersquotient: RentnerInnen (M >65-jährig / F >64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven. Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

7 Infolge Übertragung von 5 Mrd. Franken per 1.1.2011 zum IV-Kapitalkonto ist ein Vergleich mit dem Vorjahreswert nicht sinnvoll.

Literatur

Sozialpolitik

Sozialalmanach 2012. Das Caritas-Jahrbuch zur sozialen Lage der Schweiz. Schwerpunkt: Arme Kinder. 224 Seiten. Fr. 34.–. 2011. ISBN 978-3-85592-128-7. Caritas-Verlag, Luzern. Kinderarmut ist kein Randphänomen. In allen OECD-Ländern steigt der Anteil armutsbetroffener Haushalte mit Kindern. Leider auch in der Schweiz. Caritas Schweiz schätzt die Anzahl armutsbetroffener Kinder auf 260 000. Werden sich die Ungleichheiten zwischen den Haushalten noch weiter vergrössern? Was bedeutet diese Entwicklung für Familien? Im Bericht über die wirtschaftliche und soziale Entwicklung in der Schweiz 2010/2011 zeigt Regula Heggli auf, dass die weltwirtschaftlichen Unsicherheiten und die daraus resultierenden politischen Entscheide einen weiteren Druck auf das soziale Sicherungssystem befürchten lassen.

Der Schwerpunktteil «Arme Kinder» nimmt die Rahmenbedingungen für Kinder und Familien in der Schweiz genauer unter die Lupe. Die Beiträge in diesem Teil setzen sich mit dem Ausmass und mit den verschiedenen Erscheinungsformen der Kinderarmut auseinander. Zudem stellen sie verschiedene Ansätze vor, um Kinderarmut wirkungsvoll vorzubeugen. Reportagen aus dem Alltag armutsbetroffener Familien vervollständigen diesen Band.

Invalidenversicherung

Silvia Bucher: **Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung.** 507 Seiten. Fr. 131.–. 2011. ISBN 978-3-7272-8802-9. Stämpfli-Verlag AG, Bern. Die Gesamtdarstellung des Eingliederungsrechts der IV beginnt mit allgemeinen Ausführungen insbesondere zu den versicherungsmässigen Voraussetzungen, der Invalidität, der Verhältnismässigkeit und der Schadenminderung. Sie untersucht sodann alle der – nicht nur beruflichen – Eingliederung dienenden Instrumente: Früherfassung, Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung; erstmalige berufliche Ausbildung und Umschulung; Arbeitsvermittlung und Einarbeitungszuschuss; Kapitalhilfe), Taggelder und Entschädigung für Betreuungskosten, Vergütung von Reisekosten sowie Haftung für das Eingliederungsrisiko. Sie enthält auch Bemerkungen zur Koordination namentlich mit Leistungen anderer Versicherungszweige. Die Rechtsprechung des Bundesgerichts, welcher auch zahlreiche Beispiele entnommen sind, wird umfassend verarbeitet und kritisch beleuchtet. Hilfreiche Querverweise erleichtern die Navigation im fein gegliederten Werk.

Gesundheitswesen

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.): **Transkulturelle Public Health – ein Weg zur Chancengleichheit.** 252 Seiten. Fr. 38.–. 2012. ISBN 978-3-

03777-106-8. Seismo-Verlag, Zürich. Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein international verbürgtes Menschenrecht. Dennoch haben Menschen – in der Schweiz wie international – völlig unterschiedliche Chancen, gesund zu sein und zu bleiben. Eine Migrationsbiografie, verbunden mit sozialer Benachteiligung, kann die Gesundheitschancen beeinträchtigen. Umso wichtiger ist es, dass wir allen Menschen in ihrer individuellen Situation vorurteilsfrei begegnen. Dazu braucht es transkulturelle Kompetenz – eine zentrale Ressource für Fachpersonen im Sozial- und Gesundheitswesen.

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) ist seit Jahren im Bereich Transkulturalität und gesundheitlicher Chancengleichheit engagiert. Dieser Sammelband weitet die Bedeutung der transkulturellen Kompetenz aus auf Public Health, die bevölkerungsbezogene Perspektive von Gesundheit und Krankheit. Die Autorinnen und Autoren veranschaulichen diesen Zugang mit theoretischen Überlegungen und praktischen Beispielen. Das SRK engagiert sich seit vielen Jahren in der Grundlagen- und Projektarbeit zu Gesundheit und Integration. Mit regelmässig erscheinenden Publikationen will das SRK in diesen gesellschaftlich relevanten Bereichen einen Beitrag zur aktuellen Diskussion leisten und Fachpersonen verschiedener Disziplinen aus Theorie und Praxis ansprechen. Der vorliegende Sammelband «Transkulturelle Public Health – ein Weg zur Chancengleichheit» ist die siebte Publikation der Reihe.

Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Taschenstatistik der Kranken- und Unfallversicherung	316.951 d/f/i/eng ¹ Gratis
La situation économique des ménages monoparentaux et des personnes vivant seules dans le canton de Berne (Zusammenfassung in Deutsch). Forschungsbericht 1/12	318.010.1/12 f ¹ Gratis

¹ BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2009:

Nr. 1/10 50 Jahre IV
Nr. 2/10 Mobilität und soziale Sicherheit
Nr. 3/10 Armutsstrategie
Nr. 4/10 Finanzmarktkrise und die Konsequenzen für die Sozialversicherungen
Nr. 5/10 Kein Schwerpunkt
Nr. 6/10 Gender oder Gleichstellung im Wohlfahrtsstaat

Nr. 1/11 Strukturreform in der beruflichen Vorsorge
Nr. 2/11 Synthesebericht FoP-IV
Nr. 3/11 Sozialfirmen
Nr. 4/11 Alimentenhilfe
Nr. 5/11 IV-Revision 6a und 6b
Nr. 6/11 Glücksforschung

Nr. 1/12 Beruf und Angehörigenpflege
Nr. 2/12 Schweizerisches Gesundheitssystem

Die «Soziale Sicherheit» CHSS ist ab Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2002 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellung von Einzelnummern:

Bundesamt für Sozialversicherungen, CHSS, 3003 Bern, Telefax 031 322 78 41, E-Mail: info@bsv.admin.ch

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Rosmarie Marolf E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Sabrina Gasser, Administration E-Mail: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Telefon 031 325 93 13 Die Meinung BSV-externer AutorInnen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Deborah Götte, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Xavier Rossmannith, Christian Wiedmer	Auflage	Deutsche Ausgabe 3080 Französische Ausgabe 1400
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MwSt., Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG
			ISSN 1420-2670 318.998.2/12d