

Schwerpunkt

Kosten uns die Medikamente zu viel?

Gesundheit

Eine Gesundheitskarte für die Schweiz?

Internationales

Ist die soziale Sicherheit ein Privileg
der reichen Länder?

Soziale Sicherheit

CHSS

6/2001

BSV /
OFAS /
UFAS /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 6/2001

Chronik Oktober / November 2001	306
Rundschau	308

Schwerpunkt

Kosten uns die Medikamente zu viel?	309
Das Gewicht der Medikamentenkosten im schweizerischen Gesundheitswesen (Fritz Britt, BSV)	310
Welche Medikamente übernimmt die obligatorische Krankenversicherung (Dominique Marcuard, BSV)	311
Der Medikamentenmarkt aus Sicht der Preisüberwachung (Josef Hunkeler, Pü)	314
Können mit Arzneimitteln Kosten in anderen Bereichen eingespart werden? (Thomas D. Szucs, Hirslanden Holding)	316
Bringt die LOA eine Kostendämpfung? (Marcel Mesnil, SAV)	318
Ein neues «Heilmittel» zur Kostensenkung: der Parallelimport (Thomas Schuler, BAG)	321
Den Medikamenten-Protektionismus aufbrechen (Nationalrat Rudolf Strahm)	323
Die Beschlüsse der Medikamententagung vom 2. Juli 2001	324
Eine Milliarde Franken bei den Medikamentenkosten sparen? (SP-Massnahmenpaket)	325
Antworten von Exponenten der Politik und der Wirtschaft	
• Thomas B. Cueni (Interpharma)	327
• Walter P. Hölzle (VIPS)	328

• Simonetta Sommaruga (Nationalrätin, SKS)	329
• Max Brentano (Apothekerverband)	330

Vorsorge

Statistik der AHV-Einkommen 1999: 4,2 Mio. Beitragszahlende in der AHV (Laurence Capraro-Treina, BSV)	331
Umstellung auf Leistungsverträge in der privaten Behindertenhilfe erfolgreich angelaufen (Daniel Aegerter, BSV)	336

Gesundheit

Eine Gesundheitskarte für die Schweiz? (Jean-Claude Rey, ISE)	341
---	-----

Sozialpolitik

Änderungen bei den Sozialversicherungen ab 1. Januar 2002 (René Meier, BSV)	345
Längerfristige Zukunft der Alterssicherung: Das Forschungsprogramm ist angelaufen (Jean-François Rudaz, BSV)	348

Internationales

Die Sozialagenda der Europäischen Union (Claudina Mascetta)	350
Ist die soziale Sicherheit ein Privileg der reichen Länder? (François-Xavier Merrien [Uni Lausanne], Marco Rossi [DEZA], Peter Niggli [Arbeitsgemeinschaft der Hilfswerke])	354

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	362
Gesetzgebung: Hängige Vorlagen des Bundesrates	367

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Kurse)	368
Literatur und Links	369
Sozialversicherungsstatistik	370
Wichtige Masszahlen der beruflichen Vorsorge	372
Inhaltsverzeichnis der «Sozialen Sicherheit» CHSS 2001	374

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



«Unanständige» Kostenentwicklung bei den Medikamenten?



Otto Piller
Direktor BSV

Die neuesten Resultate einer Bevölkerungsbefragung des Politikwissenschafters Claude Longchamp vom GfS-Forschungsinstitut zeigen: Die Schweizerinnen und Schweizer sind in einer klaren Mehrheit zufrieden mit unserem Gesundheitswesen. Sie akzeptieren das neue KVG, und zwar auf der Ebene des Systems, der Leistungen und auch der Finanzierung. Allerdings ist die finanzielle Belastung des Haushaltbudgets durch die Krankenkassenprämien für 18 Prozent der Befragten ein dauerhaftes Problem und für zusätzliche 20 Prozent ein gelegentliches Problem. Die erneuten, zum Teil massiven Prämiensteigerungen für das Jahr 2002 werden dieses Problem für viele zusätzlich verschärfen.

Wir wollen auch künftig entsprechend unserer Verfassung allen im Rahmen der obligatorischen Grundversicherung die für die Gesundheit notwendige Pflege zukommen lassen, das heisst wir wollen keine Zweiklassenmedizin. Die Krankenkassenprämien dürfen aber für Familien und Einkommensschwache nicht zur erdrückenden Last werden. Nebst einer Verbesserung der Prämienverbilligung für diese Versichertengruppe braucht es weitere und dauerhafte Anstrengungen, um die Kostensteigerungen wirksam zu dämpfen.

Der Anteil der Medikamentenkosten an den Ausgaben der obligatorischen Krankenversicherung beträgt mit 3,2 Milliarden Franken volle 21 Prozent, und diese Kosten haben jährlich wiederkehrend überdurchschnittlich hohe Zuwachsraten. Allein im Jahre 2000 stiegen sie um 380 Mio. Franken. Dies sind über 50 Franken Mehrkosten pro Person und Jahr, und diese verursachen für sich allein 3,5 Prozent Prämiensteigerung. Ich habe diese Kostenzunahme spontan und öffentlich als «einfach unanständig» bezeichnet, was nicht überall auf Gegenliebe stiess!

Im vorliegenden Heft der «Sozialen Sicherheit» wird nun dieses Thema von verschiedenen kompetenten Autorinnen und Autoren angegangen. Es werden dabei auch Wege aufgezeigt, wie wir die Kostensteigerungen wirksam dämpfen können. Eine erste wichtige Massnahme wurde mit der leistungsorientierten Abgeltung (LOA) der Apotheken am 1. Juli 2001 eingeführt.

Weitere vorgeschlagene Massnahmen müssen ergriffen werden. Internationale Studien und Vergleiche zeigen: Um die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu kriegen, braucht es staatliche Regelungen – und diese müssen umso stärker ausfallen, je weniger die Akteure ihre Verantwortung wahrnehmen.

1. BVG-Revision auch für kleinere Einkommen

Nach insgesamt neun Sitzungen schlägt die Subkommission der Sozialkommission (SGK) des Nationalrates eine Halbierung der Eintrittsschwelle für die 2. Säule vor. Dies gab sie nach ihrer letzten Sitzung vom 1. Oktober bekannt. Die Subkommission hatte den Auftrag, im Rahmen der 1. BVG-Revision den so genannten Koordinationsabzug zu überprüfen. Dieser Abzug bestimmt die Einkommensgrenze, ab der Beiträge an die 2. Säule geleistet werden müssen, weil die AHV allein nicht mehr genügt.

Mehr Vorsorgeschutz: Die von Christine Egerszegi (FDP/AG) präsidierte Subkommission beantragt der SGK, das Obligatorium für die Pflicht der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden, Pensionskassenbeiträge zu zahlen, von 24'720 auf 12'360 Fr. des massgebenden AHV-Einkommens zu senken. Mit der tieferen Schwelle erhielten Kleinverdienende besseren Vorsorgeschutz. Die SGK behandelt diesen Vorschlag Ende Januar 2002.

Kein Leistungsabbau: Die Subkommission will den Umwandlungssatz, der zur Berechnung der Renten dient, von heute 7.2 bis 2023 stufenweise auf 6,8 % senken. Sie will dabei einen Leistungsabbau verhindern und überalterte Pensionskassen schonen. Der Bundesrat möchte bis 2016 auf 6,65 % hinunter gehen. Das Modell der Subkommission kostet statt 300 rund 900 Mio. Fr. Danach sind 35 % der Männer (800'000) und 50 % der Frauen (870'000) besser sowie 7 % der Männer (160'000) und 17 % der Frauen (306'000) neu versichert. Nicht versichert bleiben 182'000 Männer und 294'000 Frauen.

Mehr Transparenz: Die Subkommission will für mehr Transparenz in den Pensionskassen und den Sammelstiftungen sorgen. Diese sollen über ihre Verwaltungskosten und den Ertrag ihrer Anlagen Auskunft

geben müssen. Es müsse nachvollziehbar sein, wie mit den Geldern aus dem «Zwangssparen» umgegangen werde.

Behindertengesetz im Ständerat

Der Ständerat behandelte am 2. Oktober das Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen behinderter Menschen (CHSS 1/2001 S. 1). Es herrschte Einigkeit darüber, dass die Situation der körperlich, geistig und psychisch behinderten Menschen verbessert werden muss. In der Detailberatung folgte der Rat denn auch der vom Bundesrat vorgezeichneten Linie. Ein Antrag, den Geltungsbereich auf das Erwerbsleben und den Ausbildungsbereich auszudehnen, wurde klar abgelehnt. Gutgeheissen wurde hingegen eine Anschubhilfe in der Höhe von 300 Mio. Fr. für behindertengerechte Massnahmen im öffentlichen Verkehr.

Das Gesetz wird als indirekter Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Gleiche Rechte für Behinderte» zur Abstimmung kommen, sofern diese nicht zurückgezogen wird.

2. KVG-Revision: Vertragszwang aufheben

Der Ständerat ist am 3./4. Oktober sowie 29. November bei der Behandlung der KVG-Revision seiner vorberatenden Kommission (CHSS 4/2001 S. 171 und 5/2001 S. 242) gefolgt und hat damit die Vorlage des Bundesrates um zwei bedeutsame Punkte erweitert:

- **Kontrahierungszwang:** Grundsätzlich soll der Vertragszwang zwischen Versicherern und Leistungserbringern im ambulanten Bereich aufgehoben werden. Die Krankenkassen sollen aber nicht allein entscheiden, mit welchen Ärztinnen und Ärzten sie zusammenarbeiten. Beschliesst eine Kasse, einen Ver-

trag zu verweigern, kann eine Kommission angerufen werden, in der die Kassen, die Ärzteschaft und der Kanton vertreten sind. Die Kommission entscheidet endgültig. Sie wird die anzuwendenden Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität definieren.

- **Sozialziel:** Die Prämien sollen nicht mehr als 8 % des Haushaltseinkommens ausmachen. Die Prämienverbilligungsbeiträge müssen wo nötig entsprechend erhöht werden. Der Ständerat hat dafür einen zusätzlichen Kredit von 300 Mio. Fr. gutgeheissen.

Bei der **Spitalfinanzierung** ist der Rat dem Bundesrat gefolgt. Als Fernziel hat er allerdings einen Absatz in die Übergangsbestimmungen aufgenommen, wonach der Bundesrat innerhalb von fünf Jahren eine Gesetzesänderung zum Übergang zu einer monistischen Finanzierung – wodurch den Leistungserbringern nur noch ein Kostenträger gegenübersteht – und gleichzeitig eine Verbesserung des Risikoausgleiches vorschlagen soll. Wie diese auszugestalten ist, bleibt abzuklären.

3. ALV-Revision

Die Kommission für Wirtschaft und Abgaben (WAK) des Nationalrates befasste sich an zwei Sitzungen – am 15. Oktober und 5. November – mit der 3. Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes, die vom Ständerat in der Sommersession bereits verabschiedet worden ist (CHSS 4/2001 S. 170). Wie der Ständerat will auch die Nationalratskommission die Lohnprozente für die ALV von 3 auf 2 senken. Mit 13 zu 9 Stimmen will sie aber am Solidaritätsbeitrag der Besserverdienenden von 1 % für Einkommen zwischen 106'800 und 267'000 Fr. festhalten. Das bringt der Kasse 135 Millionen. Zudem räumt die WAK dem Bundesrat bezüglich des Zeitpunkts der Beitragssatzsenkung

grössere Flexibilität ein. Der Bundesrat kann diesen bis Ende 2003 frei wählen.

Die WAK stimmte im Weiteren der Kürzung der Taggelder von heute 520 auf 400 mit 15 zu 8 Stimmen zu. Neu soll aber der Bundesrat in Kantonen, die von erhöhter Arbeitslosigkeit betroffen sind, die Zahl der Taggelder auf Bundeskosten wieder auf 520 erhöhen können. Über 55-Jährige (für die generell das Anrecht auf 520 Taggelder weiterhin gilt) sollen zusätzlich – auch wenn sie ausgesteuert sind – an Weiterbildungsprogrammen teilnehmen können.

Oppositionslos stimmte die WAK dem neuen Instrument des Konjunktur-Risikos zu: Wenn bei hoher Arbeitslosigkeit der Schuldenstand der Arbeitslosenkasse 2,5% der Lohnsumme erreicht, muss der Bundesrat eine Beitragserhöhung beantragen.

Die WAK liess sich vom Seco eingehend über mögliche arbeitsmarktliche Massnahmen und den Anspruch auf Insolvenzenschädigung im Zusammenhang mit dem Swissair-Debakel informieren. Die oben erwähnten Entscheide sind denn auch unter dem Eindruck dieser besonderen Situation und der allgemeinen Konjunkturabschwächung getroffen worden.

Volksinitiative «Für fairere Kinderzulagen»

Die Schweizerische Bundeskanzlei hat am 16. Oktober die vom Christlichnationalen Gewerkschaftsbund eingereichte Volksinitiative «Für fairere Kinderzulagen» als gesetzeskonform erklärt. Damit kann die Unterschriftensammlung, die bis zum 30. April 2003 beendet sein muss, eröffnet werden. Die Initiative fordert eine bundesrechtlich geregelte Kinderzulage für jedes Kind im Betrag von 15 Fr. pro Tag in der ganzen Schweiz; wobei der Betrag zu indexieren sei. Für die Finanzierung

sollen der Bund, die Kantone und die Arbeitgeber aufkommen.

4. IV-Revision

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates führte am 1./2. November die Detailberatung zur 4. Revision der Invalidenversicherung fort und schloss sie am 23. November ab. Dabei folgte sie weitgehend dem Bundesrat.

Die neue Assistenzentschädigung, welche die nur halb so hohe Hilflosenentschädigung und andere Leistungen ersetzt, war unbestritten. Bei geringer Behinderung beträgt die Assistenzentschädigung 20% der einfachen vollen Altersrente, das heisst rund 400 Fr., bei mittlerer Behinderung sind es 50% oder 1000 Fr., bei schwerer Behinderung 80% oder 1600 Fr. Für schwerbehinderte Minderjährige gibt es einen Zuschlag für Intensivpflege. Eine neue Lösung fand die Kommission für jene, die trotz einer sehr schweren Behinderung im eigenen Haushalt leben wollen. Sie sollen nicht von der IV unterstützt werden, sondern Ergänzungsleistungen (EL) von bis zu 90000 Fr. im Jahr erhalten, was ungefähr den Kosten im Pflegeheim entspricht. Auch bei der Finanzierung folgte die SGK dem Bundesrat. Anfang 2003 sollen weitere 1,5 Mrd. Fr. aus der Erwerbsersatzordnung in die IV geleitet werden. Ab 2004 soll zudem ein MWST-Zuschlag von maximal 1% in die IV fliessen.

Die Kommission reichte im Weiteren ein Postulat ein, mit dem vom Bundesrat verlangt wird zu prüfen, ob und wie in der Sozialgesetzgebung der diskriminierende Begriff der Invalidität und die mit ihm verwandten Begriffe ersetzt werden können.

Mit 24 Stimmen ohne Gegenstimme verabschiedete die SGK den Revisionsentwurf zuhanden des Plenums. Der Nationalrat wird die Vorlage in der Wintersession behandeln.

Änderung der BVV 2

Der Bundesrat hat am 14. November die Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) mit Wirkung ab 1. Januar 2002 abgeändert: Die Vorsorgeeinrichtungen sind künftig verpflichtet, Regeln für die Ausübung ihrer Aktionärsrechte aufzustellen.

Mutterschaftsversicherung rückt näher

Der Bundesrat zieht seinen Entwurf einer Änderung des Obligationenrechts zur Lohnfortzahlung bei Mutterschaft zurück (s. CHSS 4/2001 S. 170). Dies gab Bundesrätin Metzler nach der Bundesratssitzung vom 21. November bekannt. Der bundesrätliche Vorschlag, mit welchem ausschliesslich die Arbeitgeber belastet worden wären, stiess in der Vernehmlassung fast einhellig auf Ablehnung. Damit steigen die Chancen einer Realisierung der parlamentarischen Initiative Triponez weiter. Dieses grosszügigere Modell soll analog dem Erwerbsersatz für Militärpersonen finanziert werden und während 14 Wochen 80% des Lohnes garantieren. Der Nationalrat hat dem Modell Triponez am 29. November mit 124 zu 36 Stimmen klar zugestimmt. Die SGK wird nun eine konkrete Vorlage ausarbeiten.

Nach Redaktionsschluss

Keine Energie für die AHV

Die Volksinitiative «für eine gesicherte AHV – Energie statt Arbeit besteuern» hatte beim Schweizervolk keine Chance. In der Abstimmung vom 2. Dezember wurde sie bei einer Stimmbeteiligung von 37,4% mit 1341496 Nein- gegen 398149 Ja-Stimmen wuchtig verworfen.

Zusatzversicherungen: Administrativzuschläge begrenzt

Das KVG erlaubt es allen Versicherten, ihren Versicherer ohne Nachteil zu wechseln. Die Krankenkassen müssen alle Interessenten ohne Vorbehalt und unabhängig von ihrem Alter aufnehmen. Dies gilt jedenfalls für die obligatorische Grundversicherung. Hingegen empfiehlt es sich, freiwillige Zusatzversicherungen nur bei guter Gesundheit zu wechseln, weil der neue Versicherer Vorbehalte anbringen oder den Vertragsabschluss verweigern kann. Eine Kasse darf einem Versicherten wegen des Wechsels der Grundversicherung keine Zusatzversicherung kündigen. Verschiedene Krankenkassen haben jedoch das «Splitting» von Grund- und Zusatzversicherung durch die Erhebung überhöhter Verwaltungszuschläge unattraktiv zu machen versucht. Diese Praktiken hat das Bundesamt für Privatversicherungen nun begrenzt. Die Zuschläge sollen nur dem effektiven administrativen Aufwand entsprechen und in keinem Fall 50 % der Prämie übersteigen. Es kann demnach nicht mehr vorkommen, dass auf einer Monatsprämie von 7 Franken ein Zuschlag von 12 Franken erhoben wird.

25 Jahre SGGP

Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik feierte am 14. September mit einem Jubiläumsfest im Kursaal Bern ihr 25-jähriges Bestehen. Hauptziel der SGGP ist die Verbesserung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems. Als neutrale Plattform trägt sie zur besseren Koordination und Kooperation bei. Die SGGP war und ist seit 25 Jahren eine treibende Kraft bei vielen Reformbestrebungen. Ihr Präsident ist der Thurgauer Nationalrat und Rechtsanwalt Jost Gross, Vizepräsident ist der Waadtländer Kantonsarzt Jean Martin, Zentralsekretär ist Gerhard Kocher.

Die SGGP mit Sitz in Muri bei Bern hat bisher rund 90 gesamtschweizerische Tagungen durchgeführt; dazu kommen über 100 regionale Veranstaltungen. In der SGGP-Schriftenreihe sind 63 Bücher zum Schweizer Gesundheitssystem erschienen. Exklusiv den Mitgliedern vorbehalten sind die «Gesundheitspolitischen Informationen», in denen seit 1977 13 300 Kurzartikel publiziert wurden. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage der Gesellschaft: www.sggp.ch.

Neuer Präsident der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden

Anlässlich der Generalversammlung der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden vom 13./14. September 2001 wurde Dr. iur. Markus Lustenberger, Rechtsanwalt, Luzern, zum neuen Präsidenten der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden gewählt. Er tritt die Nachfolge von Dr. Cyrill Schubiger, Aarau, an. Dr. Lustenberger war Gerichtsschreiber am Verwaltungsgericht des Kantons Luzern und Regierungsstatthalter-Stellvertreter des Amtes Luzern. Seit 1989 ist er Vorsteher des Amtes für berufliche Vorsorge und Stiftungsaufsicht des Kantons Luzern. Er ist Mitglied der Kommission «Verstärkte Oberaufsicht» des BSV, Leiter der Auskunftsstelle BVG Luzern und Dozent beim Nachdiplomstudium Sozialversicherungsmanagement an der Hochschule für Wirtschaft Luzern.

Neue Verwaltungsräte für die Suva

Auf Antrag des Eidgenössischen Departements des Innern hat der Bundesrat vier neue Mitglieder des Verwaltungsrates der Suva gewählt. Im Verwaltungsrat der Suva sind die Sozialpartner und der Bund vertreten. Die Gewählten:

- Béatrice Despland, Juristin, stellv. Direktorin am Institut du droit de la santé, Neuenburg;
- Marianne Punzar, Dipl.-Ing. chem., Vorstandsmitglied des Arbeitgeberverbandes Basler Pharma-, Chemie- und Dienstleistungsunternehmen;
- Judith Bucher, Zentralsekretärin des Schweizerischen Verbandes des Personals öffentlicher Dienste (VPOD);
- Markus Moser, Dr. iur., früherer Vizedirektor des BSV, heute selbständiger juristischer Berater.

Einladung zur Offertstellung

Gestützt auf die Verordnung über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZV, Art. 20) sowie die Verordnung über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (WEFV, Art. 18) plant das Bundesamt für Sozialversicherung Analysen über die Wirkungen dieser beiden Neuregelungen. Diese Wirkungsanalysen sollen die gesetzten Ziele überprüfen und Nebenwirkungen untersuchen. Entsprechende Projektausschreibungen mit zu untersuchenden Fragen können unter <http://www.bsv.admin.ch/bv/projekte/d/index.htm> als pdf-Datei oder unter der Adresse Bundesamt für Sozialversicherung, Kompetenzzentrum Grundlagen Wirkungsanalysen FZG/WEF, Seilerstrasse 8, 3003 Bern bezogen werden. Eingabefrist der schriftlichen Offerten ist der 28. Januar 2002.

Kosten uns die Medikamente zu viel?



Foto Keystone

Meist werden die Medikamente nur im Zusammenhang mit Kosten und Preisen diskutiert. Die Bedeutung der Medikamente für das Gesundheitswesen muss sich jedoch erst einmal an den Leistungen messen. Noch immer können über zwei Drittel aller bekannten Krankheiten nicht geheilt werden. Die Medikamente als Teil der modernen Medizin sind aber meist Voraussetzung, dass heute Therapien und medizinische Eingriffe möglich sind, die noch vor zehn Jahren undenkbar waren. Patienten, früher als Dauerpflegefälle in stationären Einrichtungen untergebracht, sind heute wieder in ihr soziales Umfeld, allenfalls wieder ins Berufsleben integrierbar. Es sind die modernen Medikamente, welche die heutige Form der ambulanten Medizin erst ermöglichen. Und dennoch ist es richtig, wenn Preise und Kosten der Medikamente diskutiert werden. Die starke Kostenausweitung der letzten Jahre legt es nahe, der Frage nachzugehen, ob wir für die Medikamente einen zu hohen Preis zahlen und ob wirkungsvoller gegen diese Entwicklung vorgegangen werden kann.

Das Gewicht der Medikamentenkosten im schweizerischen Gesundheitswesen

Gemessen an den gesamten Gesundheitskosten der Schweiz haben die Medikamente mit einem Volumen von 5 Milliarden Franken einen Anteil von 12 Prozent, der Anteil an den Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beträgt 21 Prozent mit 3,2 Milliarden Franken. Allein im Jahr 2000 sind die Kosten für die Krankenversicherung um 340 Millionen Franken angestiegen, neben den ambulanten Spitalkosten ist dies der bedeutendste prämierelevante Kostenanstieg.



Fritz Britt
 Chef der Hauptabteilung KUV, BSV
 fritz.britt@bsv.admin.ch

Die Kosten der Arzneimittel werden meist an ihrem Anteil an der Krankenversicherung, allenfalls an den Kosten des Gesundheitswesens gemessen, nicht aber an ihrem Nutzen. Dies ergibt ein einseitiges Bild. Allerdings beruhen die Berechnungen in den gesundheitsökonomischen Dossiers, die jeweils der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) zur Preisbeurteilung zur Verfügung gestellt werden, auch nicht auf Tatsachen. Meist ist das neue Medikament aufgrund der wissenschaftlichen Studien in der Lage, tatsächlich eine andere Therapieform teilweise oder ganz zu ersetzen. In der Realität setzt sich dann aber die Kombination oder der aufeinanderfolgende Einsatz beider oder mehrerer Therapien durch. Damit relativiert sich der Nutzen der neuen Therapieform deutlich. Besteht nun der Nutzen des Medikamentes in der Substitution von medizinischen Leistungen anderer Leistungserbringer, führt der Einsatz neuer medikamentöser Therapien in der Regel nicht zu einer Verringerung dieser anderen kassenpflichtigen Leistungen. Häufig entsteht ein unmittelbar dem Patienten zugute kommender Nutzen, der sich nicht in den Kosten niederschlägt. Auch wenn zusammenfassend der Nutzen einer neuen medika-

mentösen Therapie meist nicht in den Kosten der Krankenversicherung ersichtlich ist, ist es wichtig, dass dieser Aspekt bei der Preisbeurteilung neuer Medikamente berücksichtigt wird.

Die Preise der Medikamente sind in der Schweiz hoch. Dies ist statistisch nachvollziehbar. Eine differen-

Die Kostensteigerungen sind vorab die Folge des Ersatzes älterer durch neue, teurere Produkte

zierte Betrachtung bringt aber einige interessante Details ans Licht. So ist der vom Bundesamt für Statistik erhobene Preisindex für Medikamente als einziger Index von Gesundheitsdienstleistungen in den Jahren 1993 bis 2001 stabil geblieben, ja sogar leicht gesunken. Die Menge in Anzahl Packungen ist im gleichen Zeitraum leicht, d.h. durchschnittlich um weniger als 1%, angestiegen. Die Kostensteigerungen für die Krankenversicherung sind also das Resultat des Ersatzes älterer, weniger wirksamer und billigerer Medikamente durch neuere, wirksamere, aber auch teurere Produkte. Mit den Preisen der neuen Medikamente bewegt sich die Schweiz auf europäischem Niveau, bei den alten Medikamenten sind die Preisunterschiede zum europäischem Niveau sehr hoch. Die Gründe liegen nicht in der Aufnahme- oder Preisregulierungspraxis, sondern zumeist in den Währungsunterschieden und deren Verlauf.

Wichtig ist, dass die Bemühungen um ein faires Preisniveau in der Schweiz nicht nachlassen.¹ In diesem Sinne sind die Preisüberprüfungsmechanismen «Auslandpreisvergleich» und «therapeutischer Quervergleich» immer wieder zu hinterfragen. Zudem ist mit einer Verbesserung des Zulassungsverfahrens sicherzustellen, dass innert einer angemessenen Frist die Vergleichsverfahren anhand konkreter Preise durchgeführt werden können. Das Ziel dieser Bemühungen ist die Angleichung der Preise neuer und alter Medikamente in der Schweiz ans europäische Preisniveau.

¹ Siehe dazu auch das Faktenblatt «Instrumente des KVG zur Eindämmung der Arzneimittelkosten» im Internet unter http://www.bsv.admin.ch/kv/aktuell/d/d_FB4_InstrumenteKVG.pdf.

Welche Medikamente übernimmt die obligatorische Krankenversicherung?

Die obligatorische Krankenversicherung vergütet die Arzneimittel, die auf einer vom BSV erstellten Liste aufgeführt sind. Um in diese Liste aufgenommen zu werden, muss ein Arzneimittel in der Schweiz zugelassen sowie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Bei der Beurteilung dieser Aufnahmevoraussetzungen wird das BSV von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission beraten. In dieser sind insbesondere die Fakultäten der Medizin und der Pharmazie sowie die Krankenversicherer vertreten.



Dominique Marcuard
Sektion Arzneimittel, BSV
dominique.marcuard@bsv.admin.ch

Rechtsgrundlagen

Das **Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG)** sieht vor, dass das BSV eine Liste der gebrauchsfertigen Arzneimittel erstellt, die von der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung) vergütet werden. Die Grundversicherung darf in der ambulanten Behandlung keine andern als die in dieser Liste – der so genannten Spezialitätenliste, SL – enthaltenen Medikamente übernehmen.

Weiter sieht das KVG vor, dass das Eidgenössische Departement des Innern eine Liste der in der Rezeptur verwendeten Wirk- und Hilfsstoffe erlässt (Arzneimittelliste mit Tarif, ALT). Die aufgrund dieser Liste auf Rezept der Ärztin von der Apothekerin individuell hergestellten Arzneimittel werden von der Grundversicherung vergütet. Da die auf Rezept hergestellten Arzneimittel nur noch einen geringen Anteil der Arzneimittelkosten ausmachen, beschränken wir uns im Folgenden auf die Arzneimittel der SL.

Vergütet wird höchstens der in der SL oder in der ALT angegebene Preis. Die Apothekerin oder Ärztin darf auch keinen höheren Preis in Rechnung stellen. Die Vergütung setzt voraus, dass das Arzneimittel von einer Ärztin oder in bestimmten Fällen von einer Chiropraktin verschrieben wurde.

In der **Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV)** hat der Bundesrat insbesondere die Voraussetzungen der Aufnahme in die SL, das Aufnahme- und Streichungsverfahren sowie die Überprüfung nach 15 Jahren in der SL geregelt.

In der **Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV)** hat das Eidgenössische Departement des Innern insbesondere die Aufnahmekriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen geregelt.

Das KVG sieht vor, dass Spitäler und Krankenversicherer bei einer stationären Behandlung in der allgemeinen Abteilung Behandlungspauschalen vereinbaren. In diesen sind in der Regel auch die Arzneimittelkosten inbegriffen. Deshalb können bei einer stationären Behandlung Arzneimittel vergütet werden, die nicht in der SL sind.

Aufnahmevoraussetzungen

Zulassung in der Schweiz

Die erste Voraussetzung der Aufnahme in die SL ist die Zulassung zum schweizerischen Markt. Bisher registrierte die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) Arzneimittel und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Impfstoffe sowie immunbiologische Erzeugnisse. Mit dem Inkrafttreten des neuen Heilmittelgesetzes auf den 1. Januar 2002 wird das neue schweizerische Heilmittelinstitut zuständig für die Zulassung. Dabei wird insbesondere das Verhältnis zwischen Nutzen und Gefahren des Arzneimittels geprüft. Die Zulassungsbehörde teilt jedes Arzneimittel einer Abgabekategorie (rezeptpflichtig, frei verkäuflich usw.) zu. Die SL enthält zu etwa 80 % rezeptpflichtige Arzneimittel. Unter anderem im Bereich der Komplementärmedizin enthält sie auch nicht rezeptpflichtige Arzneimittel.

Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Das KVG schreibt vor, dass die Grundversicherung nur Leistungen übernimmt, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Somit werden nur Medikamente, die diese Voraussetzungen erfüllen, in die SL aufgenommen.

Die **Wirksamkeit** wird von der Zulassungsbehörde geprüft. Mit der Zulassung ist eine gewisse Wirksamkeit somit belegt. Die Wirksamkeit im Verhältnis zu anderen Arzneimitteln beeinflusst die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit.

Bezüglich der **Zweckmässigkeit** prüft die Zulassungsbehörde, dass die angebotenen Packungen und Dosierungen für die von ihr empfohlenen Anwendungen und Dosierungen zweckmässig sind. Das BSV kann ein Arzneimittel als unzweckmässig betrachten, wenn keine kleine Packung, mit welcher die Verträglichkeit geprüft werden kann, zur Aufnahme in die SL angemeldet wird. Generika betrachtet es grundsätzlich nur als zweckmässig, wenn alle Packungen und Dosierungen einer galenischen Form des Originalarzneimittels für Erwachsene angemeldet werden.

Die Aufnahmevoraussetzung der **Wirtschaftlichkeit** steht für das BSV im Vordergrund. Dabei wird das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen geprüft. Die Wirtschaftlichkeit wird aufgrund von zwei Vergleichen beurteilt. Der Preis des Arzneimittels wird einerseits mit dem Preis ähnlicher Arzneimittel und andererseits mit dem Preis im Ausland verglichen.

Beim *Vergleich mit ähnlichen Arzneimitteln* werden die Wirksamkeit und die Kosten je Tag oder Kur im Vergleich zu Arzneimitteln für dieselbe Krankheit oder mit ähnlicher Wirkungsweise berücksichtigt. Bedeutet das angemeldete Arzneimittel im Vergleich zu den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten einen medizinischen Fortschritt, kann das BSV einen Innovationszuschlag gewähren. Dieser soll die Kosten für Forschung und Entwicklung angemessen abgelden.

Für den *Vergleich mit dem Ausland* werden gemäss KLV drei Länder mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich beigezogen. Heute vergleicht das BSV mit Deutschland, Dänemark und den Niederlanden. Zurzeit prüft es zusammen mit Vertretungen der Pharmabranche, der Krankenversicherer, der Wettbewerbskommission und der Preisüberwachung, ob das Vergleichssystem oder die Vergleichsländer geändert werden sollen.

Überprüfung nach Ablauf des Patentschutzes oder nach 15 Jahren in der SL

Nach Ablauf des Patentschutzes, spätestens jedoch 15 Jahre nach der Aufnahme in die SL überprüft das BSV, ob die Aufnahmebedingungen noch erfüllt sind. Seit 1996 hat das BSV aufgrund dieser Überprüfung Auslandpreisvergleiche durchgeführt und gestützt darauf Preissenkungen verfügt.

Verfahren

Eidgenössische Arzneimittelkommission

Das KVG sieht vor, dass der Bundesrat mehrere Kommissionen einsetzt, die ihn bei der Bezeichnung

der Leistungen, die von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden, beraten. So wird das BSV bei der Erstellung der SL von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) beraten. Diese setzt sich aus 24 Mitgliedern zusammen, die folgende Interessengruppen vertreten:

- vier Personen die Fakultäten der Medizin und Pharmazie (wissenschaftliche Experten und Expertinnen);
- drei Personen die Ärzteschaft, wobei mindestens eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- drei Personen die Apothekerschaft, wobei mindestens eine Person die Komplementärmedizin vertritt;
- eine Person die Spitäler;
- fünf Personen die Krankenversicherer und die Unfallversicherer;
- zwei Personen die Versicherten;
- zwei Personen die Pharmaindustrie;
- je eine Person das Bundesamt für Gesundheit, die Kantone, die Zulassungsbehörde und die Armeeapotheke.

Zudem nimmt die Preisüberwachung an den Sitzungen teil.

Die EAK hat Ausschüsse eingesetzt, welche einmal je Quartal tagen und die Gesuche, die einzelne Medikamente betreffen, behandeln. Zudem werden ihr halbjährlich in einer Plenarsitzung grundsätzliche Fragen unterbreitet.

Aufnahmeverfahren

Die Firma, die ein Arzneimittel in der Schweiz vertreibt, entscheidet, ob sie ein Gesuch um Aufnahme in die SL stellen will. Das BSV unterbreitet das Gesuch der EAK. Diese stellt Antrag an das BSV, das entscheidet.

Erfüllt ein Arzneimittel die Aufnahmevoraussetzungen, dauert das ordentliche Aufnahmeverfahren etwa ein halbes Jahr. Anfangs 1997 hat die IKS ein beschleunigtes Registrierungsverfahren eingeführt. Es steht für neue Medikamente gegen schwere Krankheiten, für die bisher keine befriedigende Therapie vorhanden war, zur Verfügung. Aufnahmegesuche für Arzneimittel, die von der IKS im beschleunigten Verfahren registriert wurden, werden vom BSV in der Regel auch beschleunigt behandelt. Seit 1997 wurden etwa 20 Arzneimittel im beschleunigten Verfahren in die SL aufgenommen.

Arzneimittel, die einen bedeutenden therapeutischen Fortschritt bringen, sind manchmal nur beschränkt mit anderen Arzneimitteln vergleichbar und teilweise in den Vergleichsländern noch nicht im Handel. Seit einigen Jahren nimmt das BSV solche Arzneimittel befristet in die SL auf. Nach in der Regel zwei Jahren überprüft es deren Preis im Auslandpreisvergleich. Die befristete Aufnahme kann mit Auflagen verbunden werden, beispielsweise bestimmte Angaben nachzuliefern.

Seit 1999 wurden sechs Arzneimittel befristet in die SL aufgenommen.

Sind die Aufnahmevoraussetzungen erfüllt, verfügt das BSV die Aufnahme in die SL zu einem bestimmten Preis ab einem bestimmten Zeitpunkt. Zugleich veröffentlicht es die Aufnahme im Internet¹. Einmal jährlich gibt es zudem eine gedruckte Ausgabe der SL heraus. In der Zwischenzeit veröffentlicht es Änderungen der SL im Bulletin des BAG, das wöchentlich erscheint.

Arzneimittel können auch mit Einschränkungen aufgenommen werden. Diese können sich insbesondere auf die Menge und die medizinische Anwendung beziehen. Bei Beruhigungsmitteln zum Beispiel wird innerhalb von drei Monaten nur eine bestimmte Anzahl Packungen vergütet. Als weiteres Beispiel werden gewisse teure Arzneimittel nur bei bestimmten Formen von Krebs vergütet. Manchmal kann die Vertriebsfirma zu einem späteren Zeitpunkt weitere medizinische An-

wendungen bei der Zulassungsbehörde belegen. Dann kann sie auch beim BSV eine entsprechende Erweiterung der Anwendung beantragen.

Sind die Aufnahmebedingungen nicht erfüllt, teilt das BSV der Gesuchstellerin dies mit. Gestützt auf diese Mitteilung kann die Gesuchstellerin ihr Gesuch ergänzen. Ist nur die Wirtschaftlichkeit umstritten, ist die Gesuchstellerin manchmal bereit, den Preis so weit zu senken, dass das BSV das Arzneimittel als wirtschaftlich betrachtet.

Hält das BSV die Aufnahmevoraussetzungen für nicht erfüllt, kann die Gesuchstellerin vom BSV eine Abweisungsverfügung verlangen. Diese kann sie dann mit Beschwerde anfechten. Erste Instanz ist die Rekurskommission für die SL (RKSL), zweite Instanz das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG).

¹ www.bsv.admin.ch/sl/liste/d/index.htm

Die Beispiele Xenical und Viagra

Im September 1998 stellte die Roche AG ein Gesuch um Aufnahme in die SL von Xenical, das zur Behandlung von übergewichtigen Personen registriert ist. Die EAK beantragte eine auf zwei Jahre befristete Aufnahme mit Einschränkungen. Danach ist das Medikament insbesondere nur zu vergüten bei sehr starker Übergewichtigkeit (Body-Mass-Index von ≥ 35) und mit Kostengutsprache durch die Vertrauensärztin des Krankenversicherers. Gestützt auf diesen Antrag verfügte das BSV die Aufnahme auf Oktober 1999. Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer und ein Krankenversicherer reichten bei der Rekurskommission für die SL (RKSL) Beschwerde gegen diese Verfügung ein. Im September 2000 hiess die RKSL diese Beschwerde gut. Das BSV und die Roche AG reichten gegen diesen Entscheid Beschwerde beim EVG ein. Dieses entschied am 3. Mai 2001, dass Krankenversicherer nicht zur Beschwerde gegen Verfügungen betreffend die SL befugt sind (BGE 127 V 80 ff). Zuvor hatte es bereits entschieden, dass Xenical während der Dauer des Verfahrens in die SL aufzunehmen sei. Somit wird es seit Oktober 1999 im Rahmen der in der SL festgehaltenen Einschränkungen vergütet.

Im Juni 1998 reichte die Pfizer AG ein Gesuch um Aufnahme in die SL von Viagra ein, das für die Behandlung erektiler Dysfunktion registriert ist. Die Mehrheit der EAK beantragte die Aufnahme mit der Einschränkung einer seit mindestens sechs Monaten bestehenden erektilen Dysfunktion, die insbesondere auf Rückenmarkverletzungen, multiple Sklerose, Radiotherapie, Verletzungen im Genitalbereich, Diabetes oder medikamentös behandelte Depression zurückzuführen ist. Zudem beantragte sie, höchstens vier Tabletten monatlich zu vergüten. Das BSV folgte der Minderheit der EAK und wies die Aufnahme im Juni 1999 ab. Die Pfizer AG reichte gegen diese Verfügung Beschwerde bei der RKSL ein. Diese entschied am 26. März 2001, Viagra sei mit den von der EAK beantragten Einschränkungen, ergänzt um die Zustimmung der Vertrauensärztin des Krankenversicherers, grundsätzlich aufzunehmen, wobei bezüglich des Preises noch Abklärungen vorzunehmen seien. Gegen diesen Entscheid reichte das BSV beim EVG Beschwerde ein. Es macht insbesondere geltend, der eingeschränkte Einsatz von Viagra sei schwierig zu überprüfen. Zudem habe die Pfizer AG das Werbeverbot für Arzneimittel, die in der SL sind, missachtet, indem sie Inserate veröffentlicht habe, in denen das Publikum auf die Möglichkeit der Behandlung der Impotenz in Verbindung mit einem Arztbesuch hingewiesen wurde. Somit wird Viagra zurzeit von der obligatorischen Krankenversicherung nicht vergütet. Einzelne Krankenversicherer vergüten es aus der Zusatzversicherung.

Der Medikamentenmarkt aus Sicht der Preisüberwachung

Die von der Preisüberwachung in ihrem Jahresbericht 2000 präsentierte Preisvergleichsstudie zeigt, dass die Bemühungen, die Preise der kassenpflichtigen Präparate in den Griff zu bekommen, Früchte tragen. Sie zeigt aber auch, dass die Marktsimulation verstärkt und durch echte Marktelemente ergänzt werden muss, dass dies allein aber nicht genügen kann.



Josef Hunkeler
Preisüberwachung, Bern
Josef.Hunkeler@pue.admin.ch

Die Preisüberwachung hat sich seit den Achtzigerjahren für eine marktconformere Preisgestaltung im schweizerischen Medikamentenmarkt eingesetzt.¹ Eine Ausgangslage war die enorme und störende Preisdiskrepanz zum europäischen Ausland, welche als Folge der Wechselkursverschiebungen der ersten Hälfte der Siebzigerjahre mit aller Deutlichkeit zutage getreten war. Es war sehr bald klar, dass das Problem seinen Ursprung einerseits in der Abschottung des Schweizer Marktes vom europäischen Umfeld hatte, dass aber auch potente Kräfte am Werk waren, diesen für die Anbieter so vorteilhaften Effekt der Schweizer Währungspolitik so lange wie möglich zu erhalten.

Da der Medikamentenmarkt in einem gut organisierten Geflecht von Marktzutrittsbeschränkungen, Markt- und Margenordnungen ein integriertes System darstellte,² erschien es notwendig, in einem ersten Schritt wenigstens auf Publikumspreisniveau ein Minimum an Preiswahrheit wiederherzustellen. Dies wurde mit den Verordnungen zum neuen KVG im wichtigsten Teil dieses Marktes, das heisst, bei den kassenpflichtigen Medikamenten, per 1996 durch die Realisierung des Auslandpreisvergleichs z.T. erreicht.

Die Preise in der Schweiz sind im Vergleich zum Ausland weiterhin zu hoch

Der Vergleich der Preise von rund 1700 identischen Präparaten hat gezeigt, dass das Problem hoher bzw. überhöhter Medikamentenpreise in der Schweiz immer noch nicht gelöst ist.

Die durchschnittliche Überhöhung mehrwertsteuerbereinigter Publikumspreise gegenüber von Deutschland, «CH/D(PP)», liegt auch im Jahre 2000 immer noch bei 18,7%. Die Preisüberhöhung im «Hors-Liste»-Bereich ist aber mehr als doppelt so hoch (33,3%) als im Bereich der kassenpflichtigen Präparate der Spezialitätenliste (15,9%).

Preisvergleich identischer Arzneimittel³

Gruppe	n-IKS	CH / D (PP)	PP-CH-(CHF)
SL	1344	1,159	133.40
ex-SL	84	1,156	48.33
hors-Liste	272	1,333	104.30
Total	1700	1,187	124.54

Die Preiskontrolle im SL-Bereich zeigt Resultate

Die historische Entwicklung zeigt, dass die von der Preisüberwachung induzierte «Altlastenbereinigung» – trotz einiger Konzessionen im Rahmen der «Vereinbarung» mit der Pharmabranche⁴ – doch Wirkung gezeigt hat, dass aber auch die systematische Umsetzung der Auslandpreisvergleichsregeln bei Neuaufnahmen etwas gebracht hat. Zwar zeigen die «Altersgruppen» 1981–85 sowie 1986–90 immer noch erhebliche Disparitäten zur Zielgrösse der Verordnungsbestimmungen.⁵ Die «Preisschutzfrist» dieser Präparate war zum Zeitpunkt der Untersuchung z.T. allerdings noch nicht abgelaufen.⁶

Bemerkenswert ist die Entwicklung der Einheitspreise der neuen «Jahrgänge». Der Einführungspreis neuer Präparate ist in den letzten Jahren massiv angestiegen.⁷

OTC-Präparate zeigen grössere Disparitäten als verschreibungspflichtige Präparate

In der Gesamtbetrachtung der verglichenen Präparate erscheint ein Phänomen, welches gegen die Vermutung

Altersstruktur der erfassten SL-Präparate

Einführungsjahr	n-IKS	CH/D (PP)	PP-CH-(CHF)	
alt	1950–60	49	0,941	29.27
	1961–65	74	1,241	30.84
	1966–70	63	1,211	33.53
	1971–75	102	1,097	47.96
	1976–80	118	1,195	52.52
	1981–85	182	1,238	68.32
neu	1986–90	225	1,254	118.21
	1991–95	182	1,109	190.40
	1996–00	349	1,092	254.11
Total	1344	1,159	133.40	

der preisausgleichenden Wirkung des Wettbewerbs verstösst. Es scheint in der Tat, dass grössere Kundennähe nicht zu kleineren internationalen Preisdifferenzen führt. So ist die Preisüberhöhung bei den frei verkäuflichen Präparaten (OTC) praktisch doppelt so hoch wie bei den verschreibungspflichtigen Präparaten (Rx), deren Kauf durch Drittpersonen bestimmt wird und die zum grössten Teil von den Kassen vergütet werden. Diese Diskrepanz zeigt sich vor allem im «Hors-Liste»-Bereich.

Die auf der Basis der Verwaltungspraxis der Zulassungsbehörde entstandene Marktabschottung kommt hier offenbar noch stärker zum Tragen, und auch von Seiten der kontrollierten kassenpflichtigen Präparate kann kaum ein preisdämpfender Effekt erwartet werden.

Preis- und Patentschutz

Die aktuelle Untersuchung zeigt, dass an die Hälfte der registrierten Medikamente seit über 15 Jahren auf

- 1 Diese Darstellung basiert auf den Ausführungen im Jahresbericht 2000 der Preisüberwachung. Für eine ausführliche Fassung vgl. www.mon-sieur-prix.admin.ch.
- 2 Vgl. Jahresbericht 1994 des Preisüberwachers, VKKP 1b/1995, S. 117–136.
- 3 Deutschland wurde als wichtigster Handelspartner stellvertretend für diesen Vergleich herangezogen. Bedeutung der Abkürzungen: n-IKS = Anzahl erfasster IKS-Nummern; CH/D = Überhöhung der Schweizer Preise (MWSt-bereinigt; Mittelwert); PP-CH-(CHF) = aktueller durchschnittlicher CH-Preis in CHF (inklusive 2,3 % MWSt); PP = Publikumspreis; FAP = Fabrikabgabepreis; «ex-SL» betrifft Präparate, welche aus der SL gestrichen wurden.
- 4 Vgl. Jahresbericht 1998 des Preisüberwachers, RPW 1998/5, S. 752–755.
- 5 Art. 35 Abs. 1 KLV: «Der Preis eines Arzneimittels darf in der Regel den Durchschnittspreis, abzüglich der Mehrwertsteuer, dieses Arzneimittels in drei Ländern mit wirtschaftlich vergleichbaren Strukturen im Pharmabereich nicht überschreiten.» Die Vergleichsländer sind gegenwärtig Deutschland, Dänemark und die Niederlande.
- 6 Nach dieser problematischen Regel werden Preise, welche bei der Einführung eines Präparates in die SL «korrekt» gebildet wurden, während einer Dauer von 15 Jahren vom Amt «nicht ohne Not» nach unten korrigiert.
- 7 Durch den Ersatz von billigen «alten» durch teurere neue Präparate entsteht das Phänomen der «Umsteigeteuerung». Dies wird in den offiziellen Teuerungsindikatoren des LUK vollständig ignoriert, ist aber ein wichtiges Element der aktuellen Kostensteigerung im Medikamentenbereich.

SL- versus «Hors-Liste»-Präparate

Gruppe	Typ	n-IKS	CH/D (PP)	PP-CH-(CHF)
SL	Rx	1240	1,155	142.82
	OTC	104	1,213	21.01
ex-SL	Rx	68	1,130	55.01
	OTC	16	1,268	19.91
Hors-Liste	Rx	153	1,277	171.30
	OTC	119	1,405	18.17
Total		1700	1,187	124.54

dem Markt sind, dass aber die Wirkstoffe in der Regel noch mehrere Jahre älter sind. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass wenigstens die Hälfte aller angebotenen Medikamente, d.h. wohl auch wenigstens ein Drittel des Umsatzvolumens, nicht mehr unter Patentschutz steht und somit für Generikasubstitution und Parallelimporte in Frage kommen. Diese Zahlen sind wesentlich höher als was bisher in der Diskussion um die KVG-Revision in Sachen Generikasubstitution oder aber in der Diskussion im Zusammenhang mit dem «Kodak»-Entscheid des Bundesgerichtes in Sachen Parallelimporte angenommen wurde.

Fazit

Der Preisvergleich zu Deutschland zeigt, dass die Preise in der Schweiz immer noch sehr hoch sind. Er zeigt aber auch, dass die bis anhin getroffenen Massnahmen Früchte getragen haben und dass Einsparungen für die soziale Krankenversicherung in der Höhe von Hunderten von Millionen erreicht wurden.

Preisdifferenzen bestehen weiterhin, insbesondere in gewissen Therapiegruppen, wo immer noch historisch bedingte Dividenden realisiert werden können. Der Medikamentenmarkt in der Schweiz hat aber in den letzten zehn Jahren – seit der ersten Intervention der Preisüberwachung – zweifellos Fortschritte im Sinne einer Annäherung an das europäische Preisniveau bzw. in Richtung «mehr Wettbewerb» gemacht.

Notwendig sind aber verstärkte Anstrengungen in dieser Richtung: Konkret muss die Marktsimulation über eine Ausweitung des Länderkorbes verbessert werden und auch die marktwidrige «Preisschutzfrist» muss relativiert bzw. ganz abgeschafft werden.

Es gilt ferner, den freien Marktzutritt für Parallelimporte und Generika zu gewährleisten und – im Bereich der kassenpflichtigen Medikamente – das Prinzip der Kostengünstigkeit rigoros umzusetzen. «Neu» muss im Bereich der SL-Präparate Synonym für «besser oder günstiger» werden.

Können mit Arzneimitteln Kosten in anderen Bereichen eingespart werden?

Die Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen ist eine ständige Diskussionsgrundlage der gegenwärtigen Debatte im Gesundheitswesen. Für die Ressource Arzneimittel belegen zahlreiche Kosten-Nutzen-Studien einen positiven Produktivitätsbeitrag einzelner Medikamente und Medikamentengruppen. Dieses Gebiet der Pharmakoökonomie ist mittlerweile eine etablierte Forschungsrichtung und soll im Folgenden nicht diskutiert, sondern mit Hinweisen auf die einschlägige Literatur belegt werden.



Thomas D. Szucs
Chief Medical Officer
Hirslanden Holding Zürich
thomas.szucs@hirslanden.ch

Arzneimittel und Innovation

Die gegenwärtige Diskussion von Innovationen in der Arzneimitteltherapie ist keine akademische Debatte mehr. Es geht vielmehr ab jetzt und für eine unabsehbare Zukunft ganz konkret

- um das therapeutische Verhalten der Ärzte,
- um die Finanzierbarkeit von Innovationen und damit auch
- um die Refinanzierungsgrundlagen von forschenden Arzneimittelherstellern.

Im Sinne der ökonomischen Wohlfahrtstheorie verlangt das Effizienzpostulat, mit den begrenzten Ressourcen einer Volkswirtschaft eine höchstmögliche gesellschaftliche Wohlfahrt im Sinne des gesamten Nutzens aller Bürger zu verwirklichen. In einer Welt knapper Ressourcen bedeutet jede Mittelverwendung zwangsläufig den Verzicht auf die Inangriffnahme eines anderen Projektes und damit den Entgang des entsprechenden alternativen Nutzens. Obwohl laut öffentlichen Umfragen der Gesundheit ein hoher Stellenwert beigemessen wird, stellt sich im Sinne des Effizienzpos-

tulates die Frage, ob bei allen Projekten und Massnahmen der Gesundheitsversorgung der mit ihnen erzielte gesellschaftliche Nutzen noch die entsprechenden Opportunitätskosten rechtfertigt. Um dieses Postulat zu verwirklichen, bedarf es der systematischen Gegenüberstellung von Kosten und Leistungen der Arzneimitteltherapie.

Die Situation ist sehr brisant und verlangt die Frage nach der Effizienz und Effektivität der Arzneimittel ausgiebig zu diskutieren. Im Vordergrund stehen hier die makroökonomischen Effekte.

Arzneimittelleinsatz und Makroökonomie

Jüngere Untersuchungen führen auch auf der makroökonomischen Ebene den Nachweis, dass dem Arzneimittelleinsatz nicht nur eine adäquate Gegenleistung gegenübersteht, sondern dadurch auch ein Einspareffekt erzielt werden kann. Die bahnbrechende Studie von Frank Lichtenberg war eine der ersten umfangreichen Untersuchungen zum makroökonomischen Wert der Arzneimittel.

Frank Lichtenberg¹ ermittelt in dem von ihm untersuchten Zeitraum 1980 bis 1991/1992 unter anderem eine erhebliche Zunahme der Arzneimittelverordnungen, begleitet von einer Zunahme der ambulanten Konsultationen sowie einer gravierenden Abnahme der Spitalaufenthalte und der Spitaltage. Er kommt ebenfalls zum Ergebnis, dass beispielsweise eine Zunahme von 100 Verschreibungen mit einer Verminderung der Hospitalisationen um 1,48 und der Krankenhaustage um 16,3 verknüpft ist. Lichtenberg fasst seine Ergebnisse in monetären Grössenordnungen so zusammen, dass ein Dollar mehr, ausgegeben für Arzneimittel, gleichbedeutend ist mit einem Anstieg der Kosten für ambulante Leistungen um \$1.54 und mit einem Rückgang der gesamten Gesundheitsausgaben um \$1.11 (**s. Grafik**).

Eine kürzlich durchgeführte deutsche Studie untersuchte den ähnlichen Sachverhalt in den Jahren 1991–1997. Die in der von Lichtenberg et al. durchgeführten Studie ermittelte gegenläufige Beziehung zwischen der Ressource Arzneimittel sowie anderen Gesundheitsgütern und -dienstleistungen wird von einer empirischen Untersuchung von Horn et al. bestätigt.² Die Studie hatte zum Ziel, die Auswirkungen verschiedener Kostendämpfungsstrategien von HMOs, darunter auch den Einsatz von Arzneimittellisten, auf den gesamten Ressourceneinsatz zu ermitteln. Insbesondere wurden die Häufigkeit von Arztbesuchen, Krankenhaus- und Notfallweisungen sowie Arzneimittelverordnungen be-

trachtet. Zu diesem Zweck wurde eine prospektive Studie in sechs HMOs in den USA mit unterschiedlichen Kostendämpfungsstrategien über einen Zeitraum von zwölf Monaten ausgewählt und betrachtet: Arthritis, Asthma, gastrointestinale Schmerzen und Erkrankungen, Bluthochdruck und Mittelohrentzündungen. Bei jeder der Erkrankungen wurden 1300 bis 3900 Patienten untersucht. Die Analyse ergab bei vier von fünf untersuchten Erkrankungen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer zunehmenden Beschränkung der Arzneimittelverfügbarkeit durch Arzneimittellisten und einem Anstieg der Krankenhaus- und Notfalleinweisungen. Ebenfalls ein (wenn auch nicht statistisch signifikanter) Zusammenhang ergab sich u.a. mit der Anzahl der Praxisbesuche. Die Autoren leiten aus diesen Ergebnissen ab, dass die aus Arzneimittellisten erwachsenden Beschränkungen zu Steigerungen im Verbrauch anderer Gesundheitsgüter und -dienstleistungen führen. Ausserdem sehen die Autoren die Notwendigkeit, integrierte Versorgungskonzepte anstelle von einfachen Kostendämpfungsmaßnahmen zu entwickeln. Andernfalls könnten die Wechselwirkungen der verschiedenen Ressourcen untereinander nicht nur zur Zielerreichung, sondern darüber hinaus zu weiteren Konsequenzen führen, die der ursprünglichen Absicht zuwiderlaufen.

Pharmakonsum und Volksgesundheit

Um den Effekt des gesamten Pharmakonsums auf die Volksgesundheit zu prüfen, untersuchten Frech und Miller³ 21 OECD-Länder. Sie konnten zeigen, dass der Pharmakonsum einen positiven und signifikanten Effekt (ökonomisch und statistisch) auf die Restlebenserwartung bei 40- und 60-jährigen Personen hat. Die entsprechenden Elastizitäten waren 0,017 bzw. 0,040. Im Hinblick auf die Kosten pro gerettetem Lebensjahr

zeigten sich grosse Unterschiede zwischen Ländern mit hohem Konsum im Vergleich zu Ländern mit niedrigem Konsum. Beispielsweise betragen die Kosten pro gerettetem Lebensjahr US-\$3800 in der Türkei und US-\$60000 in Frankreich. Der Nicht-Pharmakonsum hatte keinen Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit. Demgegenüber konnten die Autoren keinen messbaren Effekt auf die Lebenserwartung feststellen.

Arzneimittelbudgets und Verschreibungsverhalten

Auch Schöffski et al.⁴ untersuchten die kurzfristigen Veränderungen des ärztlichen Verordnungs- und Überweisungsverhaltens als Folge der Einführung eines Arzneimittelbudgets im Jahre 1993 in Deutschland. Bei den niedergelassenen Ärzten zeigt sich, dass im Januar 1993 das Verordnungsniveau, gemessen anhand der Arzneimittelausgaben, um mehr als 30 % gegenüber dem Vorjahresschnitt gesunken ist. Für Allgemeinpraktiker und Internisten ergibt die Untersuchung, dass die Zahl der Überweisungen zu Spezialisten im Januar 1993 gegenüber 1992 um über 11 % statistisch signifikant anstieg.

Literatur

- 1 Lichtenberg F. The effect of pharmaceutical utilization and innovation on hospitalization and mortality. Working Paper 5418, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA, 1996.
- 2 Horn SD. et al. Intended and unintended consequences of HMO cost containment strategies. *Am J Managed Care* 1993; 3: 253–264.
- 3 Frech HE., Miller RD. The productivity of Health Care and Pharmaceuticals. An International Comparison. AEI Press, Washington, 1999.
- 4 Schöffski O. Consequences of implementing a drug budget for office-based physicians in Germany. *PharmacoEconomics* 1996; 10 (Suppl. 2): 37–47.

Effekte von Arzneimitteln auf die Gesamtausgaben

1



Quelle: Lichtenberg F., National Bureau of Economic Research, Cambridge MA, USA; Working Paper 5418 (1996)

Ein für Arzneimittel ausgegebener Dollar verursacht Kosten für ambulante Behandlung von \$ 1.54, führt aber zu Einsparungen von \$ 3.65 bei den Spalkosten. Die Gesamtausgaben für die Gesundheit vermindern sich so um \$ 1.11.

«Heilmittel» zur Kostensenkung

Bringt die LOA eine Kostendämpfung?

Die Einführung des neuen, leistungsorientierten Abgeltungsmodells (LOA) ab Anfang Juli 2001 hat da und dort Fragen aufgeworfen. Die Vertragspartner der LOA – Santésuisse und der Schweizerische Apothekerverband – halten indessen dieses Modell für einen wesentlichen Fortschritt. Sie erwarten eine spürbare kostendämpfende Wirkung. Eine solche hat sich im Landesindex der Konsumentenpreise des dritten Quartals 2001 bereits niedergeschlagen.



Marcel Mesnil
Generalsekretär Schweiz. Apotheker-
verband
marcel.mesnil@sphin.ch

Messbare Parameter für die Zielkonformität der LOA

Folgende qualitative und quantitative Parameter zeigen auf, dass sich die LOA kostendämpfend auswirkt:

Qualitativ nachweisbare Auswirkungen der LOA:

- A.1. Die LOA korrigiert den Anreiz zur Abgabe von teuren Präparaten.
- A.2. Die LOA korrigiert den Mengenanreiz.
- A.3. Die LOA setzt der passiven Beteiligung der Distribution an der Preiserhöhung ein Ende.
- A.4. Die LOA setzt Anreize für eine aktive Kostensenkung.
- A.5. Die LOA ist verbunden mit effizienzfördernden pharmazeutischen Leistungen.

Quantitative Auswirkungen der LOA:

- B.1. Simulation der direkten¹ Auswirkungen des Wechsels von der Marktordnungs-Marge (MO-Marge) zur LOA, gemäss Revision der SL-Preise und Tarifvertrag zwischen dem SAV und Santésuisse.

- B.2. Einsparungspotenzial beim Ersatz von Originalpräparaten durch Generika (= generische Substitution).
- B.3. Einsparungspotenzial bei der Medikamentenrechnung durch eine kritische Überprüfung der Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte in Qualitätszirkeln Arzt-Apotheker.

Qualitative Auswirkungen der LOA

Ad A.1.: Die LOA korrigiert den Anreiz zur Abgabe von teuren Präparaten

Die Apothekertaxe und die Patiententaxe sind unabhängig vom Produktpreis. Der SL-Preis rezeptpflichtiger Medikamente enthält einerseits einen fixen Betrag zur Abgeltung der Distributionskosten. Für Fabrikabgabepreise zwischen 15 Franken und 879.95 Franken ist dieser fixe Betrag konstant. Für die Abdeckung des gebundenen Kapitals der Distribution enthält der SL-Preis andererseits 15 % des Fabrikabgabe-Preises (reduziert auf 10 % für Fabrikabgabe-Preise ab Fr. 879.95 und ab Fr. 1799.95 durch einen fixen Betrag ersetzt). Nur noch dieser Teil der Abgeltung der Distribution ist also weiterhin vom Preis des Arzneimittels abhängig. Er wurde aber bewusst auf das tatsächliche Kapitalrisiko abgestimmt und stellt somit keinen Gewinnanreiz dar. Er stellt auch keine Querfinanzierung der Distributionskosten von billigen durch teurere Arzneimittel dar, wie es im Margensystem der Fall war.

Fazit: Der Lohn der Apothekerinnen und Apotheker ist mit der LOA unabhängig vom Preis des Arzneimittels. Er ist an die Verschreibung und an den Patienten gebunden.

Ad A.2.: Die LOA korrigiert den Mengenanreiz

Bei der Gesamtmenge an abgegebenen Medikamenten muss zwischen der Menge an Packungen und der Menge an Einzeldosen unterschieden werden. Mit der LOA hat nur noch die Menge an Packungen einen Einfluss auf die Abgeltung der Betriebskosten, was dem logistischen Aufwand auch entspricht. Hingegen sind Überprüfung und Abklärungsarbeit durch die Apotheker neu unabhängig von der Anzahl Packungen und Einzeldosen und nur noch mit der Verschreibung verknüpft. Dies widerspiegelt den intellektuellen Aufwand des Apothekers.

¹ Als direkte Auswirkungen werden automatische, rein mathematische Auswirkungen betrachtet. Dagegen setzen die unter B.2 und B.3 genannten Einsparungspotenziale einen aktiven Einsatz des Apothekers voraus.

Fazit: Der Mengenanreiz fällt insofern weg, als die LOA zu einer direkten Verknüpfung zwischen Abgeltung und Aufwand führt. Werden die Medikamente aber von demselben Leistungserbringer verschrieben und abgegeben (Selbstdispensation der Ärzte), bleibt er bestehen.

Ad A.3.: Die LOA setzt der passiven Beteiligung der Distribution an der Preiserhöhung ein Ende

Siehe A.1.: Die Distribution ist nur noch durch die prozentuale Marge für das gebundene Kapital des Apothekers an der Preiserhöhung beteiligt. Gleichzeitig nehmen aber die entsprechenden Kosten und die Risiken für das gebundene Kapital zu.

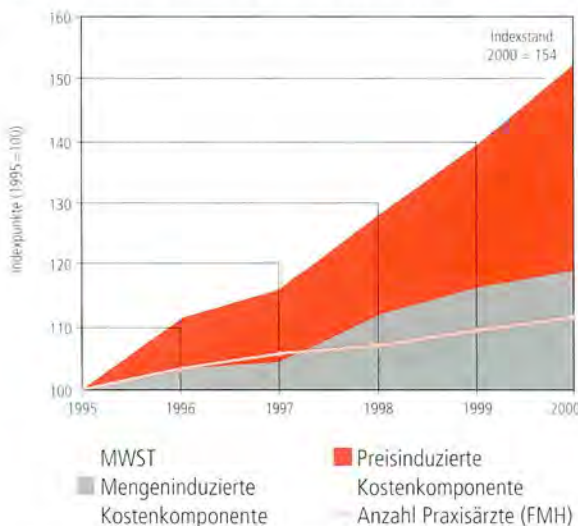
Ad A.4.: Die LOA setzt Anreize für eine aktive Kostensenkung

Der Ersatz von Originalmedikamenten durch Generika wird gemäss Art. 4a Abs. 1 Bst. c KLV abgegolten. Gemäss Ergänzungsvertrag zur LOA zwischen Santé-suisse und dem SAV erhält die Apothekerin oder der Apotheker 40 % der durch die Substitution erzielten Einsparung, maximal jedoch 21 Franken (=20 Taxpunkte/TP à Fr. 1.05). Die dadurch abgeholte Leistung des Apothekers enthält neben der Information des Patienten und der Auswahl des geeigneten Generikums auch die Information und Überzeugungsarbeit gegenüber dem Arzt (Art. 52a KVG). Zudem fördert die mit der LOA eingeführte Abgeltung der generischen Substitution den Dialog zwischen Apothekern und Ärzten. Das Ergebnis sind kostensparende therapeutische Substitutionen – ohne Qualitäts- oder Effizienzeinbussen.

Fazit: Die LOA setzt aktive Anreize für eine Kostensenkung.

Das Wachstum der Medikamentenkosten

1



Ad A.5.: Die LOA ist verbunden mit effizienzfördernden pharmazeutischen Leistungen

Die in den beiden Pauschalen «Apothekertaxe» und «Patiententaxen» enthaltenen Leistungen helfen mit, «drug-induced problems» zu verhindern. Die sorgfältige Überprüfung des Rezeptes (abgegolten durch die Apothekertaxe) und die Übersicht über die Patientensituation in Bezug auf die verschiedenen von ihnen eingenommenen Medikamente (abgegolten durch die Patiententaxe) erhöhen die Sicherheit der Patientin oder des Patienten und ermöglichen eine optimierte pharmazeutische Betreuung. Dieser von den Patienten geschätzte Mehrwert führt zu erhöhter Kundentreue und diese wiederum – durch die Vollständigkeit des Patientendossiers – zu einer Optimierung der pharmazeutischen Betreuung (pharmaceutical care). Ein positiver Kreislauf entsteht. Eine weitere positive Folge ergibt sich aus dem Anreiz für die Versicherer, die Kundentreue zu fördern, da sie zu direkten und indirekten Kosteneinsparungen führt.

Fazit: Die LOA ermöglicht und fördert die Übersicht des Apothekers über die von einem Patienten eingenommenen Arzneimittel und leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Effizienzsteigerung und zur Sicherheit der Pharmakotherapie. Die Optimierung der pharmazeutischen Betreuung birgt ein erhebliches Einsparungspotenzial bei den Gesundheitskosten.

Quantitative Auswirkungen der LOA: Prognosen

Zu B.1.: Simulation der passiven Auswirkungen des Wechsels von der Marktordnungs-Marge zur LOA gemäss Revision der SL-Preise und Tarifvertrag zwischen dem SAV und Santé-suisse

Im bisherigen System kosteten die 30 meistverkauften Medikamente knapp 1 Milliarde Franken zu Lasten der Grundversicherung. Ihr Marktanteil betrug 30 %. Wäre die LOA im Jahr 2000 bereits in Kraft gewesen, so hätte sich allein auf diesen Produkten eine Einsparung von 10 % ergeben. Mit der LOA sind 27 dieser 30 umsatzstärksten Präparate günstiger geworden (Quelle: Santé-suisse, «Zahlen & Fakten» Oktober 2001).

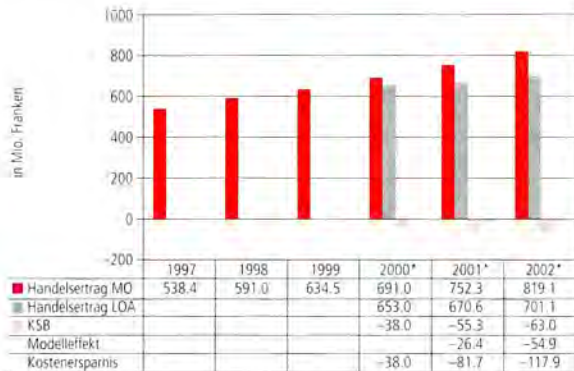
Dank dem Tarifvertrag zwischen dem SAV und Santé-suisse und dem darin enthaltenen «Kostenstabilisierungsbeitrag» von 3 % konnte die einsparende Wirkung der LOA bereits seit dem 1. April 2000 greifen. Gemäss Prognosen, die sich auf die Entwicklung der Medikamentenkosten seit 1996 stützen (**Grafik 1**), führte die Steigerung der Medikamentenpreise im Jahr 2000 zu einer Ertragssteigerung von 3 %.

Die in der **Grafik 2** dargestellten Simulationen basieren auf gemeinsamen Daten der Vertragspartner SAV und Santé-suisse und gehen von einer Einführung der

Kostensparnis im leistungsorientierten Abgeltungssystem

2

Simulation der Kostenwirkungen in den Jahren 2000 bis 2002



MO = Marktordnung; LOA = Leistungsorientierte Abgeltung; KSB = Kostenstabilisierungsbeitrag von 3 % seit dem 1. April 2000

Kostensparnis in drei Jahren = 238 Millionen Franken!

LOA per 1.1.2001 aus. Der Kostenstabilisierungsbeitrag und der Modelleffekt der LOA führen unter diesen Bedingungen bis Ende 2002 zu Einsparungen von 238 Mio. Franken.

Zu B.2.: Einsparungspotenzial bei der generischen Substitution

Im Jahr 2001 beträgt der noch nicht substituierte, aber substituierbare Umsatzanteil zirka 500 Mio. Franken. Bei einer durchschnittlichen Preisdifferenz von 20 % zwischen dem Originalmedikament und dem Generikum liegt das Einsparungspotenzial bei ca. 100 Mio. Franken. Aber jedes Jahr gibt es wieder umsatzintensive Präparate, die aus dem Patentschutz fallen und die somit substituiert werden können. Einsparungen durch Substitution sind deshalb ein Dauerauftrag für die Apotheker – ein weiterer Grund für einen Mentalitätswechsel, wie er durch die LOA herbeigeführt wird.

Fazit: Ein Mentalitätswechsel bei Apothekern, Ärzten und Patienten braucht Zeit. Einsparungen durch Substitution sind ein Dauerauftrag, zu dessen Erfüllung die LOA konsequent beiträgt.

Zu B.3.: Einsparungspotenzial bei Qualitätszirkeln Arzt-Apotheker

Unter der Voraussetzung, dass Ärzte bei der Verschreibung nicht durch finanzielle Anreize geleitet werden (wie sie durch die gleichzeitige Verschreibung und Abgabe von Medikamenten durch Ärzte entstehen) und dass die Apotheker leistungsorientiert abgelingen werden und unter der Voraussetzung, dass beide Berufe bereit sind, ihre Kompetenzen zu fördern und zusammen zu arbeiten, ist bewiesen, dass allein durch eine

kritische Überprüfung der umsatzintensivsten Indikationsbereiche Arzneimittelkosten in Höhe von 10000 Franken pro Arztpraxis und pro Jahr gespart werden können.

Fazit: Korrigierte Anreize ermöglichen eine zielkonforme Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wird jeweils optimiert – unter Einhaltung oder sogar Verbesserung der Qualität.

Schlussfolgerung

Die **qualitativen** Vergleiche zeigen, dass allein der Systemwechsel von der Marktordnungs-Marge zur LOA zusammen mit dem Kostenstabilisierungsbeitrag bis Ende 2002 zu **Einsparungen von über 200 Mio. Franken** führen wird.

Die quantitative Auswirkung der LOA in Bezug auf eine erhöhte Bereitschaft der Apotheker und Patienten zur generischen Substitution ist noch nicht messbar. Sie ist in dieser Einsparungsprognose nicht enthalten und bedeutet somit **zusätzliche Einsparungen**.

Auch nicht enthalten sind die Einsparungen durch die Intensivierung von Beratungsmassnahmen (Medikamentenübersicht pro Patient, erhöhte Patiententreue zu einer Apotheke, Steigerung der Behandlungsdiziplin der Patienten und richtiger Medikamenteneinsatz durch erhöhte Nachfrage nach Beratung usw.). Die Messbarkeit dieser Parameter ist leider in absehbarer Zeit nicht möglich, da kein repräsentativer Versicherer über die entsprechenden Daten in der notwendigen Form verfügt.

Erste Analysen der Marktdaten für das 3. Quartal 2001 zeigen jedoch bereits, dass die neuen SL-Preise die erwartete Senkung der Produktkosten gebracht haben und sich somit die erstellten Modellrechnungen bestätigen. Auch im Landesindex der Konsumentenpreise hat sich die LOA bereits ausgewirkt: die Medikamentenpreise sind zwischen Juli und Oktober im Schnitt um 3,5 % gesunken.

Literaturquellen:

1. Max Brentano und Bernd Schips, «System zur Honorierung der Apothekerleistungen, ein Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen», Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich, April 2001.
2. Zahlen und Fakten im Gesundheitswesen, Santésuisse, Oktober 2001.
3. Qualitätszirkel Arzt-Apotheker im Kanton Freiburg. Dossier und diverse Publikationen auf Anfrage.
4. Tarifvertrag LOA und Ergänzungsvertrag LOA zwischen Santésuisse und dem SAV, 2001. Beim Bundesrat zur Genehmigung.

Ein neues «Heilmittel» zur Kostensenkung: der Parallelimport

Bisher war in der Schweiz der Parallelimport von Arzneimitteln, also die Einfuhr eines bereits in der Schweiz registrierten Arzneimittels durch eine weitere Vertriebsfirma, aus gesundheitspolizeilichen Gründen nicht gestattet. Für die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel galt der Grundsatz: «ein Präparat – eine Vertriebsfirma», und zwar unabhängig davon, ob es sich um ein patentgeschütztes Arzneimittel handelte. Dies ändert sich mit dem Inkrafttreten des neuen Heilmittelgesetzes.



Thomas Schuler
Bundesamt für Gesundheit BAG
thomas.schuler@bag.admin.ch

Der Bundesrat schlug in der Botschaft vom 1. März 1999 zu einem neuen Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz; HMG) vor, das Verbot für den Parallelimport von Arzneimitteln zu lockern. Zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit und des Patientenschutzes sowie der Rechte des Patentinhabers legte er klare gesetzliche Rahmenbedingungen fest. Im gleichen Jahr entschied das Bundesgericht, nach schweizerischem Patentgesetz gelte das Prinzip der nationalen Erschöpfung (BGE 126 III 129 i.S. KODAK). Gestützt darauf kann sich ein Patentinhaber dem Parallelimport von patentgeschützten Arzneimitteln widersetzen. Vor diesem Hintergrund wurden die betreffenden Gesetzesbestimmungen im

Parlament äusserst kontrovers beraten und waren bis zur Schlussabstimmung umstritten.

Im Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000, das auf den 1. Januar 2002 in Kraft treten wird, sind nun folgende drei Grundsätze festgelegt worden:

- Die Einfuhr eines bereits in der Schweiz zugelassenen Arzneimittels durch eine weitere ZulassungsinhaberIn ist unter bestimmten Voraussetzungen gestattet.
- Dieses eingeführte Arzneimittel muss vorgängig durch das Schweizerische Heilmittelinstitut (Institut) zugelassen werden, wobei das Zulassungsverfahren vereinfacht wird.
- Für ein patentgeschütztes Arzneimittel darf das Institut grundsätzlich keine Zulassung erteilen.

Konkret hält Artikel 14 Absatz 2 HMG fest, dass ein eingeführtes Arzneimittel nur dann vereinfacht zugelassen werden kann, wenn es den gleichen Anforderungen genügt wie das in der Schweiz bereits zugelassene Arzneimittel. Überdies muss es aus einem Staat stammen, der über ein gleichwertiges Zulassungssystem wie die Schweiz verfügt (bspw. aus einem EG-Mitgliedsstaat). Zudem hat die weitere ZulassungsinhaberIn dauernd sicherzustellen, dass sie die gleichen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen erfüllt wie die ZulassungsinhaberIn des erstangemeldeten Arzneimittels (Originalpräparat).

Im Einzelnen sind die Zulassungsvoraussetzungen in den Artikeln 16–19 der Institutsverordnung vom 9. November 2001 über die vereinfachte Zulassung von Arzneimitteln geregelt.¹ Insbesondere muss die GesuchstellerIn über eine Herstellungs- oder Einfuhrbewilligung verfügen und gewisse administrative Unterlagen einreichen, wie sie auch für die ordentliche Zulassung gelten. Ebenfalls hat sie zu belegen, dass die Bezeichnung, die Fach- und die Patienteninformation und die Angaben auf der Packung des eingeführten Arzneimittels mit demjenigen des Originalpräparates identisch sind. Dieses Erfordernis grenzt das eingeführte Arzneimittel von einer Arzneimittelkopie ab.

Artikel 14 Absatz 3 HMG schreibt vor, dass solche eingeführte Arzneimittel so lange nicht zugelassen werden dürfen, als das Originalpräparat patentgeschützt ist, und verpflichtet den Bundesrat zur Regelung des Verfahrens für die Geltendmachung des Patentschutzes. Die Arzneimittelverordnung vom 17. Oktober 2001 regelt dieses Verfahren in Artikel 18. Ob das Arzneimittel patentgeschützt ist, muss von der ZulassungsinhaberIn des Originalpräparates glaubhaft ge-

¹ Sofern das Heilmittelgesetz und die darauf basierenden Ausführungsverordnungen noch nicht in der Amtlichen Sammlung publiziert sind, finden sich unter der Internetadresse <http://www.bag.admin.ch/heilmitt/aktuell/d/index.htm> die provisorischen Erlasstexte.



Copyright: Keystone

macht werden. Damit wird klargestellt, dass die Zulassungsinhaber für das Bestehen eines Patentschutzes nicht den strikten Beweis im juristischen Sinne erbringen muss, sondern dass an den Nachweis geringere Anforderungen gestellt werden. Dies bedeutet auch, dass das Institut nicht die Kompetenz hat, über das tatsächliche Bestehen oder Nicht-Bestehen eines Patentschutzes abschliessend zu befinden. Artikel 14 Absatz 3 HMG behält denn auch die Regeln des Immaterialgüterrechts ausdrücklich vor, so dass es der unterlegenen Gesuchstellerin unbenommen bleibt, nach

Abweisung des Gesuches entsprechende Schritte bei einem Zivilgericht einzuleiten.

Ob der «Parallelimport» von Arzneimitteln ein effektives Heilmittel zur Senkung der Medikamentenkosten sein wird, hängt davon ab, ob Firmen bereit sein werden, unter den im schweizerischen Arzneimittelrecht ab 2002 geltenden Voraussetzungen solche Medikamente einzuführen. In welchem Umfang sie davon Gebrauch machen – und mit welchen Wirkungen für die Medikamentenkosten –, darüber lässt sich zurzeit erst spekulieren.

Parallelimporte

Den Medikamenten-Protektionismus aufbrechen



Rudolf Strahm
Nationalrat, Herrenschwanden BE
strahm.gmbh@bluewin.ch

Protektionistische Rahmenbedingungen

Im Pharmamarkt ist die Schweiz eine Hochpreisinsel. Der schweizerische Medikamentenmarkt ist wettbewerblich fast völlig abgeschottet und wird gesetzgebend von einer Interessensallianz von Pharmabranche, Apothekern und staatlichen Stellen (IKS und Bundesamt für Gesundheitswesen) abgedichtet. Die Strategie der Pharmabranche besteht in einer künstlichen Marktsegmentierung mittels unterschiedlicher Verpackungsverfahren, Anschreibepflichten, Packungsgrößen und segmentierter Verkaufskanäle.¹

Hauptproblem ist die Verhinderung von Parallelimporten, d.h. von gleichen Medikamenten aus dem Ausland durch andere Vertrieber als die Vertriebsorganisationen der multinationalen Pharmakonzerne. Das aus wettbewerblicher Sicht katastrophale Urteil des Bundesgerichts im Fall Kodak/Jumbomarkt vom Dezember 1999 hat dem konsumentenfeindlichen Protektionismus in der Hochpreisinsel Schweiz noch Vorschub geleistet.

Kontrollierte generelle Zulassung von Parallelimporten

Zur Ermöglichung von Parallelimporten sind folgende politische Stossrichtungen zu verfolgen:

1. Vordringlich ist zunächst ab 2002 eine vereinfachte Zulassung von Medikamenten mit abgelaufenem Patentschutz. Bekanntlich wurde im Heilmittelgesetz der Art. 14 Abs. 2 beschlossen, der für Medikamente mit abgelaufenem Patentschutz (knapp 40% des

Pharmamarktes) endlich Parallelimporte erleichtern sollte.

Vieles deutet nun darauf hin, dass aus dem Vollzugs-erlass des Heilmittelinstituts eine Verhinderungsverordnung wird. Ein prominenter europäischer Grosshändler und Spezialist in Parallelimporten in Deutschland qualifizierte den Entwurf als Verhinderungsbestimmung: Mit den im Verordnungsentwurf enthaltenen Bestimmungen könnte der Grossimporteur keine Parallelimporte in der Schweiz abwickeln. Die Verordnung muss bürokratische und administrative Behinderungen eliminieren und Parallelimporte aus Ländern mit gleichwertigen Zulassungsverfahren und Qualitätsstandards ohne bürokratische Hürden und Kontrollen zulassen. Sie muss bloss die Anschreibeverfahren für die Schweiz und Stichprobenkontrollen regeln.

2. Die wichtigste Stossrichtung besteht wohl in einer *generellen Zulassung von Parallelimporten aufgrund kartellrechtlicher Praxis*. Im Kartellgesetz braucht es im Zuge der bevorstehenden Revision einen Artikel, der auf wettbewerblicher Ebene den Parallelimport zulässt. Bekanntlich hat die WAK-Nationalrat mit ihrer Motion 00.3412 (Parallelimporte: Änderung des Kartellgesetzes) gefordert, dass mit Berufung auf das Patentrecht keine Wettbewerbsbehinderungen stattfinden dürfen. Diese Motion wurde im Nationalrat nach intensivem Lobbying der interessierten Kreise am 22. März 2001 mit 89:83 Stimmen knapp abgelehnt. Wir werden bei der Kartellgesetzrevision den Fragenkomplex wieder aufgreifen.
3. Als weitergehende Variante der generellen Zulassung von Parallelimporten ist mittelfristig eine *regional-innereuropäische Erschöpfung von Patentrechten* vorzusehen. Dies würde eine Änderung des Patentrechts und ein Reziprozitätsabkommen mit der EU erfordern. Die Folge wäre, dass keine länderweise Marktabschottung mehr möglich ist.
4. Als nächster Schritt ist eine *Harmonisierung mit der Medikamentenzulassung in der EU dringend nötig*. Bisher hatte sich das Seco gegen eine solche Harmonisierung zur Wehr gesetzt, wohl auch wiederum durch den Einfluss der Interessenkreise. Die grossen schweizerischen Pharmakonzerne benützen für die Zulassung in Zukunft die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA). Es ist nicht einzusehen, warum in der Schweiz zu Marktabschottungszwecken noch einmal ein gesondertes Zulassungsverfahren angewandt werden soll.

¹ Ausführlicheres unter www.rudolfstrahm.ch/Aktuelles: Strategie Pharmakosten.

Die Beschlüsse der Medikamententagung vom 2. Juli 2001

Auf Einladung von Bundesrätin Ruth Dreifuss haben die Partner im Gesundheitswesen an einer Konferenz in Bern über die Kostenkontrolle im Medikamentenbereich diskutiert. Dabei wurde einerseits die Umsetzung der aktuellen Praxisänderungen beleuchtet (Generikasubstitution, neues Abgeltungsmodell). Andererseits formulierten die Teilnehmenden gemeinsame Vorstellungen über weitere mögliche Massnahmen mit kurz- oder mittelfristig kostendämpfender Wirkung.

Fritz Britt, Chef der Hauptabteilung KUV, BSV

Mit Beteiligung von Vertreterinnen und Vertretern der Organisationen der Ärztinnen/Ärzte, der Apotheker/innen, der Pharmaindustrie (inklusive der Generikahersteller), der Krankenversicherer, der Patientinnen und Patienten wie auch der Versicherten sowie der Preisüberwachung, der Wettbewerbskommission und anderer Vertreter/innen des Bundes wurden vier Themenkreise diskutiert. Die Teilnehmenden waren sich in Bezug auf die Zielsetzungen der besprochenen kostendämpfenden Massnahmen weitgehend einig. Und die Zusammenarbeit wurde in verschiedenen Projekten in der zweiten Hälfte des Jahres 2001 konkretisiert.

Die Vorschläge zielen in Richtung einer verbesserten Information der Patient/innen und Ausbildung der Apothekerinnen und Ärzte, der Förderung von Qualitätszirkeln, des Angebots zweckmässiger Packungsgrössen, der vermehrten Förderung der Generika und der Überprüfung des Preisfestsetzungsverfahrens.

1. Themenbereich

Im Bereich Massnahmen zur Mengenkontrolle/«Compliance» geht es insbesondere um die gemeinsamen Anstrengungen zur verbesserten Information der Patient/innen, um die Durchsetzung von zweckmässigeren Packungsgrössen sowie um die Förderung von Qualitätszirkeln von Ärzten und Apothekerinnen. Konkret sollen generelle Informationskampagnen für Versicherte und Patientinnen zur Verbesserung der Compliance durchgeführt werden. Weil die Leistungserbringer im konkreten Fall der Verschreibung und Abgabe von Medikamenten die Patient/innen zu beraten haben, sind sie entsprechend auszubilden. Schliesslich können mit der Eliminierung von Therapiegruppen aus der Spezialitätenliste (SL) unnötige Verschreibungen vermieden werden. Dies ist durch eine Expertengruppe zu prüfen.

2. Themenbereich

Im Bereich Massnahmen in der Distribution soll mehr Transparenz in der Vertriebskette geschaffen werden. Vertieft geprüft werden die konkrete Weitergabe von Vergünstigungen sowie notwendige Rahmenbedingungen für neue Vertriebswege. Die Verbesserung der Transparenz kann durch eine Veröffentlichung der Preise und Preisgefüge erreicht werden. Zudem soll die konkrete Umsetzung der ab 1. Januar 2002 geltenden neuen Bestimmungen in Art. 33 des Heilmittelgesetzes (HMG) sowie in Art. 56 Abs. 3 und Art. 92 lit. d KVG vom BSV mit einer Arbeitsgruppe begleitet werden. Dabei geht es darum, die Rabatte und Boni besser in den Griff zu bekommen.

3. Themenbereich

Bei der Generikasubstitution soll vor allem die Umsetzung der bereits getroffenen gesetzlichen Massnahmen in der Praxis begleitet werden. Neben finanziellen Anreizen spielt auch hier die Information der Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle, um das Vertrauen in die Generika zu stärken. Näher geprüft werden die Pflicht zur systematischen Angabe der Wirkstoffbezeichnung sowie die Praxis des Bundlings (Pflicht zum Kauf eines ganzen Sortimentes) v.a. in den Spitälern.

4. Themenbereich

Betreffend Verfahren sollen folgende Punkte in einer Arbeitsgruppe bearbeitet werden:

- a. Die Überprüfung des Zulassungsverfahrens zur Krankenversicherung bezüglich der einzureichenden Unterlagen, der Parallelität der Verfahren sowie der Einräumung einer Überprüfungsperiode von zwei Jahren, d.h. allenfalls eine summarische Aufnahme mit einer vollständigen Überprüfung innert zwei Jahren. Dies entspricht der von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission EAK in jüngster Zeit verfolgten Beschränkung der Zulassung auf zwei Jahre, meist aufgrund der mangelnden Unterlagen zum Auslandspreisvergleich.
- b. Die Anpassung, allenfalls die Vergrösserung des Länderkorbes mit dem Ziel der Annäherung an das europäische Niveau, aber auch mit dem Ziel der breiteren Abstützung der Preisüberprüfung.
- c. Schliesslich sind die Verfahren für die Kassenpflicht-Aufnahme bei den Parallelimporten und anderen erleichterten Zulassungen des HMI zu überprüfen.

Ferner haben sich im Bewusstsein ihrer Konsumentenschutzverpflichtungen die Vertreter der Apotheker und selbstdispensierenden Ärztinnen ohne Weiteres zur Preisangabe auf der Verpackung bereit erklärt.

Massnahmenpaket der Sozialdemokratischen Partei (SP)

Eine Milliarde Franken bei den Medikamentenkosten sparen?

Die Ausgaben in der Schweiz für Medikamente haben im Jahr 2000 die Marke von 5 Milliarden Franken überschritten. Davon gingen 3,24 Mrd. Franken zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung; dies entspricht 21 % der KV-Leistungen. Der Kostenanstieg in der Kategorie Medikamente betrug im Vergleich zum Jahr 1999 11,5 %. Bereits in den Vorjahren stiegen die Pharmakosten mit je 7 bis 10 % von allen Leistungskategorien am stärksten an. «So kann es nicht weitergehen», findet die SP Schweiz. Aus ihrem im Internet publizierten Massnahmenpaket¹ entnehmen wir die vorgeschlagenen Massnahmen in verkürzter Form. Die Redaktion

Die im Massnahmenpaket der SP präsentierten Forderungen sind nur zum kleineren Teil neu. Erstmals wurden jedoch alle empfohlenen Massnahmen in einem Papier zusammengefasst und soweit möglich deren Sparpotenzial ermittelt. Es wird mit Einsparungen von jährlich 1 Milliarde Franken gerechnet.

1. Keine Medikamente mehr im Abfall

Jährlich landen Medikamente im Wert von über 500 Mio. Franken im Abfall. Untersuchungen zeigen, dass bis zu 40 % der Langzeittherapien mit Medikamenten von den Patienten abgebrochen werden. Diese hohen Abfallmengen können mit einfachen Mitteln mindestens halbiert werden.

Forderung: Medikamente müssen in der kleinstmöglichen, therapiegerechten Packungsgrösse abgegeben werden. Zusätzlich braucht es eine patientengerechte Verschreibungspraxis durch die Ärzt/innen. Patient/innen müssen in die Entscheide für/gegen Medikamente verstärkt einbezogen sowie über Vor- und Nachteile von Medikamenten besser informiert werden.

¹ Medikamentenpreise machen Kopfweh: 1 Milliarde Franken muss weg! Ein Massnahmenpaket der Sozialdemokratischen Partei der Schweiz, an einer Medienkonferenz vom 7. September 2001 präsentiert durch Nationalrätin Simonetta Sommaruga, Nationalrat Rudolf Strahm und Nationalrat Franco Cavalli.

² Der Marktanteil der Generika beträgt: in der Schweiz 3,2 %, in Holland 30 %, in Deutschland 17 %, in Kanada 18 %, in den USA 12 % des Pharmamarktes (Schätzungen Mepha Pharma, NZZ 17. 7. 2001 S. 22).

2. Ärzte/Ärztinnen verschreiben Generika

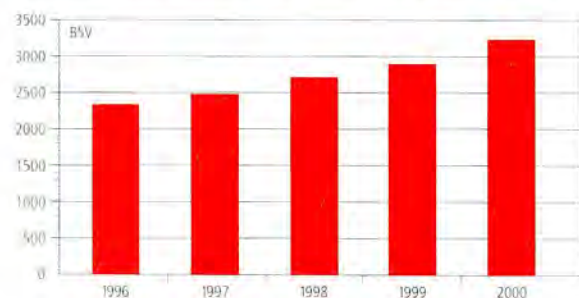
Der Generika-Anteil in der Schweiz ist so tief wie in keinem andern europäischen Land.² Obschon 40 % des Medikamentenmarktes durch Generika ersetzt werden könnten, beträgt heute der Anteil der Generika nur knapp 3 %. Das seit dem 1. Januar 2001 geltende Substitutionsrecht der Apotheker/innen zeigt jedoch kaum Wirkung, weil die minimale Abgeltung keinen Anreiz bildet, den Entscheid des Arztes zu korrigieren und die Patienten davon zu überzeugen.

Forderung: Eine spürbare Sparwirkung ist nur zu erwarten, wenn die primären Vertrauenspersonen (Ärzt/innen in der Praxis und im Spital) verpflichtet werden, Generika anstelle von Originalpräparaten zu verschreiben, sofern keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

3. Neuzulassungen nur bei therapeutischen und/oder preislichen Vorteilen

Die hohen Kostensteigerungen bei den Medikamenten haben ihre Ursache weniger in der Mengenausweitung als darin, dass die einzelnen Medikamente immer teurer werden – günstige Medikamente werden durch teure ersetzt. Daher steigen die Preise pro Packung je-

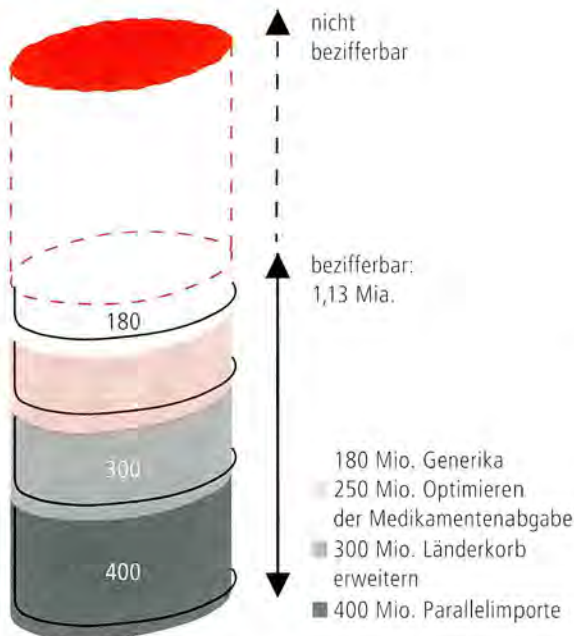
Medikamente ambulant: 1996–2000 plus 43,5 % ¹



Die Medikamentenkosten, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden, stiegen in den vergangenen Jahren kontinuierlich. 1996 betrug sie noch 2,3 Mrd. Franken, im Jahre 2000 waren es bereits 3,3 Mrd. Franken oder 43,5 % mehr. Diese Zahlen beinhalten nur die Medikamente, die im ambulanten Bereich (Arzt und Apotheke) abgegeben wurden. Nicht enthalten sind Medikamente, die in Spitälern und Pflegeheimen eingesetzt wurden.

Sparpotenzial der SP-Massnahmen und -Forderungen

2



In der Grafik nicht enthalten sind 130 Mio. Sparpotenzial durch Senken der Apothekermargen (nach 5 Jahren, s. Pkt. 7).

des Jahr um 5 %. Das im KVG verankerte Kostengünstigkeitsprinzip lässt es durchaus zu, Medikamente nur dann zuzulassen, wenn sie besser oder günstiger sind. Die heutige Praxis nutzt diese Möglichkeit nicht.

Forderung: Neue Medikamente werden nur noch bewilligt, sofern diese einen nachweislich neuen medizinischen Nutzen enthalten und/oder Kosteneinsparungen für die Behandlung bewirken. Um zu verhindern, dass die Zulassung von neuen Medikamenten erzwungen werden kann, indem alte, wichtige Präparate vom Markt genommen werden, braucht es die Möglichkeit der Parallelimporte.

4. Kontrollierte generelle Zulassung von Parallelimporten

Gestützt auf das neue Heilmittelgesetz, das Anfang 2002 in Kraft treten soll, erlässt der Bundesrat demnächst die «Verordnung über die vereinfachte Zulassung von Heilmitteln». In dieser Verordnung wird u.a. die Zulassung von Medikamenten mit abgelaufenem Patentschutz geregelt. Die SP befürchtet, dass dabei die so genannten Parallelimporte weiterhin nur sehr restriktiv zugelassen werden. Das Kartellrecht bietet zurzeit ebenfalls keine Grundlage, um auf wettbewerblicher Ebene den Parallelimport zuzulassen.

Forderung: Im Zuge der bevorstehenden Revision des Kartellrechts soll die Bestimmung eingeführt werden, dass mit Berufung auf Immaterialgüterrechte (Patentrechte) keine Handelsbehinderung mehr zulässig ist. Patentschutz soll zwar weiterhin für Inlands- und Auslandsprodukte gewährt werden, aber er darf nicht zur Behinderung von Parallelimporten missbraucht werden. Die weiteren Forderungen zur Erleichterung von Parallelimporten werden im Beitrag von Nationalrat Strahm auf Seite 323 präzisiert.

5. Preisvergleich mit europäischem Durchschnitt statt mit Hochpreisländern

Die unter dem Einfluss der Pharmalobby eingeführten Auslandpreisvergleiche berücksichtigen die drei Hochpreisländer Deutschland, Holland und Dänemark.

Forderung: Die Preisvergleiche stützen sich auf den Durchschnitt der Pharmapreise in den EU-Ländern. Zu diesem Zweck muss die Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV abgeändert werden. Zudem soll der Preis neuer Pharmazeutika, für die noch kein Preisvergleich mit andern Ländern möglich ist, nur für zwei Jahre provisorisch festgesetzt und dann im Ländervergleich überprüft werden.

6. Harmonisierung mit EU-Medikamentenzulassung

Die Europäische Agentur für die Beurteilung von Medikamenten EMEA ist die für die EU zuständige Agentur für die Zulassung von Pharmazeutika. Sie ist unabhängig von der Pharmalobby und strenger als die schweizerische Zulassungsbehörde. Es ist daher nicht einzusehen, warum in der Schweiz noch einmal ein gesondertes Zulassungsverfahren nötig sein soll.

Forderung: Die Schweiz soll die Medikamentenzulassung der EMEA anerkennen oder mindestens eine engere Zusammenarbeit mit ihr anstreben.

7. Apothekermargen senken

Die Schweiz ist wegen der zu hohen Apothekermargen mit einer zu hohen und kostspieligen Vertriebsstellendichte «Over-Apotheked».

Forderung: Während der nächsten zehn Jahre soll die Marge jährlich um 1 % (gemessen am Verkaufspreis) reduziert werden. Zuständig für die Massnahme sind das BSV und die Heilmittelkommission. Allenfalls braucht es eine Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV.

Kosten uns die Medikamente zu viel?

Antworten von Exponenten der Politik und der Wirtschaft



Thomas B. Cueni
Generalsekretär Interpharma
tcueni@interpharma.ch

1. Sind die Medikamentenkosten in der Schweiz zu hoch?

Nein.

- weil wir für Arzneimittel in der Schweiz nur gerade 11% unserer Gesundheitskosten ausgeben, während es etwa in Frankreich 21% sind,
- weil neue Medikamente oft die Überlebenschancen verbessern und die Heilung beschleunigen,
- weil neue Medikamente mithelfen, Kosten zu sparen, indem sie zu kürzeren Spitalaufenthalten und weniger Arztbesuchen führen.

2. Wo sehen Sie das grösste Sparpotenzial?

Das teuerste Medikament ist jenes, das vom Arzt verschrieben, von der Kasse bezahlt und vom Patienten nicht oder nicht richtig eingenommen wird. Wenn nur ein Teil der Energien, welche heute in endlosen Diskussion über Preise und Kosten verpufft werden, in eine Verbesserung der Qualität der medikamentösen Versorgung und eine Erhöhung der Compliance eingesetzt wird, gibt es eine erhebliche Verbesserung in der Effizienz der Arzneimittel-Versorgung. Als Beispiel: knapp 60% der Behandlungskosten bei Diabetes werden durch Krankenhausaufenthalte verursacht. Rechtzeitig und richtig eingesetzt, helfen Medikamente, teure Spitalaufenthalte zu verhindern oder zu reduzieren.

3. Ist das neue Abgeltungsmodell der richtige Weg?

Seitens der Industrie begrüssen wir die Stossrichtung des neuen Abgeltungsmodells. Der Grundsatz einer im Wesentlichen preisunabhängigen Abgeltung der Leistung von Handel und Apotheke führt zu tieferen Preisen für neue, innovative und in der Regel teurere Medikamente. Damit wird der Kostenanstieg zum Nutzen von Krankenkassen und Patienten gebremst.

4. Welche anderen Massnahmen halten Sie für wirksam und realisierbar?

Wenn die Schweiz ihre starke Stellung als ein weltweit führendes Land der Pharmaforschung halten will, wird sie auch in Zukunft die Innovation honorieren und den Patentschutz und die Therapiefreiheit respektieren. Die forschenden Pharmafirmen sind aber bereit, einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten. Neben den bereits eingeleiteten Massnahmen – Parallelimporte nach Patentablauf, Erlaubnis der Generikasubstitution, LOA, Preisvergleich nach Patentablauf – stehen für uns zur Diskussion: eine Verschärfung des Preisdrucks nach Patentablauf, Streichung einzelner therapeutischer Gruppen aus der Grundversicherung, Massnahmen im Bereich der Selbstbeteiligung.

Kosten uns die Medikamente zu viel?

Walter P. Hölzle
Geschäftsführer VIPS¹
walter.hoelzle@hbpc.ch

Die VIPS legt grossen Wert darauf, dass man nun endlich den vielen beschlossenen Änderungen eine Chance gibt und von dem eher chaotischen Aktionismus Abstand nimmt. Generell ist im Weiteren zu bemerken, dass die medikamentöse Therapie die günstigste und bestbelegte Möglichkeit darstellt, den Patienten nachhaltig zu helfen. Die pharmazeutische Industrie hat in der Vergangenheit viel dazu beigetragen, dass die Therapiekosten in der Schweiz mit denen in vergleichbaren Ländern angepasst wurden.

1. Sind die Medikamentenkosten in der Schweiz zu hoch?

Die Fabrikabgabepreise sind in der Schweiz heute eher am unteren Preisband von Europa, was den lokalen Firmen Probleme verursacht, da diese das Kosteniveau der Schweiz nicht umwälzen können. Alle Innovationen sind im europäischen Durchschnitt, und die älteren Produkte werden nach 15 Jahren angepasst. Die Konklusion ist, dass die Medikamentenkosten in der Schweiz vor allem im Kaufkraftvergleich äusserst preiswert sind.

2. Wo sehen Sie das grösste Sparpotenzial?

Ein grosses Sparpotenzial ergibt sich in der Förderung von Information, so dass die Compliance nachhaltig verbessert wird. Auch gibt es gute wissenschaftliche Untersuchungen, welche belegen, dass die Förderung von neuen modernen Therapien Kosten sparen kann (Lichtenberg Frank: Are the Benefits of Newer Drugs Worth Their Cost? Evidence from the 1996 MEPS. Health Affairs, Volume 20, Number 5, September 2001).

3. Ist das neue Abgeltungsmodell der richtige Weg?

Das neue Abgeltungsmodell wurde von der Industrie als mögliche Lösung im Sinne von Anreizneutralisier-

ung positiv betrachtet. Es ist uns ein Anliegen, das neue System nun umzusetzen, um später die Erfolge oder Misserfolge analysieren zu können.

4. Welche anderen Massnahmen halten Sie für wirksam und realisierbar?

Die VIPS ist der Überzeugung, dass ein liberaler und freier Markt auch im Medikamentensektor die besten Resultate für alle Betroffenen bringen könnte.



Copyright: Keystone

¹ VIPS = Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten

Kosten uns die Medikamente zu viel?



Simonetta Sommaruga
Nationalrätin, Präsidentin
der Stiftung für Konsumentenschutz
sommaruga@konsumentenschutz.ch

1. Sind die Medikamentenkosten in der Schweiz zu hoch?

Medikamente in der Schweiz sind durchschnittlich 50 bis 70 % teurer als in den sogenannten «Normalpreis»-Ländern Europas wie Frankreich, Belgien oder England. Aber auch gegenüber dem Hochpreis-Ausland (Deutschland, Holland) bezahlen die Schweizer Haushalte für Pharmaprodukte mindestens eine Milliarde Franken zuviel.

Die überhöhten Preise sind das Resultat einer Abschottungspolitik, die in unserem Land seit Jahren jeglichen Wettbewerb verhindert. Absurderweise profitieren davon aber nicht vorwiegend Schweizer Unternehmen – und damit allenfalls der Schweizer Standort. Über zwei Drittel (68 %) der Medikamente werden importiert. Das heisst: ausländische, international tätige Pharmaunternehmen streichen ihre saten Gewinne auf Kosten der Schweizer Konsument/innen ein.

2. Wo sehen Sie das grösste Sparpotenzial?

Wettbewerbspolitisch müssen wir bei den Parallelimporten ansetzen. Der Patentschutz soll unangetastet bleiben, er darf aber nicht länger dazu missbraucht werden, um den Wettbewerb zu behindern.

Gemäss Heilmittelgesetz können ab nächstem Jahr Produkte, deren Patent abgelaufen ist, von einer «vereinfachten Zulassung» profitieren. Damit der Wettbewerb wenigstens in diesem Bereich in Gang kommt, dürfen aber keine bürokratischen und administrativen Behinderungen aufgebaut werden. Die Schweiz muss vielmehr ihre Medikamentenzulassung mit der Europäischen Union harmonisieren.

Gesundheitspolitisch müssen wir in erster Priorität den Filz zwischen Pharmaindustrie und Ärzt/innen sowie Spitälern aufbrechen. Dass in der Schweiz heute noch kaum Generika verschrieben werden, hat viel mit diesen Abhängigkeiten zu tun.

Schliesslich muss auch die Gestaltung der Spezialitäten-Liste überprüft werden. Dass günstigere Medika-

mente dauernd durch neue, oft massiv teurere ersetzt werden, hat auch damit zu tun, dass die Kriterien für die Aufnahme auf die SL-Liste zu wenig streng sind.

Die Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie ist in den Entscheidgremien immer weniger gewährleistet. Das ist ein Problem, das nur mit strukturellen Reformen angegangen werden kann.

3. Ist das neue Abgeltungsmodell der richtige Weg?

Mit dem neuen Abgeltungsmodell wurde den Apotheken der Besitzstand garantiert, obwohl diese Branche in den vergangenen Jahren von den massiv gestiegenen Medikamentenkosten bereits beträchtlich profitiert hat.

Überhaupt nicht einverstanden sind wir aus Konsumentensicht mit der Vorgabe, dass eine Beratungstaxe auch dann bezahlt werden soll, wenn eine Beratung weder gewünscht wurde noch stattgefunden hat. Apotheken wollen also ihre Beratungsleistung auch dann verrechnen, wenn sie gar nicht erbracht wurde. Die Patiententaxe schliesslich ist ein Kundenbindungsprogramm der Apotheker. Andere Unternehmen haben dafür Kundenkarten und Bonusprogramme erfunden.

Besonders störend am neuen Abgeltungsmodell ist, dass es zu einer Umverteilung der Medikamentenkosten zulasten der Versicherten führt. Denn die Verteuerung der Medikamente der unteren Preisklasse belastet in erster Linie Franchise und Selbstbehalt – ausgerechnet jene Bereiche, in denen die Versicherten Selbstverantwortung übernehmen könnten.

4. Welche anderen Massnahmen halten Sie für wirksam und realisierbar?

Die Verschreibungspraxis von Ärztinnen und Ärzten ist qualitativ oft ungenügend. Patient/innen werden kaum in die Entscheide miteinbezogen, das Verschreiben von Medikamenten steht im Vordergrund, die Nebenwirkungen werden zu wenig angesprochen. Anders ist die Tatsache, dass 40 % aller Langzeittherapien mit Medikamenten abgebrochen werden, nicht zu erklären.

Therapiegerechte Packungsgrössen können ebenfalls einen Beitrag leisten, damit nicht länger Medikamente im Wert von über 500 Mio. Franken jährlich im Abfall landen.

Die Auslandpreisvergleiche dürfen nicht länger auf die Hochpreisländer Europas beschränkt werden. Eine Ausweitung auf mindestens acht Länder ist notwendig. Schliesslich sollen die Preisvergleiche alle zwei Jahre wiederholt und bei allfälligen Differenzen die Preise nach unten angepasst werden müssen.

Ob die vorgeschlagenen Massnahmen realisierbar sind, hängt weitgehend vom politischen Willen ab. Gerade hier ist aber – unter dem massiven Druck der Pharma-Lobby – der Widerstand am grössten.

Kosten uns die Medikamente zu viel?



Max Brentano
Präsident Schweiz. Apothekerverband
sav@sphin.ch

1. Sind die Medikamentenkosten in der Schweiz zu hoch?

Mit der Frage der zu hohen Medikamentenkosten suchen Sie nach einem Vergleich. Bezogen auf das internationale Kostenniveau sind die Ausgaben für Medikamente im schweizerischen Gesundheitswesen etwas niedriger; die Preise für Medikamente sind – genau wie die Löhne – etwas höher. Sicher ist, dass die Therapieform mit Arzneimitteln im Durchschnitt ein sehr gutes Preis-Leistungs-Verhältnis aufweist.

2. Wo sehen Sie das grösste Sparpotenzial?

Gemäss dem englischen Zitat «Not only make better medicines but make working medicines better» sehe ich in der Tat das Sparpotenzial bei der Arzneimitteltherapie in der Auswahl des richtigen Medikamentes und in der Sicherstellung der richtigen Anwendung des Arzneimittels (Patientencompliance).

Als konkrete Massnahmen sind Konzepte wie die Qualitätszirkel Ärzte/Apotheker oder die *pharmaceutical care* effizienter als punktuelle Preissenkungen.

3. Ist das neue Abgeltungsmodell der richtige Weg?

Die leistungsorientierte Abgeltung (LOA) wird leider noch häufig schlecht verstanden. Es ist aber zweifellos der richtige Weg, die Arzneimitteltherapie effizienter zu gestalten. Durch die Umkehrung der Anreize werden die Apothekerinnen und Apotheker nicht mehr dafür belohnt, einen möglichst hohen Umsatz zu erzielen, sondern dafür, das Medikament mit dem besten Preis-Leistungs-Verhältnis auszusuchen. Damit sind die Voraussetzungen für nachhaltige Einsparungen im Arzneimittelbereich gegeben.

Darüber hinaus leistet die schweizerische Apothekerschaft mit dem Kostenstabilisierungsbeitrag von 3,2% jährlich einen direkten Beitrag von rund 60 Mio. Franken. Sicher ist, dass das Modell für chronischkranke Patienten zu erheblichen Einsparungen (unter anderem auch beim Selbstbehalt) führt, während Akutkranke mit einer hohen Franchise allenfalls etwas mehr be-

zahlen müssen. Wir kommen auch im Gesundheitswesen nicht darum herum, die ökonomische Wahrheit herzustellen. Und die ökonomische Realität bedeutet, dass Akutkranke beispielsweise mit einem Schmerzmittel in der Apotheke ähnliche Kosten verursachen wie Chronischkranke. Bis heute haben in der Apotheke die Chronischkranke die Rechnung der Akutkranken bezahlt. Das wurde korrigiert und ist bei den Akutkranken auf kein gutes Echo gestossen.

Insgesamt erwirtschaftet die LOA in den Jahren 2001 und 2002 für die Sozialversicherung Einsparungen von zirka 200 Mio. Franken. In den folgenden Jahren wird diese Zahl wegen der geänderten Dynamik noch erheblich grösser. Die LOA abzuschaffen, wie das einzelne Politiker wollen, bedeutet einen Rückfall ins System der Anreize: «Mehr Umsatz generiert mehr Ertrag». Und nach meiner Kenntnis bedeutet mehr Umsatz in den Apotheken mehr Kosten für die Krankenversicherer. Die politische Bewegung, die fordert, die LOA sei wieder zu kippen, ist völlig unverständlich, da noch nicht einmal die ersten Rechnungen bei den Krankenversicherern eingetroffen sind. Wenn das die Politik der Zukunft ist, dann führt das eher zu Showtime als zu Effizienzverbesserungen.

4. Welche anderen Massnahmen halten Sie für wirksam und realisierbar?

Ich bin nach wie vor der Meinung, dass eine staatliche Preiskontrolle, wie sie unter anderem in der Schweiz üblich ist, für Arzneimittel in der Grundversicherung ein Element der Kostenstabilisierung darstellt.

Die Arzneimittelverordnung durch die Ärzteschaft nach dem Prinzip der Wirksubstanzen und nicht der Produktauswahl könnte weitere Einsparungen von 2 bis 3% generieren. In besonderen Versicherungsmodellen, in denen jeder Leistungserbringer seinen Teil der Verantwortung für die Einhaltung der Kosten übernimmt, kann eine effizientere Versorgung mit Gesundheitsgütern erreicht werden. Und schliesslich müsste im Zentrum unserer Bemühungen, auch derjenigen des Staates, eine deutliche Verbesserung der Zusammenarbeit von Spezialisten, wie etwa Ärzten, Spitalärzten, Physiotherapeuten, Apothekern, stehen, und nicht eine sinnlose Konkurrenz, die verhindert, dass das vorhandene Spezialwissen zum Nutzen der Patienten eingesetzt wird.

Statistik der AHV-Einkommen 1999

4,2 Millionen Beitragszahlende in der AHV

4,2 Mio. Personen entrichteten 1999 Beiträge an die Sozialversicherungen der ersten Säule (AHV/IV/EO). Der Grossteil davon (86 %) als Arbeitnehmende. Die Erwerbseinkommen, auf denen Beiträge erhoben wurden, d.h. vorwiegend die Lohnsumme, beliefen sich auf 224 Mrd. Franken. Dies sind die Ergebnisse der «Statistik der AHV-Einkommen 1999».



Laurence Capraro-Treina
Sektion Statistik, BSV
laurence.capraro@bsv.admin.ch

1999 entrichteten 4,2 Mio. Personen Beiträge an die AHV/IV/EO. Der Anteil der Frauen lag bei 44 % und jener der Ausländer bei 27 %. 700 000 Personen entrichteten während weniger als zwölf Monaten Beiträge. Die Einkommen, auf denen Beiträge erhoben wurden, d.h. die beitragspflichtigen Einkommen, lagen bei 224 Mrd. Franken (s. **Tabelle 1**).

Alle beitragspflichtigen Einkommen werden in den individuellen Konten (IK) der Beitragszahlenden eingetragen, denn sie dienen mit den Beitragsjahren als Grundlage für die Berechnung der künftigen AHV- oder IV-Rente. Zu diesen Einkommen können keine Angaben nach der geografischen Verteilung, der sozialen und beruflichen Stellung oder dem Beschäftigungsgrad ge-

macht werden, da diese Kriterien für die Berechnung der künftigen AHV/IV-Rente nicht von Belang sind. Die im Jahr 1999 beitragspflichtigen Einkommen (kurz AHV-Einkommen 1999 genannt) entsprechen den Einkommen, auf denen 1999 Beiträge erhoben wurden. Aufgrund der administrativen Verfahren und der nachträglichen IK-Eintragungen (welche vor allem die

Selbständigerwerbenden, nicht aber die Arbeitnehmenden betreffen) können die AHV-Beitragszahlenden und die Einkommen um 2,5 % bzw. 4 % höher veranschlagt werden. Somit haben im Jahr 1999 rund 4 350 000 Personen Beiträge eingezahlt und die Summe der AHV-Einkommen erreichte rund 233 Mrd. Franken.

Aus **Grafik 2** geht hervor, dass die Schweizer Männer einen Anteil an der Einkommenssumme aufweisen, der über ihrem Anteil an der Gesamtzahl der Beitragszahlenden liegt. Dieser Unterschied bei der Aufteilung nach Geschlecht und Nationalität ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, insbesondere auf den Beschäftigungsgrad. Die beitragspflichtigen Einkommen, also die Erwerbseinkommen, werden von den Männern in der Regel mit einer vollzeitlich ausgeübten Tätigkeit erzielt. Die Frauen hingegen erzielen ihr Einkommen meist mit einer Teilzeitbeschäftigung. Die Frauen belegen die grosse Mehrheit der Teilzeitstellen (1999: 83 %). Im Jahr 1999 arbeiteten 50 % der erwerbstätigen Frauen mit einem Beschäftigungsgrad von 90 bis 100 %, bei den Männern taten dies dagegen 92 %.¹

Beitragszahlende und AHV-Einkommenssumme im Jahr 1999 1

	Anzahl Beitrags- zahlende	In %	Einkommen (in Mia. Fr.)	In %
Männer	2 380 000	56 %	159	71 %
– Schweizer	1 700 000	40 %	121	54 %
– Ausländer	680 000	16 %	38	17 %
Frauen	1 860 000	44 %	65	29 %
– Schweizerinnen	1 410 000	33 %	50	22 %
– Ausländerinnen	450 000	11 %	15	7 %
Total 1999	4 240 000	100 %	224	100 %

1 BFS. 2000. Arbeitsmarktindikatoren 1999. Reihe «Statistik der Schweiz». Neuenburg.

Statistik der AHV-Einkommen 1999

Die «Statistik der AHV-Einkommen 1999» ist eine vorzügliche Informationsquelle für die Verteilung der AHV-Erwerbseinkommen und basiert auf den Eintragungen der AHV-Ausgleichskassen in den individuellen Konten (IK) der AHV/IV/EO-Beitragszahlenden. In der Publikation sind insbesondere die Verteilung und die Höhe der Einkommen für Arbeitnehmende und Selbständigerwerbende gemäss AHVG nach Alter, Geschlecht und Nationalität im Detail dargestellt. Da die Einkommen aber nicht nach Beschäftigungsgrad aufgegliedert werden, legt die Publikation besonderes Gewicht auf die Einkommen der männlichen Schweizer Arbeitnehmer, die während des ganzen Jahres Beiträge geleistet haben. Es handelt sich dabei um eine relativ homogene Gruppe, bei der Teilzeitbeschäftigungen und Gelegenheitsarbeiten kaum vorkommen. Für diese Gruppe ist die Entwicklung des Realeinkommens von 1989 bis 1999 sowie des Realeinkommens nach Generationen von 1989 bis 1999 auf der Grundlage dieser Angaben untersucht worden. Diese Statistik ist im PDF-Format (deutsch/französisch) auf dem Internet zu finden: www.bsv.admin.ch/statistik/detail/d/index.htm.

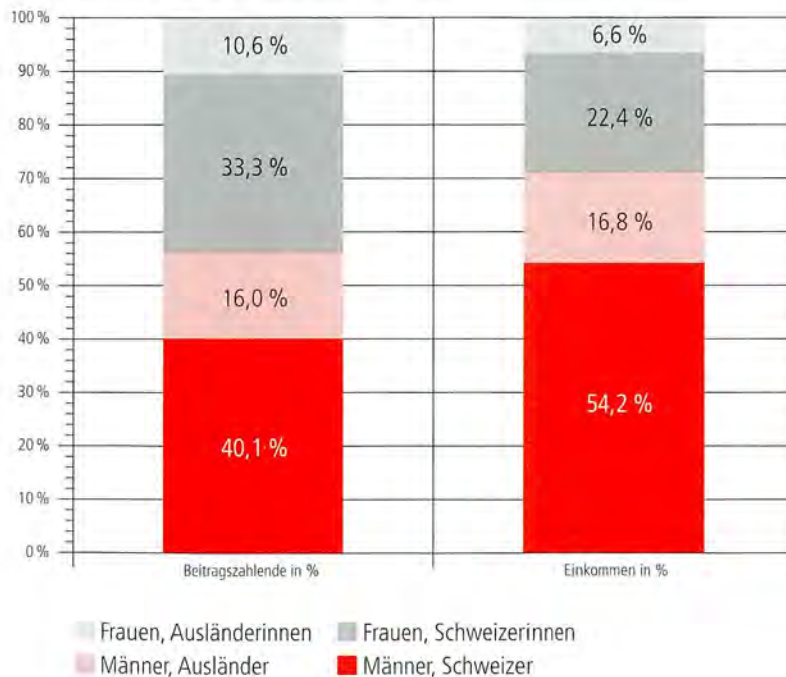
Die Publikation (Nr. 318.126.99 f/d) kann bei der Eidgenössischen Druck-sachen- und Materialzentrale in 3003 Bern bezogen werden. Tel: 031/325 50 50; Fax: 031/325 50 58; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Internet: www.admin.ch/edmoz.

Beinahe neun von zehn Beitragszahlenden sind Arbeitnehmende

- Die Arbeitnehmenden machten 86 % der Beitragszahlenden aus (3,6 Mio. Personen im Jahr 1999). Die beitragspflichtige Lohnsumme (Bruttogehalt einschliesslich 13. Monatslohn, Orts- und Teuerungszulagen, Gratifikationen, Treuprämien und Leistungszulagen) belief sich auf 200 Mrd. Franken oder 90 % aller beitragspflichtigen Einkommen (s. **Tabelle 3**).
- Landwirte und andere Selbständigerwerbende (Gewerbe und Industrie, freie Berufe), die gemäss AHVG² als selbständigerwerbend gelten, machten 7 % aller Beitragszahlenden aus und waren mit 8 % am Erwerbseinkommen beteiligt (das Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit entspricht dem Einkommen, das von den kantonalen Steuerbehörden nach der Veranlagung für die direkte Bundessteuer oder die Staatssteuern festgelegt wird). Viele Landwirte und andere Selbständigerwerbende sind auch als Arbeitnehmende tätig: auf sechs von zehn Landwirten und drei von zehn anderen Selbständigerwerbenden (in Gewerbe, Industrie und freien Berufen) traf dies zu.
- 5 % der Beitragszahlenden sind nichterwerbstätig (IV-Bezüger/innen, Witwen und Witwer, Studierende, wobei diese zum Teil aktiv am Arbeitsmarkt teilhaben können). Das bei Nichterwerbstätigen auf dem IK eingetragene Einkom-

Verteilung der Beitragszahlenden und der Einkommen nach Geschlecht und Nationalität, 1999

2



2 BSV. 1996. Alters- und Hinterlassenenversicherung. Bundesgesetz, Verordnungen (AHVG). Stand 1. Januar 1997. Bern (318.300d). Der Entscheid über die Einstufung der Beitragszahlenden gilt auch für die übrigen Sozialversicherungen. Siehe: BSV. 1997. Cadotsch P. Warum anerkennt mich die AHV nicht als selbständigerwerbend? In: Soziale Sicherheit 4/1997 S. 207–210. Bern.

3 BFS. 2000. Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung. Ergebnisse 1993–1998, Erste Ergebnisse 1999. Reihe «Statistik der Schweiz». Neuenburg.

4 Alle Arbeitnehmenden (Beitragsdauer von einem bis zwölf Monate).

Beitragszahlende und Summe der Einkommen nach Beitragsart für 1999 (Männer und Frauen) 3

Beitragsart	Beitragszahlende	Beitragszahlende in %	Einkommen (in Mio. Fr.)	Verteilung der Einkommen in %
Arbeitnehmende	3 627 000	85,6 %	200 200	89,5 %
Selbständigerwerbende				
ausserhalb der Landwirtschaft	150 000	3,6 %	9 100	4,1 %
Landwirte	26 000	0,6 %	950	0,4 %
Selbständigerwerbende ausserhalb der Landwirtschaft mit Nebenerwerb	72 000	1,7 %	6 300	2,8 %
Landwirte mit Nebenerwerb	30 000	0,7 %	1 700	0,7 %
Nichterwerbstätige	152 000	3,6 %	1 300	0,6 %
Nichterwerbstätige mit Nebenerwerb	45 000	1,1 %	540	0,2 %
Andere Beitragszahlende*	136 600	3,2 %	3 882	1,7 %
Total 1999	4 240 000	100,0 %	224 000	100,0 %

* Freiwillig Versicherte (Auslandsschweizer); nicht rentenbildende Einkommen (vor allem weiterhin erwerbstätige Rentner).

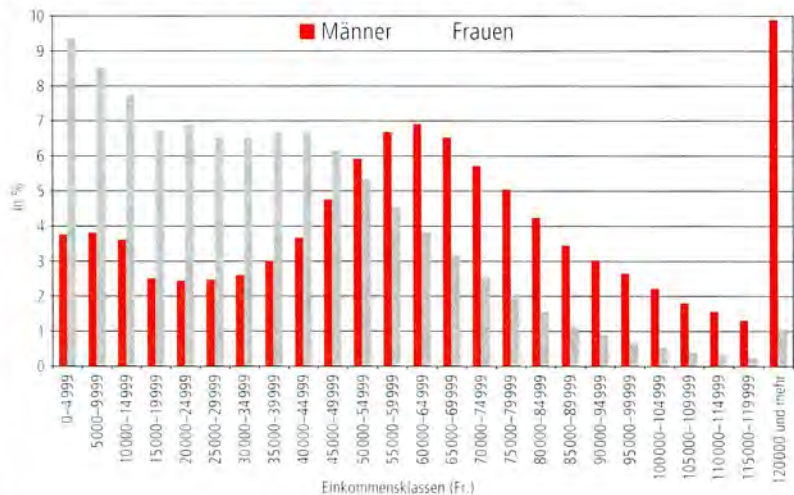
men ist ein fiktives Einkommen, das aufgrund des entrichteten Beitrags berechnet wird.

Die Nationalität hat einen Einfluss auf die Verteilung der Beitragsarten. So waren die Ausländer häufiger Arbeitnehmende: bei neun von zehn war dies 1999 der Fall (Männer: 92 %, Frauen: 93 %), gegenüber acht von zehn Schweizer Beitragszahlenden (Männer: 81 %, Frauen: 86 %). Die selbständige Erwerbstätigkeit ist bei den Schweizer Männern verbreiteter (11 % von ihnen waren selbständig erwerbend gegenüber 4 % bei den ausländischen Männern). Der geringere Anteil der Selbständigerwerbenden unter den Ausländern könnte vor allem mit beschränktem oder fehlendem Kapital sowie mit institutionellen Gründen zusammenhängen.

Beitragspflichtiges Einkommen und Bruttosozialprodukt (BSP)

Bei der nationalen Buchhaltung zeigt die Berechnung des Volkseinkommens auf der Basis der Einnahmen, dass die Arbeitnehmereinkommen 57 % des BSP ausmachten (BSP 1999: 417 Milliarden Franken).⁵ Die Arbeitnehmereinkommen stammen aus den auf der Grundlage der AHV-Buchhaltung

Verteilung der Arbeitnehmenden in Prozenten nach Einkommensklassen (Männer und Frauen), 1999 4



berechneten beitragspflichtigen Einkommen, wobei im Zusammenhang mit den Definitionen der nationalen Buchhaltung und des BSP (vor allem bezüglich dem Inländerkonzept) einige Anpassungen gemacht werden müssen.

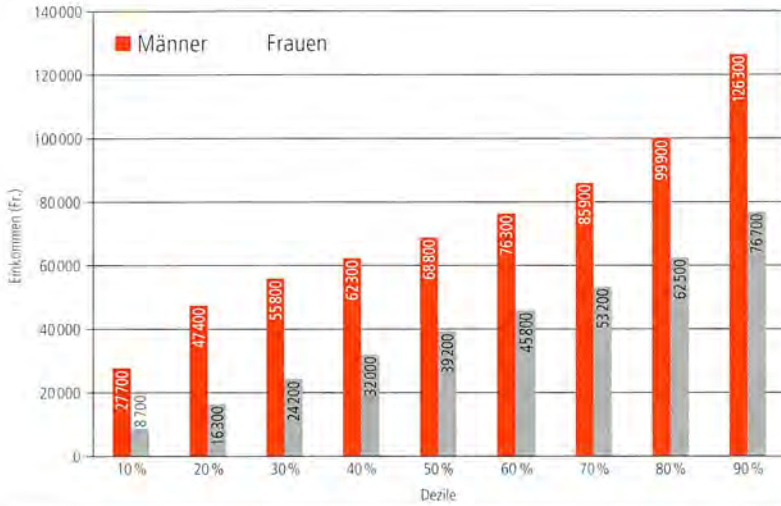
Man darf jedoch nicht erwarten, dass die auf der Basis der AHV-Buchhaltung errechneten beitragspflichtigen Einkommen mit den in den IK eingetragenen Einkommen übereinstimmen. Hauptsächlich liegt das daran, dass die Resultate aus der AHV-Buchhaltung sich auf

die Jahresrechnung 1999 beziehen, welche Beiträge früherer Jahre umfasst (und somit beitragspflichtige Einkommen aus Vorjahren), während die Daten der in den IK eingetragenen AHV-Einkommen 1999 lediglich die beitragspflichtigen Einkommen im Jahr 1999 betreffen.

Arbeitnehmende: Männer und Frauen

Teilt man sämtliche Arbeitnehmende⁴ nach Einkommensklassen

Dezilwerte der Jahreseinkommen bei den Arbeitnehmenden (Männer und Frauen), 1999

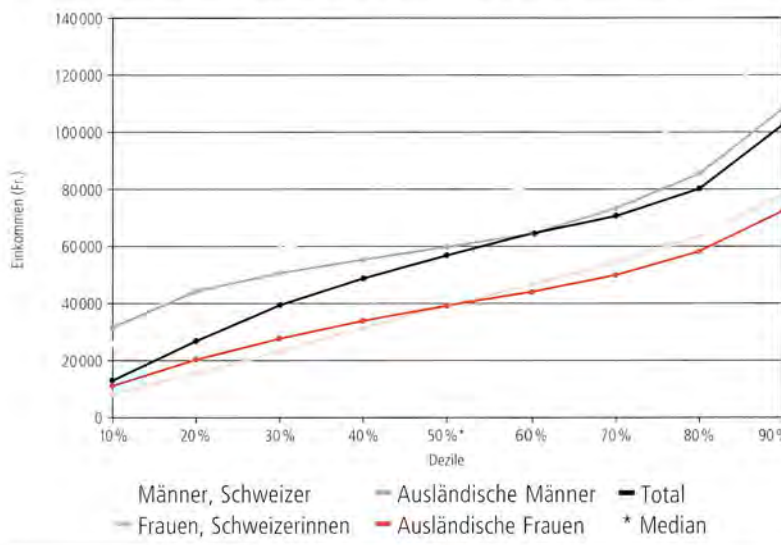


Männer mehr als 76 300 Franken (Dezil 60 %) ⁵ verdienten, verfügten lediglich 10% der Frauen über so hohe Einkommen (Dezil 90%) (s. **Grafik 5**).

Arbeitnehmende: Schweizer und Ausländer

Die Nationalität hat einen Einfluss auf das generelle Einkommensniveau der Männer. Bei den Schweizer Arbeitnehmern, die während des ganzen Jahres Beiträge geleistet haben, beträgt das Medianeinkommen 73 000 Franken, das sind 23% mehr als dasjenige der ausländischen Männer (60 000 Fr.). Bei den Schweizerinnen wie auch den Ausländerinnen lag das Medianeinkommen etwas über 39 000 Franken. Dabei stellt man fest, dass die Grenzen der Dezile 10% bis 40% bei den Schweizerinnen tiefer sind als bei den ausländischen Frauen, was vermutlich auf den unterschiedlichen Beschäftigungsgrad in diesen beiden Kategorien zurückzuführen ist (**Grafik 6**).

Dezilwerte der Jahreseinkommen bei den Arbeitnehmenden (Männer und Frauen, Schweizer und Ausländer) im Jahr 1999



6

Abgesehen von den Unterschieden im Beschäftigungsgrad erklären Faktoren wie die Art der Aufgaben, das allgemeine Qualifikationsniveau, die Anzahl Dienstjahre im Unternehmen und der Wirtschaftssektor, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird, die niedrigeren Einkommensniveaus der Frauen und der Ausländer. Gemäss der Lohnstruk-

auf, stellt man fest, dass die Verteilung der Männer stark von jener der Frauen abweicht. Über die Hälfte der Frauen (59%) erzielten ein Jahreseinkommen unter 40 000 Franken gegenüber 24% bei den Männern. 1% der Frauen hatten ein Einkommen über 120 000 Franken, wogegen dieser Anteil bei den Männern 9,9% erreichte (s. **Grafik 4**). Der hohe Anteil niedriger Löhne bei den

Frauen ist vor allem auf die Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen.

Betrachtet man die Arbeitnehmenden, die während des ganzen Jahres Beiträge entrichteten, so stellt man fest, dass das Medianeinkommen ⁵ der Männer 1999 bei 68 800 Franken lag, während die Frauen etwas weniger als 60% dieses Betrages verdienten, nämlich 39 200 Franken. Während 40% der

5 Der Median bedeutet, dass die Personen der einen Hälfte ein Einkommen haben, das unter diesem Medianwert liegt, und die übrigen Personen über ein Einkommen verfügen, das den Median übersteigt. Der Median weist in Bezug auf den Einfluss von Extremwerten eine grössere Stabilität auf als der Durchschnitt.

6 Die Verteilung der Einkommen kann mit Dezilen dargestellt werden. Diese werden folgendermassen gebildet: sämtliche Einkommen der betrachteten Personen werden in aufsteigender Reihenfolge geordnet und anschliessend in zehn Gruppen von gleicher Grösse aufgeteilt. Der Median entspricht dem Dezil 50%. Der Wert des Dezils 60% bedeutet, dass 60% der Beitragszahlenden ein Einkommen unter diesem Wert oder 40% ein Einkommen über diesem Wert haben.

7 BFS. 2000. Schweizerische Lohnstrukturerhebung 1998. Reihe «Statistik der Schweiz». Neuenburg.

turerhebung 1998⁷ verfügten die schweizerischen Arbeitnehmenden über ein 20% höheres Bruttoeinkommen (standardisiert, d.h. auf ein Vollzeitäquivalent umgerechnet) als die ausländischen. Der Unterschied zwischen den Frauen- und den Männerlöhnen betrug 21,5%.

Arbeitnehmende: Bei den 50- bis 54-jährigen Männern sind die Einkommen am höchsten

Bei den männlichen Arbeitnehmern, die während des ganzen Jahres Beiträge leisteten, steigt die Höhe der Einkommen mit dem Alter. Die Einkommen der unter 20-

Jährigen sind relativ niedrig, da sich diese Gruppe aus Jugendlichen zusammensetzt, deren beruflicher Status eine grosse Bandbreite aufweist (Studenten, Lehrlinge, Arbeitnehmende). Aufgrund des Karriereeffekts und der steigenden Anzahl Dienstjahre nehmen die Einkommen in der Folge mit dem Alter zu und erreichen bei den 50- bis 54-Jährigen den höchsten Stand. Der Median des Jahreseinkommens dieser Altersgruppe ist mit 82 100 Franken doppelt so hoch wie derjenige der 20- bis 24-Jährigen. Nach dem 55. Altersjahr nehmen die Einkommen kontinuierlich ab, da dann der Höhepunkt der Karriere meist überschritten ist und sich die Arbeitneh-

mer zum Teil aus dem Erwerbsleben zurückziehen bzw. den Beschäftigungsgrad reduzieren. Die Einkommen der Arbeitnehmer im Alter von 60 bis 64 Jahren sind um 13% tiefer als jene ihrer um zehn Jahre jüngeren Kollegen (50 bis 54 Jahre). Bei den unselbständig erwerbstätigen Frauen (Schweizerinnen und Ausländerinnen) wird das Maximaleinkommen im Alter zwischen 25 und 29 Jahren erreicht (48 100 Fr.). Dies lässt sich durch die höheren Beschäftigungsgrade dieser Altersklassen erklären. Im Übrigen passen die Frauen ihre berufliche Tätigkeit dem Familienleben an (Teilzeitbeschäftigung, später Berufsabbruch, usw.).

Die Zeitschriften-Sammelbox für die CHSS

Immer für 2 Jahrgänge der «Sozialen Sicherheit» (CHSS) bieten wir Ihnen eine ideale Sammelbox.

Preis Fr. 18.–/Stück, inkl. 7,5% MWST, exkl. Verpackung und Porto

Bestellen bei: Cavelti AG, Satz Druck Verlag, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau
Telefon 071 388 81 81, Telefax 071 388 81 82

Bestelltalon

Wir bestellen Stück Sammelbox zum Preis von Fr. 18.–/Stück

Name

Adresse

Datum/Unterschrift



Umstellung auf Leistungsverträge in der privaten Behindertenhilfe erfolgreich angelaufen

Auf den 1. Januar 2001 schloss das BSV mit rund 70 Dachorganisationen der privaten Behindertenhilfe Leistungsverträge ab. Mit diesen wird der Vollzug effizienter, und die Leistungen werden differenzierter und transparenter definiert. Das mit Leistungsverträgen verbundene neue Beitragssystem ermöglicht dem BSV eine bedarfsgerechte Finanzierung, eine effiziente Koordination des Leistungsangebots und eine wirksame Kontrolle der erbrachten Leistungen und gestattet den Vertragsnehmerinnen, nach unternehmerischen Gesichtspunkten zu handeln.



Daniel Aegerter
Abteilung Invalidenversicherung des BSV
daniel.aegerter@bsv.admin.ch

Gemäss Art. 74 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) werden zur Förderung der privaten Behindertenhilfe Beiträge an Dachorganisationen «sowie an

privaten Behindertenhilfe aufgrund von jährlich einzureichenden Gesuchen die anerkannten und anrechenbaren Personalkosten im Bereich der Beratung und Betreuung

Die Zahl der Ansprechpartner für das BSV reduzierte sich von 600 auf 70.

die ihnen angeschlossenen gemeinnützigen privaten Organisationen» gewährt, wenn sie Leistungen im Bereich der sozialen Integration an Behinderte erbringen.

Die bisherige Praxis bei der Finanzierung durch die IV bestand darin, einzelnen Organisationen der

sowie die anrechenbaren Kosten für Kurse und Freizeittransporte für Behinderte zu vergüten.

Im Anschluss an eine vertiefte Prüfung dieser Beitragspraxis formulierte die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates am 9. November 1995 Empfehlungen zu-

handen des Bundesrates. Der Bericht zeigte Lücken im Vollzug auf, nämlich insbesondere: Abweichungen zwischen dem Gesetz (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), was den Kreis der Anspruchsberechtigten betrifft, Rückstände bei der Bearbeitung der Beitragsgesuche, Mangel an geeigneten Methoden und personellen Ressourcen, um die Qualität und Effizienz der erbrachten Leistungen beurteilen zu können. Zudem wurde die Umstellung von der praktizierten nachschüssigen Finanzierung auf eine Gegenwartsfinanzierung empfohlen. Der Bundesrat hat diese Empfehlungen entgegengenommen und das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit der Erarbeitung eines Konzeptes zur Neuausrichtung des Beitragssystems bis 1998 beauftragt.

Im April 1998 genehmigte der Bundesrat das vom BSV in Zusammenarbeit mit Vertretungen von Organisationen und unter Einbezug der Kantone erarbeitete Konzept, welches die behindertenpolitischen Grundsätze sowie die Richtlinien des neuen Finanzierungssystems¹ enthielt.

Ende Mai 1999 lag das vom BSV in Auftrag gegebene Controllingkonzept vor, das als Grundlage für den Aufbau des neuen Beitragssystems diente.

Grundzüge des neuen Beitragssystems

Mit dem neuen System erfolgt ein Wechsel von der Inputfinanzierung zu einer leistungsorientierten Steuerung der Beiträge. Die Ansprechpartnerinnen des BSV sind Dachorganisationen, welche ihre Leistungen national oder zumindest sprach-

regional anbieten. Art und Umfang der Leistungen sowie die Beiträge der IV werden in einem Leistungsvertrag festgehalten, der in der Regel für drei Jahre gilt. Die Leistungsvertragsnehmerin hat die Möglichkeit, innerhalb gewisser vereinbarter Grenzen das Angebot den Bedürfnissen der Behinderten anzupassen. Der IV-Beitrag wird während des Betriebsjahres in zwei Raten ausbezahlt. Die erbrachten Leistungen werden jährlich anhand von Controllingdaten (Betriebsabrechnungsbogen und Leistungsstatistik) überprüft und durch das BSV mit Hilfe von Stichproben auf Zweckmässigkeit und Wirksamkeit hin beurteilt. Beitragskürzungen sind möglich, falls die Leistungen nicht in vollem Umfang erbracht wurden.

Einführung

Im Hinblick auf die Einführung des neuen Beitragssystems wurden die Organisationen der privaten Behindertenhilfe, welche bisher Leistungen gemäss Art.74 IVG erbrachten, aufgefordert, ihre Angebote zu koordinieren und sich zu Dachorganisationen zusammenzuschliessen. Der Koordinationsbedarf war nötig, wo eine Leistung (Beratung und Betreuung, Kurse) in derselben Sprache (Deutsch, Französisch, Italienisch) an dieselbe Zielgruppe (Geistig-/Lernbehinderte, Hörbehinderte, Körperbehinderte, Krankheitsbehinderte, Psychischbehinderte,

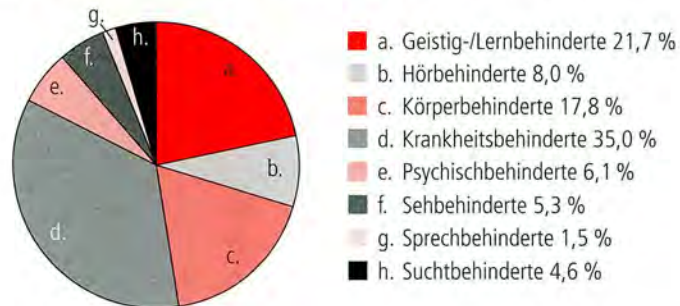
IV-Beiträge an Fachhilfe- und Selbsthilfeorganisationen für das Jahr 2001

1

	Fachhilfe	Selbsthilfe	Total
Beitrag 1998	85 166 579.–	37 918 552.–	123 085 131.–
Teuerung 1998–2000	2 084 550.–	928 432.–	3 012 982.–
Beitrag neue Leistungen	2 772 367.–	1 923 976.–	4 696 343.–
Zuwachs für neue Leistungen in %	3,3	5,1	3,8
Beitrag 2001	90 023 496.–	40 770 960.–	130 794 456.–
Behindertenbonus	391 618.–	658 506.–	1 050 124.–

Leistungsbezüger/innen 1998 nach Zielgruppen in Prozenten

2



Sehbehinderte, Sprechbehinderte, Suchtbehinderte) erbracht wurde. Danach konnten die Dachorganisationen einen Antrag auf Abschluss eines Leistungsvertrags mit dem BSV stellen und den Bedarf der bisher erbrachten Leistungen sowie

Koordination unter den Organisationen führte dazu, dass sich die rund 600 Organisationen, an welche das BSV nach dem alten System Beiträge ausrichtete, in 69 Dachorganisationen zusammenfanden. In einem nächsten Schritt fanden zwei

Ein Bonus als Anreiz für die Anstellung von Behinderten

1 Die Bereiche Freizeittransporte und Begleitetes Wohnen für Behinderte wurden im neuen Konzept ausgeklammert, da für diese die teilweise Überführung in die Assistenzentschädigung (4. IV-Revision) vorgesehen ist.

2 Im Unterschied zu Fachhilfeorganisationen (wie z.B. die Pro Infirmis oder der Servizio ticinese di cura dell'alcolismo) zeichnen sich Selbsthilfeorganisationen (wie z.B. die Fédération suisse des sourds oder der Elternverein Autismus Schweiz) insbesondere dadurch aus, dass bei diesen Betroffene oder nahe Angehörige von Betroffenen die Mehrheit der Sitze im leitenden Organ der Organisation innehaben.

einen allfälligen Leistungsausbau anmelden und nachweisen. Das BSV verlangte einen nach formalen und materiellen Kriterien vorgegebenen standardisierten Bedarfsnachweis. Ein Leistungsausbau wurde nur für Behindertengruppen oder Regionen bewilligt, für die das Angebot bisher ungenügend war. Die

schen dem BSV und den antragstellenden Organisationen Leistungsverhandlungen statt, die zur Unterzeichnung der definitiven Leistungsverträge führten.

Von den 69 Leistungsverträgen entfallen 38 auf Fachhilfeorganisationen und 31 auf Selbsthilfeorganisationen.²

Leistungsbezüger/innen 1998 nach Leistungskategorien in Prozenten*

3



* Der Zeitaufwand für das Erbringen einer Leistung ist sehr unterschiedlich: Er reicht von einer viertelstündigen Kurzberatung bis hin zur mehrtägigen Rechtsberatung, vom zweistündigen bis hin zum 14-tägigen Kurs.

Als Referenzjahr für die Festsetzung der Leistungen und Beiträge diente das Jahr 1998. Der damals ausbezahlte IV-Beitrag belief sich auf rund 123 Mio. Franken. Für das Beitragsjahr 2001 werden den Vertragsnehmerinnen rund 130 Mio. Franken ausbezahlt, etwa 6,2% mehr als 1998. 2,4% des Zuwachses gleichen die Teuerung aus, 3,8% werden für neue Leistungen ausgerichtet.

Um die Integration der Behinderten zu fördern, wurde den Dachorganisationen die Möglichkeit eingeräumt, einen Behindertenbonus geltend zu machen, sofern die Lohnsumme von angestellten Behinderten mindestens 5% der Gesamtlohnsumme ausmacht. 24 Organisationen erfüllten dieses Kriterium und erhalten so zusätzlich insgesamt rund 1 Mio. Franken Behindertenbonus ausbezahlt.

Leistungsbezüger/innen 1998 nach Zielgruppen

4

Zielgruppen	Kurzberatungen*	Beratung (mit Dossierführung) Betreuung	Kurse
Geistig/Lernbehinderte	10 700	16 000	64 330
Hörbehinderte	6 700	17 900	8 730
Körperbehinderte	18 700	48 200	7 850
Krankheitsbehinderte	21 800	98 900	25 950
Psychischbehinderte	5 900	18 900	540
Sehbehinderte	3 700	14 500	4 120
Sprechbehinderte	4 200	1 800	110
Suchtbehinderte	3 500	15 700	60
Total	75 200	231 900	111 690

Zielgruppen und Leistungen der Behindertenorganisationen

Die Abbildungen und Tabellen 2-5 geben einen groben Überblick über die Leistungen, welche 1998 gesamtschweizerisch erbracht wurden. Für das Jahr 1999 lagen zum Zeitpunkt des Bedarfsnachweises vom April 2000 noch keine Leistungsdaten vor. Die Angaben basieren zum Teil auf Schätzungen der Organisationen, da im alten Beitragssystem das Führen einer Leistungsstatistik nicht vorgeschrieben war. Einzelne Personen können dabei mehrmals aufgeführt sein, wenn sie eine Leistung mehr als einmal oder verschiedene Leistungen pro Jahr bezogen haben. Zu den Leistungsbezüger/innen werden auch Bezugspersonen von Behinderten in der entsprechenden Zielgruppe gezählt, sofern sie eine Leistung bezogen haben. **Abbildung 2** zeigt, dass rund drei Viertel aller Personen, welche 1998 eine Leistung bezogen, aus den Zielgruppen Körper-, Krankheits- und Geistig/Lernbehinderte stammten.

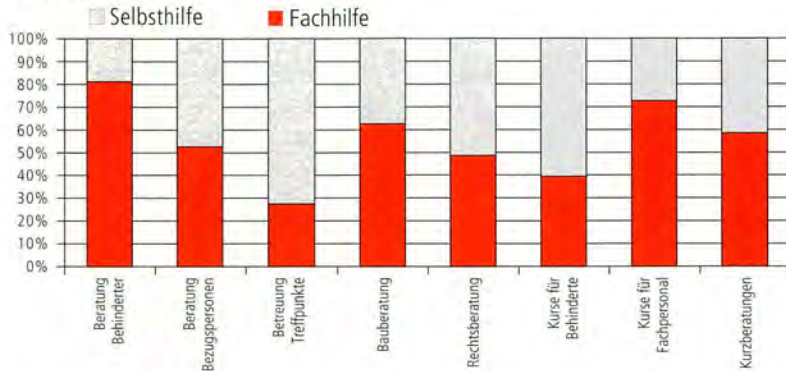
Leistungsbezüger/innen 1998 nach Leistungskategorien

5

Leistungskategorie	Fachhilfe	Selbsthilfe	Total
Beratung Behinderteter	123 500	28 600	152 100
Beratung Bezugspersonen	13 600	12 300	25 900
Betreuung Treffpunkte	13 600	36 000	49 600
Bauberatung	500	300	800
Rechtsberatung	1 700	1 800	3 500
Kurse für Behinderte	44 000	67 700	111 700
Kurse für Fachpersonal	6 100	2 300	8 400
Kurzberatungen*	43 900	31 200	75 100
Total	246 900	180 200	427 100

* Unter Kurzberatungen fallen einmalige Kontakte, vor allem Informationsvermittlung/Triage, bis max. 1 Stunde.

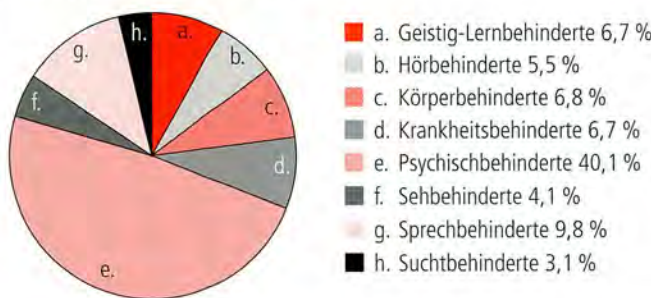
Anteile bei der Leistungserbringung nach Organisationstyp in Prozenten



6

Tabelle 5 und **Abbildung 6** illustrieren, dass Selbsthilfeorganisationen relativ stark die Leistungen «Betreuung Treffpunkte» und «Kurse für Behinderte» anboten, während umgekehrt Fachhilfeorganisationen bei der «Beratung Behinderter» (mit Dossierführung) und bei den «Kursen Fachpersonal» den Hauptteil der Leistungen erbrachten.

Erwartete Zunahme der Leistungsbezüger/innen für 2001 nach Zielgruppen in Prozenten



7

Mit der Umstellung auf das neue Beitragssystem wurden sämtliche von den Organisationen erbrachten Leistungen auf ihre Beitragsberechtigung überprüft. Ferner war das BSV bestrebt, mit den knappen für den Leistungsausbau zur Verfügung stehenden Geldmitteln Ungleichgewichte zu korrigieren.

Aus **Tabelle 4** kann entnommen werden, dass Körper- und Krankheitsbehinderte schwergewichtig Beratungen mit Dossierführung (in-

hinderte besuchen vorwiegend Rehabilitationskurse und Sinnesbehinderte (Hör-, Seh- und Sprechbehinderte) Weiterbildungskurse.

Die Abbildungen 7–9 zeigen den im Zuge der Leistungsverhandlungen vom BSV bewilligten Leistungsausbau für die Jahre 2001 bis 2003. Aus **Abbildung 7** geht hervor, dass das Ziel, insbesondere die Angebotslücken bei den Psychischbehinderten zu reduzieren, erreicht wurde. Die erwartete Zunahme (Dreijahresschnitt) der Leistungen beträgt hier rund 40%. Auf Leistungskategorien bezogen, werden für die Kurzberatungen und Rechtsberatungen mit je rund 20% die grössten Zuwächse erwartet (**Abbildung 8**).

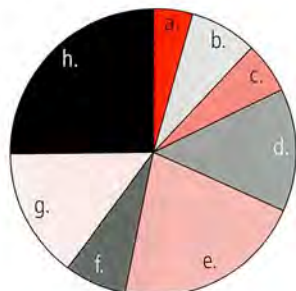
Abbildung 9 weist die erwartete Zunahme (Dreijahresschnitt) der Klient/innen nach Organisationstyp aus. Es wird z.B. für die Jahre 2001 bis 2003 für die Rechtsberatung durch Selbsthilfeorganisationen gegenüber 1998 mit einem Leistungszuwachs von über 25% gerechnet. Aus **Tabelle 1** ist ersichtlich, dass der Zuwachs des IV-Beitrags für neue Leistungen für die Selbsthilfe 5,1% und für die Fachhilfe 3,3% beträgt.

Drei Viertel aller Personen, die 1998 eine Leistung nachgefragt haben, sind Körper-, Krankheits- oder Geistig/Lernbehinderte und...

klusive Bauberatung und Rechtsberatung) und Betreuung in Treffpunkten bezogen, während Geistig- und Lernbehinderte hauptsächlich Kurse besuchten, insbesondere Weiterbildungs-, Sport- und Freizeitkurse. Körper- und Krankheitsbe-

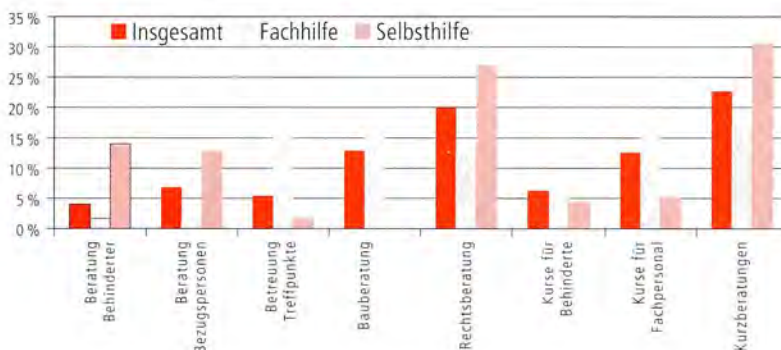
Aus **Abbildung 3** geht hervor, dass Beratungen und Kurse an Behinderte die am meisten nachgefragten Leistungen waren. Die erbrachten Bau- und Rechtsberatungen fielen mit 1% verhältnismässig gering aus.

Erwartete Zunahme der Leistungsbezüger/innen für 2001 bis 2003 nach Leistungskategorien in Prozenten 8



- a. Beratung Behinderter 4,0 %
- b. Beratung Bezugspersonen 6,9 %
- c. Betreuung Treffpunkte 5,2 %
- d. Bauberatung 12,5 %
- e. Rechtsberatung 19,4 %
- f. Kurse für Behinderte 6,3 %
- g. Kurse für Fachhilfe 13,3 %
- h. Kurzberatungen 22,7 %

Erwartete Zunahme der Leistungsbezüger/innen für 2001 bis 2003 nach Organisationstyp in Prozenten 9



Leistungen zur Unterstützung und Förderung der Eingliederung Behinderter (LUFEB)

Neben Beratungen und Kursen werden auch Leistungen im Bereich LUFEB von der Invalidenversicherung mitfinanziert. Darunter fallen: Informations- und Öffentlichkeitsarbeit, themenspezifische Dienstleistungen, z.B. Entwicklung von Informationsmaterialien für Behinderte, Themenspezifische Grundlagenarbeit/Projekte sowie Basisleistungen zur Förderung der Selbsthilfe. Im Unterschied zu den Beratungen und Kursen richten sich diese Leistungen nicht primär an einzelne Behinderte oder Behindertengruppen, sondern an die Öffentlichkeit, Behörden, Politik usw. Zur Erfassung dieser Leistungen erstellten die Leistungsvertragsnehmerinnen ein Arbeitspro-

gramm, welches Art, Umfang und Häufigkeit der Leistung sowie messbare Ziele und die Methode zur Messung der Zielerreichung festhält.

... drei Viertel aller erbrachten Leistungen entfallen auf Beratung und Kurse für Behinderte.

Wie weiter?

Mit dem erfolgten Wechsel des Beitragssystems hat das BSV seine ersten Ziele – nur noch Dachorganisationen als Ansprechpartnerinnen, die Erhöhung der Transparenz (Bei-

tragskonzept), leistungsorientierte Steuerung der Behindertenhilfe (Leistungsverträge), systematische Beurteilung der Leistungen hinsichtlich Qualität und Wirkung (Controllingkonzept) – weitgehend erreicht. Es geht nun darum, das neue Beitragssystem laufend zu verfeinern und die Erkenntnisse in die Grundlagen (Verordnung und Kreisschreiben) einfließen zu lassen. Noch vor der nächsten Vertragsperiode soll das Finanzierungskonzept verfeinert werden, z.B. mittels Leistungspauschalen für die private Behindertenhilfe. Die Weiterentwicklung des Beitragssystems erfolgt wiederum in Zusammenarbeit mit Vertretungen von Organisationen und unter Einbezug der Kantone.

Eine Gesundheitskarte für die Schweiz?

Die Einführung einer Gesundheitskarte in der Schweiz und die Rolle, die der Bund dabei spielen könnte oder müsste: Dies war das Thema einer vom Eidgenössischen Departement des Innern am 30. August 2001 organisierten Abgleichtagung. Die Expertenberichte¹ haben unter den rund 150 Teilnehmenden aus den verschiedenen interessierten Kreisen angeregte Diskussionen ausgelöst. Zu mehreren Fragen ergab sich ein breiter Konsens, so etwa zum Recht der Patient/innen auf den Schutz ihrer persönlichen Daten, zur Qualität und zur Wirtschaftlichkeit der Betreuung sowie zur Vereinfachung administrativer Abläufe.



Jean-Claude Rey²

Institut de santé et d'économie, Lausanne
Jean-Claude.Rey@hospvd.ch

Die meisten Redner/innen an der Abgleichtagung sprachen sich für eine Gesundheitskarte aus, die hauptsächlich der persönlichen Identifizierung sowie dem Datenzugang dienen soll, und zwar vor dem Hintergrund der zunehmenden Informatisierung des Gesundheitssektors, der Verbreitung des Internets und den neuen Anforderungen bezüglich der Vertraulichkeit von Patientendaten.

Vom Bund wird erwartet, dass er unter allen erwähnten Aspekten,

1 Verfügbar auf: <http://www.hospvd.ch/public/ise/de/chipkarte>.

2 Mit Unterstützung von Laure Curt und Brian Frischknecht, Institut de santé et d'économie, Lausanne.

3 Institut für Gesundheit und Ökonomie (ISE); «Un carnet de santé en Suisse? Etude d'opportunité» in Beiträgen zur Sozialen Sicherheit; Nr. 3/99.

von denen einige bereits in Anwendung oder in Entwicklung sind, zwingende Prioritäten festlegt und gleichzeitig zur Koordinierung der bestehenden Projekte beiträgt. An erster Stelle steht dabei ein einziges Identifizierungsmedium, das eine bessere Vertraulichkeit gewährt als die heutige AHV-Nummer.

Ausgangslage

Zahlreiche Länder haben bereits eine Gesundheitskarte eingeführt, wobei die Ziele je nach Gesundheitssystem, Prioritäten und beteiligten Akteuren sehr unterschiedlich sind. So ging es in Frankreich in erster Linie um das Ersetzen des bisherigen Versicherungsausweises in Papierform durch eine Magnet-

karte und erst in einem zweiten Schritt um das Erfassen medizinischer Daten auf einer Chipkarte. In Deutschland stand die Rationalisierung des Systems im Vordergrund. Die Versichertenkarte soll eine standardisierte Informatisierung des Datenaustausches zwischen Versicherern und Leistungserbringern bewirken.

Meist stehen indes allgemeine Ziele im Mittelpunkt, wie etwa die Koordinierung der gesundheitlichen Betreuung, eine bessere Beziehung zwischen Versicherten, Patient/innen und Leistungserbringern sowie, ganz allgemein, ein leistungsfähigeres Gesundheitssystem.

In der Schweiz sind zahlreiche Projekte auf privater Initiative entstanden, so z.B. in Form von Karten (viele Krankenkassen haben beispielsweise ihren Versicherten Karten zukommen lassen, ebenso Verrechnungsdienste ihren Kunden), von elektronischen Patientendossiers (hier sind insbesondere zwischen den Universitätskliniken zahlreiche Projekte in Gang) oder von geschützten EDV-Netzen (z.B. des Schweizerischen Ärzteverbandes FMH). Zwei Kantone (Genève und Tessin) haben integrierte Projekte in Gang gesetzt.

Auf Bundesebene

Auf nationaler Ebene hat sich der Bundesrat aufgrund des Postulats Guisan im Januar 1997 bereit erklärt, Vor- und Nachteile der allgemeinen Einführung einer Gesundheitskarte zu prüfen. Darauf folgten 1998 die Veröffentlichung eines Berichts des BSV über die Zweckmässigkeit einer Gesundheitskarte³ und Anfang 2000 eine Studie des Schweizerischen Wissenschafts- und Tech-

Der Staat schafft einen Mehrwert

Es gibt zahlreiche Beispiele von individuellen Erfindungen, deren Potenzial durch das koordinierende Wirken einer Behörde vervielfacht wurde: So hat zum Beispiel die Festlegung einer Normbreite für Eisenbahngleise die Entwicklung des Verkehrs erleichtert. Was wichtiger ist: sie hat mit der erhöhten Bewegungsfreiheit auch den Konsumentinnen und Konsumenten einen Mehrwert gebracht.

Andere Beispiele zeigen, dass ohne Koordinierung – oder nach gescheiterten Koordinierungsversuchen – die Nutzung einer Neuerung beeinträchtigt, gebremst oder gar aufgegeben wird. Ein besonders aussagekräftiges Beispiel bildet die Mobiltelefonie, die sich in Europa dank des abgesprochenen Vorgehens der staatlichen oder parastaatlichen Gesellschaften viel harmonischer entwickelt hat als in den Vereinigten Staaten. Die koordinierte Vorgehensweise hat zudem die technologische Entwicklung beschleunigt, dank welcher der Rückstand aufgeholt und danach sogar eine marktführende Position erlangt werden konnte. Es erscheint in diesem Zusammenhang sinnvoll, Überlegungen zu einem koordinierten Vorgehen bei der Einführung von Karten im Gesundheits- und Sozialsystem sowie in dieser Frage zur Rolle des Staates und zu allfällig daraus folgenden Mehrwerten anzustrengen.

nologierates über die Chancen und Risiken computerbasierter Patientendossiers.⁴

Die erste Studie hat mehrere Aspekte der Problematik beleuchtet: ein Informationsdefizit, die Vielfalt mehr oder weniger fortgeschrittener Projekte, zahlreiche teils gegensätzliche Erwartungen sowie das stark unterschiedliche Interesse der Kantone. Der Bericht erläuterte die Vorteile einer Gesundheitskarte unter anderem für die Patient/innen, die mit einer solchen Karte stets über ihr persönliches Gesundheitsdossier verfügen könnten. Er ging auch auf die Schwierigkeiten der Umsetzung eines solchen Projektes ein und insbesondere auf die dazu notwendige Harmonisierung der nationalen und kantonalen Gesetzgebungen. Der Bericht betonte abschliessend die Notwendigkeit einer nationalen Konsenstagung, um die Information über die laufenden Projekte zu fördern, die gegenseitige Abstimmung und Koordinierung der Projekte zu erleichtern

und das Interesse der wichtigsten Partner abzuklären.

Die zweite Studie über die Evaluierung der Chancen und Risiken der Einführung computerbasierter Patientendossiers hat die Debatte neu belebt. Dieser Bericht, der unter anderem die unerwartet rasche Ausbreitung des Internets und den damit möglichen erleichterten Zugriff auf die Gesundheitsdossiers hervorhebt, betont auch die Notwendigkeit, dem Datenschutz mehr Beachtung zu schenken. Die Interpellation von Nationalrätin Doris Stump zu den Informationstechnologien im Bereich der Gesundheit hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) bewogen, am 30. August eine Abgleichtagung durchzuführen.

Die Entwicklung der Rolle des Bundes und die Harmonisierung der Durchführungsregeln

Um die Kompetenzen des Bundesstaates im schweizerischen Ge-

sundheitswesen wurde schon oft hart gerungen, doch die historisch gewachsenen, widersprüchlichen und komplexen Abläufe lassen sich nur schwer auflösen. Hinzu kommt der steigende Druck, den die Entwicklung der Informationstechnologien erzeugt. Es seien hier nur einige Beispiele bestehender Widersprüche genannt:

- Während die Gesundheit weitgehend in der Kompetenz der Kantone bleibt, werden interkantonale Spitäler geschaffen, deren Verwaltung durch die Unterschiede in den jeweiligen Gesetzgebungen sowie in der Organisation der Gesundheitssysteme erschwert wird.
- Der Konzentrationsprozess im Bereich der Krankenversicherungen hat sich deutlich beschleunigt (innerhalb von zwei Jahrzehnten ist die Zahl der Versicherer von über 400 auf rund 100 zurückgegangen) und er orientiert sich immer weniger nach kantonalen Grenzen; trotzdem liegt es nach wie vor an den Kantonen, die Verträge im Sinn des KVG zu genehmigen.
- Die Debatten im Parlament über die notwendigen Reformen des KVG lassen einen Trend zu einer stärkeren Angleichung der Ausführungsregeln auf nationaler Ebene erkennen, wie beispielsweise in der Frage einer monistischen Finanzierung,⁵ die zu einer Schwächung der Rolle der Kantone führen wird.
- Die zur Verwaltung des Gesundheitssystems notwendigen Daten beruhen immer mehr auf der Statistikgesetzgebung des Bundes, die nach und nach an Stelle der unterschiedlichen kantonalen Lösungen tritt.

Die Entwicklung des KVG und der entsprechenden Revisionen in Richtung eines durch Marktmechanismen gesteuerten Gesundheitssystems (Bedürfnisorientierung, Konkurrenz, Kontraktualisierung) setzt auf nationaler Ebene einheitliche

Umsetzungsregeln voraus (Berechnungsmethoden, Anrechenbarkeit der Kosten, Finanzierungsschlüssel usw.), die nur ein Bundesstaat durchsetzen kann.

In Europa liegt der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesundheitsausgaben tiefer als in den Vereinigten Staaten, was die amerikanischen Experten mit der grösseren Bedeutung des Staates in den europäischen Gesundheitssystemen und der daraus folgenden grösseren Harmonisierung der Systeme erklären. Es sei auch daran erinnert, dass diese Rolle einen Mehrwert bewirken kann (s. Kasten).

Den Zugang erleichtern statt Daten sammeln: ein Paradigmenwechsel

Noch vor wenigen Jahren benutzen oder planen die meisten Projekte Karten als Speicher von Informationen (teils medizinischer Art). Da das Ziel vor allem im Speichern möglichst vieler Daten bestand, konzentrierte sich das Interesse auf die Speicherkapazitäten der verschiedenen auf dem Markt erhältlichen Kartenformate. Das erklärt auch, weshalb der Suche nach Lösungen für die regelmässige Aktualisierung der gespeicherten Daten Priorität eingeräumt wurde.

Die rasante Entwicklung des Internets hat dieses Konzept grundlegend in Frage gestellt. Der nahezu sofortige Zugang zu Daten, die auf nahe gelegenen oder entfernten Speichersystemen gesammelt werden, hat zu neuen Prioritäten geführt: Es geht nunmehr darum, die *Identifizierungs- und Zugangsschlüsselfunktion* der Karte zu verwenden, um auf verschiedensten

Speichern (von Labors, Röntgeninstituten, Arztpraxen, Spitälern usw.) die Daten des Karteninhabers zu konsultieren. Daraus erfolgt eine Umkehrung der Problematik: Es geht nicht mehr um Entscheide über den Inhalt der Karte – die neu der Identifizierung und der Verwaltung der Zugangsrechte dient –, sondern um die Festlegung von Zugangsnormen sowie die Sicherstellung der technischen Kompatibilität. Diese Kompatibilität unter den Systemen, die von den Spezialisten mit dem neuen Begriff der *Interoperabilität* bezeichnet wird, soll dem Karteninhaber den Zugang zu allen persönlichen Dossiers technisch garantieren, dies bei selbstverständlich klar geregelten Zugangsbestimmungen.

Aufgrund der Entwicklung des Internets und der Kommunikationstechnologien ist die wissenschaftliche Gemeinschaft heute der Auffassung, dass es einfacher, sicherer und wirkungsvoller ist, eine Konzentration aller eines Patienten bzw. Versicherten betreffenden Informationen auf der individuellen Karte zu vermeiden.⁶ Einfacher ist es, weil der Zugang zu den Informationen unabhängig vom Speicherort unmittelbar möglich ist, sicherer, weil die Daten in den Computern des Gesundheitssystems professionell verwaltet werden, und wirkungsvoller, weil die Verantwortlichen für die jeweiligen Speichermedien ein Interesse an möglichst aktuellen Informationen haben.

Die Teilnehmenden der Tagung vom 30. August haben diesen Paradigmenwechsel denn auch betont. Auch von den Expertinnen und Experten des Schweizerischen Wissenschaftsrates wird diese Entwicklung begrüsst, da damit die Risiken einer Karte mit medizinischen Daten vermieden werden.⁷

Auf der Karte sichtbare Daten

Diese Neuerungen haben allerdings nicht unbedingt zur Folge,

dass auf der Karte nicht auch andere Informationen als die reinen Identifizierungsdaten enthalten sein können: Warum nicht weiterhin die Blutgruppe, den Rhesusfaktor, Notfalladressen oder Allergien angeben, wenn dies der Karteninhaber als wichtig erachtet. Hier liegt denn auch die neueste Errungenschaft zugunsten der Patient/innen/Konsument/innen, die neu entscheiden können, was neben den Identifizierungsdaten auf ihrer Karte aufgeführt werden soll.

Dieses *Empowerment* der Patient/innen kann insofern erweitert werden, als ihnen ermöglicht wird, die Zugangsrechte für die jeweiligen Leistungserbringer festzulegen. Dieser Wahl muss ein klarer und in Kenntnis der möglichen Folgen geäussertes Wille des Karteninhabers vorangehen, damit dessen Eigenverantwortung tatsächlich wie erwünscht gefördert wird. Eine interessante Lösung wird zurzeit in Holland geprüft: eine Liste für jeden Patienten. Diese Liste beinhaltet individuelle Zugangsrechte für jeden Leistungserbringer und wird vom Karteninhaber zusammengestellt und anschliessend zur Validierung unterzeichnet.

Das richtige Ziel setzen und die richtige Debatte führen: Die Technologie ist nur ein Mittel zum Zweck

In der laufenden Diskussion besteht die Gefahr, Mittel und Zweck zu verwechseln: Die Debatte sollte nicht primär über die richtige oder falsche Technologie geführt werden, da es hier nur um ein Hilfsmittel geht, sondern vielmehr um die Chancen und Risiken für die Versicherten, Patient/innen und damit über das Ziel, das mit der Einführung einer Karte erreicht werden kann. Kuhn und Guise beschreiben diesen Aspekt folgendermassen: *«Alle haben inzwischen verstanden, dass es um die Daten und nicht um*

4 Anne Eckhardt; «Computerbasierte Patientendossiers – Chancen und Risiken»; in *Technology Assessment*, TA 36/2000.

5 Siehe den Artikel von D. Zahnd in CHSS 4/2001 S. 218 sowie S. 306 in diesem Heft.

6 KA Kuhn, DA Guise; op. cit.

7 Anne Eckhardt; op. cit.; Seite 121.

die Systeme geht. Zudem stehen die Menschen im Mittelpunkt und nicht die Technologie, denn die Technologie hat die Abläufe zu erleichtern und nicht zu steuern.»⁸

Eine Agenda für die Zukunft

Aus den Expertenberichten, den Diskussionen mit den Teilnehmenden sowie den Empfehlungen des im Hinblick auf die Tagung einberufenen Konsultativkomitees geht hervor, dass die Bundesbehörden die verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten, die Chancen für die Versicherten und Patient/innen sowie die positiven und negativen Aspekte einer koordinierten Aktion evaluieren sollten, um sich dann mit der

Zivilgesellschaft damit auseinander zu setzen.

Für jeden Aspekt dieses noch unvollständigen Inventars muss die Behörde bestimmen, was zwingendes Recht unter der Verantwortlichkeit der Behörde sein soll und was dem privaten Sektor zu überlassen ist. Sie kann auch einen Weg der Mitte einschlagen und Situationen bezeichnen, wo ihre begrenzte Rolle darin besteht, mit Delegationsmechanismen oder anderen Anerkennungsformen ausreichende Voraussetzungen für den Schutz der Grundrechte zu schaffen.

Nach Erörterung der Problematik und der vorliegenden Anwendungen hat die Behörde die weiteren Entwicklungen zu koordinieren, gegebenenfalls die bestehenden Lö-

sungen zu koordinieren und ergänzende Forschungsarbeiten zu fördern, wenn nötig mit Unterstützung ihrer spezialisierten Institutionen.

Die Internet-Seite der Tagung – www.hospvd.ch/public/ise/de/chipkarte – enthält die verschiedenen Expertenberichte sowie die Folien und die Szenarien, die im Rahmen der Diskussion verwendet wurden.

8 KA Kuhn, DA Guise; «From Hospital Information Systems to Health Information Systems – Problems, Challenges, Perspectives»; in Yearbook of Medical Informatics 2001. Übersetzung von: «It is now understood that data, not systems, is what counts. Moreover, the critical issue is people, not technology, and technology is the enabler, not the driver.»

Änderungen bei den Sozialversicherungen ab 1. Januar 2002

Zu Beginn des kommenden Jahres treten sowohl auf der Beitrags- wie der Leistungsseite nur Änderungen von untergeordneter Bedeutung in Kraft. Die wichtigeren Neuerungen befinden sich zurzeit noch in parlamentarischer Behandlung: die Revisionen der AHV, des BVG, des KVG, der Arbeitslosenversicherung und der Invalidenversicherung. Die folgende Übersicht beschränkt sich folglich auf Änderungen, die am 1. Januar 2002 auf Verordnungs- und Weisungsebene rechtskräftig werden.



René Meier

Redaktor «Soziale Sicherheit» CHSS
rene.meier@bsv.admin.ch

AHV

Die Verordnung zur AHV (AHVV) erfährt folgende Anpassungen:

- in Art. 55 AHVV wird der Beginn des Rentenaufschubs entsprechend dem erhöhten Rentenalter der Frauen formell angepasst durch Verweis auf Art. 21 AHVG;
- in Art. 71^{ter} AHVV wird die Auszahlung der Kinderrente bei getrennt lebenden Eltern unter Berücksichtigung der Änderung von Art. 285 ZGB neu geregelt;
- in Art. 225 AHVV werden die Folgen verspäteter Einreichung der Gesuche für Beiträge zur Förderung der Altershilfe gemildert.

Invalidenversicherung

Änderung der IVV

Auch in der Invalidenversicherung treten nur wenige, unbedeutendere Änderungen auf Verordnungsebene (IVV) in Kraft. Sie betreffen einerseits die Versicherungsunterstellung der Kinder von freiwillig versicherten Eltern im Ausland bzw. deren Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 22^{quater} Abs. 2 IVV¹) sowie andererseits die Milderung der Folgen bei verspäteter Gesuchseinreichung für Beiträge an Behinderteninstitutionen und -organisationen (Art. 107 und 114 IVV).

Invaliditätsbemessung bei Geburts- und Frühinvaliden

Das für Geburts- und Frühinvaliden zu berücksichtigende durchschnittliche Einkommen der Arbeit-

nehmer (Art. 26 IVV) wird auf 69000 Fr. erhöht. Für unter 21-Jährige macht es 70 % dieses Betrags, für 21- bis 25-Jährige 80 % und für 25- bis 30-Jährige 90 % aus.

Kleines Taggeld

Ferner wird der Betrag des «kleinen Taggelds» für Versicherte in der ersten beruflichen Ausbildung an die Entwicklung der Durchschnittslöhne angepasst. Der Durchschnittslohn aller Lehrlinge beträgt 948 Fr.; das «kleine Taggeld» beläuft sich neu auf Fr. 31.60.

Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL)

Bei den Ergänzungsleistungen ändern nur die Beträge der kantonalen Durchschnittsprämien der Krankenpflegeversicherung, die bei der Berechnung des EL-Anspruchs zu Grunde gelegt werden.

Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivilschutz und Zivildienst (EO)

Keine Änderungen ab 2002.

Berufliche AHI-Vorsorge

Änderung der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge BVV2

Mit einer Ergänzung von Art. 49a BVV2 werden die Vorsorgeeinrichtungen verpflichtet, Regeln zur Ausübung der Aktionärsrechte festzulegen.

Anpassung an die Preisentwicklung

Da die AHV-Renten auf Anfang 2002 nicht angepasst werden, findet

¹ Diese Änderung hat der Bundesrat am 15. November 2001 mit Rückwirkung ab 1. Januar 2001 in Kraft gesetzt.

auch in der beruflichen Vorsorge keine generelle Erhöhung statt. Anzupassen sind lediglich jene Hinterlassenen- und Invalidenrenten der obligatorischen zweiten Säule, welche seit drei Jahren ausgerichtet werden. Betroffen sind damit die 1998 entstandenen Renten. Der Anpassungssatz dafür beträgt 3,4 %.

Die nachfolgenden Anpassungen erfolgen im Gleichschritt mit den Anpassungen der AHV/IV-Renten. (Weitere Masszahlen zur beruflichen Vorsorge in der Übersicht auf S. 372 in diesem Heft.)

Krankenversicherung

In der sozialen Krankenversicherung geben regelmässig nicht gesetzliche Änderungen am meisten Anlass zu Diskussionen und Kommentaren, sondern die jährlichen Anpassungen der Versichertenprämien. Anfang 2002 werden diese erneut um rund 10 Prozent erhöht. Eine Prämienübersicht bietet das BSV unter <http://www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/praem01.htm>.

Auf Verordnungsebene treten am 1. Januar 2002 folgende Änderungen in Kraft:

Änderung der Verordnung über die Leistungen der Krankenversicherung KLV vom 9. 7. 2001 (AS 2001 2150)

Gestützt auf die Beratungen der Eidg. Kommission für allgemeine Leistungen ELK hat das EDI eine kleine Anzahl von Anpassungen und Erweiterungen im Bereich der ärztlichen Leistungen mit Wirkung auf den 1. Januar 2002 beschlossen. Zu erwähnen sind insbesondere:

- die Hepatitis-B-Impfung für 11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche nach den Impfeempfehlungen des Bundesamts für Gesundheit BAG;
- die Pneumokokkenimpfung speziell gefährdeter Kleinkinder;
- die Protonen-Strahlentherapie für eine sehr gezielte Behandlung besonders komplizierter Tumore in sensiblen Körperbereichen;

- ein Stabilisierungssystem für koronare Bypass-Operationen am schlagenden Herzen (Verzicht auf den Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine).

Änderungen der Verordnung über die Krankenversicherung KVV vom 3. Juli 2001

Das Abkommen über die Personenfreizügigkeit erfordert verschiedene Anpassungen im Krankenversicherungssystem. Der Bundesrat hat deshalb drei Verordnungen geändert und eine neue erlassen. Diese werden zusammen mit den bilateralen Abkommen mit der EU in Kraft treten; vermutlich wird dies im Laufe des Jahres 2002 der Fall sein. Die Regelungen betreffen vorwiegend Grenzgänger/innen sowie Personen, die in einem EU-Staat wohnen und dort eine schweizerische Rente beziehen, sowie ihre Familienangehörigen. Dabei geht es insbesondere um die Regelung der Versicherungspflicht, die Kontrolle des Versicherungsbeitritts, die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung KVG als aushelfender Träger und als Verbindungsstelle, die Kostenübernahme, die Prämienberechnung und -erhebung, die Prämienverbilligungsbeiträge an die Kantone und das Bundesverfahren für die Prämienverbilligung an Rentnerinnen und Rentner sowie deren Familienangehörige, die in einem EU-Staat wohnen.

Unabhängig vom Abkommen über die Personenfreizügigkeit werden die Bestimmungen über die Versicherungspflicht für aus dem Ausland kommende Personen in Aus- und Weiterbildung, Dozentinnen und Dozenten sowie Forschende gelockert, weil die Praxis der letzten Jahre gezeigt hat, dass die geltende Regelung der Befreiungsgründe zu streng ist. Ausserdem erhalten die Kantone neu die Möglichkeit, Personen, die bereits über einen guten ausländischen Versicherungsschutz verfügen, von der Versicherungspflicht zu befreien, wenn bei

diesen Personen eine Unterstellung unter die schweizerische Versicherung infolge ihres Alters oder Gesundheitszustandes zur Folge hätte, dass sie sich nur noch grundversichern und nicht mehr im bisherigen Umfange zusatzversichern könnten.

Änderung der Verordnung über die Prämienverbilligung vom 3. Juli 2001 (AS 2001 2314)

Die Änderungen der Verordnung über die Beiträge des Bundes zur Prämienverbilligung in der Krankenversicherung (VPVK) betreffen den Verteilschlüssel, nach welchem die Bundes- und Kantonsbeiträge auf die Kantone aufgeteilt werden. Der Bundesrat setzt die Anteile der einzelnen Kantone am Bundesbeitrag nach deren Wohnbevölkerung und Finanzkraft sowie neu nach der Anzahl der Grenzgängerinnen und Grenzgänger inkl. Familienangehörige fest.

Unfallversicherung

In der obligatorischen Nichtberufsunfallversicherung werden ab Anfang 2002 die Prämien der privaten UVG-Versicherer und der Krankenkassen, welche das UVG betreiben, dem Verlauf des Risikos angepasst. Die bedeutet, dass bei den meisten Betrieben leicht tiefere Prämien für die Versicherung der Nichtberufsunfälle bezahlt werden müssen.

Arbeitslosenversicherung

Keine Änderungen.

Familienzulagen

Die bundesrechtlich geregelten Familienzulagen in der Landwirtschaft werden ab Anfang 2002 um 5 Fr. erhöht. Die Kinderzulagen belaufen sich im Talgebiet neu auf 165

Fr. bzw. 170 Fr. ab dem dritten Kind und im Berggebiet auf 185 Fr. bzw. 190 Fr. In den Genuss dieser Zulagen kommen nur Bauernfamilien in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sowie landwirtschaftliche Arbeitnehmer/innen.

Die Ansätze der kantonalen Familienzulagen für Arbeitnehmer/innen dürften in einzelnen Kantonen zu Jahresbeginn ebenfalls angepasst werden. Eine Übersicht gibt die BSV-Publikation AHI-Praxis in ihrer Ausgabe 1/2002.

Personenverkehrsabkommen: Inkrafttreten noch offen

Die soziale Sicherheit ist Teil des Abkommens über die Personenfreizügigkeit mit der EU. Die entsprechenden Bestimmungen werden die bestehenden bilateralen Sozialversicherungsabkommen mit den EU-Staaten ablösen. Jedes Land muss die Staatsangehörigen der anderen Vertragspartner bei der Anwendung seiner Gesetze gleich wie die eigenen Bürger/innen behandeln. Das hat einige Konsequenzen im beste-

henden Recht und erfordert Anpassungen z.B. bei der freiwilligen AHV, der Prämienverbilligung in der Krankenversicherung usw. (s. oben). Zurzeit ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens der bilateralen Abkommen – und damit auch der Anpassungen in der schweizerischen Gesetzgebung – noch offen. Die Verträge müssen von sämtlichen 15 EU-Mitgliedstaaten ratifiziert werden. Belgien und Irland haben die Ratifikation noch nicht abgeschlossen. Vermutlich wird es im Laufe des Jahres 2002 soweit sein.

CHSS-Einbinde-Aktion: 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 2000/2001 (Doppelband) inkl. Einbinden **Fr. 28.—**
- Einband für 1 Jahrgang (2000, 2001) inkl. Einbinden **Fr. 25.50**
- Einbinden der Jahrgänge 1993–1999 (1 oder 2 Jahrgänge) pro Einband **Fr. 29.50**
- Einbanddecke ohne Binden für 1 oder 2 Jahrgänge **Fr. 15.50**

Die Preise verstehen sich ohne MWST, Porto und Verpackung. **Für die Einbindeaktion sollten die kompletten Jahrgänge der Zeitschrift bis Ende Februar 2002 an die Buchbinderei gesandt werden.** Verwenden Sie bitte für Ihren Auftrag eine Kopie dieses Talons.

Wir senden Ihnen die Hefte folgender Jahrgänge

- 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001

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: Atelier du livre, Tscharnerstrasse 1, 3007 Bern, Telefon/Telefax 031 371 57 05

Längerfristige Zukunft der Alterssicherung: Das Forschungsprogramm ist angelaufen

Ende letzten Jahres hat der Bundesrat ein Forschungsprogramm gestartet, um Grundlagen für die 12. AHV-Revision zu bekommen. Aufgrund der Ausschreibung des Programms im Januar 2001 gingen bei der interdepartementalen Arbeitsgruppe, die sich aus Vertreter/innen des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI), des Volkswirtschafts- (EVD) und des Finanzdepartements (EFD) zusammensetzt, an die dreissig Offerten ein. Nach eingehender Prüfung dieser Offerten wurden neun Projekte berücksichtigt.



Jean-François Rudaz

BSV

jean-francois.rudaz@bsv.admin.ch

Seit die AHV existiert, beeinflussen zwei gegenläufige Anforderungen sämtliche Gesetzesrevisionen: einerseits soll der soziale Charakter dieser Versicherung gestärkt und andererseits ihr Fortbestand gesichert werden. So ist eine der auffälligsten Neuerungen der 10. AHV-Revision die Möglichkeit des vorzeitigen Altersrücktritts, gleichzeitig zeigen die Erläuterungen in der Botschaft über die 11. AHV-Revision, dass die Sicherung der finanziellen Grundlagen ein vordringliches Anliegen bleibt. Dies soll insbesondere erreicht werden durch eine allmähliche Erhöhung der MWST, die Gleichsetzung des Rentenalters von Mann und Frau bei 65 Jahren, eine verlangsamte Rentenanpassung und die weiter gehende Flexibilisierung des Rentenalters, die sozial gerecht,

aber zugleich kostenneutral sein soll.

Während die 11. AHV-Revision (2010) anvisiert, ist das Forschungsprogramm zur Zukunft der AHV auf längere Sicht angelegt (2040). Zur Lancierung dieses Programms führten jedoch dieselben Fragestellungen, die Anlass zu wiederholten Revisionen der AHV gaben: Wie kann die Weiterführung einer sozialen und wirksamen Altersvorsorge gesichert werden, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, von Umwälzungen in der Arbeitswelt und von sozialen Veränderungen? Ab September 2003 wird die Synthese der Ergebnisse der neun Projekte erste Schlussfolgerungen ermöglichen.

Wie wird die AHV künftig finanziert?

Gleichgültig, welchem Bevölkerungsszenario die tatsächliche künftige Entwicklung am ehesten entsprechen wird, sind die Fakten alles andere als rosig: Die steigende Lebenserwartung und die gleichzeitige Überalterung der Bevölkerung stellen für die AHV ein finanzielles Problem dar. Welches werden die Finanzierungsquellen der AHV im Jahre 2040 sein, die als sozial gerecht akzeptiert werden, die Solidarität zwischen den Generationen nicht überfordern und gleichzeitig wirtschaftlich tragbar sind? Das vom Büro *Ecoplan* geleitete Projekt «Analyse der Finanzierungsquellen für die AHV. Ein Overlapping Generations Model für die Schweiz» soll eine Antwort auf diese Frage geben. *Ecoplan* kombiniert verschiedene «klassische» Finanzierungsquellen (Lohnprozent, Tabak- und Alkoholsteuer, MWST) mit neuen Finanzierungsformen (Energieabgabe, Kapitalgewinnsteuer oder Bodennutzungsgebühr usw.) und entwickelt daraus unterschiedliche Szenarien einer möglichen Entwicklung des AHV-Fonds. Diese tragen auch demografischen Parametern (Migration, Alterung) und wirtschaftlichen Faktoren (Rezession, neues Wirtschaftswunder) Rechnung.

Die Altersvorsorge ist untrennbar mit dem Drei-Säulen-System verbunden. Welchen Einkommensanteil wird die erste Säule bei einer Person ausmachen, die im Jahre 2040 das Pensionsalter erreicht (bei gleichbleibendem Pensionsalter und Rentenniveau)? Das von Giuliano Bonoli (Universität Freiburg) geleitete Projekt «L'évolution des prestations vieillesse dans le long terme: une simulation prospective de la cou-

venture retraite à l'horizon 2040» untersucht anhand von zehn Berufs- und Bevölkerungsgruppen, welches die Mechanismen der Deckung durch die AHV und die berufliche Vorsorge sind und welches zukünftige Risiken einer ungenügenden Altersvorsorge sein werden.

Welche Auswirkungen werden die Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt auf die AHV haben?

Geht man davon aus, dass die Arbeit auch in Zukunft die wichtigste Finanzierungsquelle der AHV darstellt, muss die Entwicklung der Anzahl Erwerbstätiger und die berufliche Integration einer noch immer diskriminierten Gruppe – der Frauen – untersucht werden. Zwei Projekte befassen sich mit der Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt. Die erste Studie *«La participation des femmes au marché du travail»* unter der Leitung von Philippe Wanner wertet aus, welche Möglichkeiten zur beruflichen Integration der Frauen bestehen. Einbezogen werden dabei die demografische Entwicklung, gesellschaftliche Normen und institutionelle Anreize oder Hindernisse, die dazu beitragen, den Status der Frauen zu definieren. Mit dem zweiten Projekt *«Frauen im mittleren Erwerbsalter. Eine Studie über das Potenzial erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen zwischen 40 und 65»* von Arabella Doris Baumgartner soll aufzeigen, aus welchen Gründen (familiärer, persönlicher, wirtschaftlicher und kultureller Natur) Frauen zwischen 40 und 65 Jahren ihre berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen. Ziel des Projektes ist es, die wirtschaftlichen und sozialen Grenzen einer Beteiligung der Frauen

dieser Altersstufe am Arbeitsmarkt aufzudecken. Ein drittes Projekt *«Potenzial erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen aufgrund von Prognosen über die Haushalt- und Familienstrukturen»* unter der Leitung von Beat Fux (Universität Zürich) untersucht die langfristigen Auswirkungen der heute zu beobachtenden gesellschaftlichen Trends auf den Beschäftigungsgrad von Frauen. Dazu gehören beispielsweise die steigende Zahl von Alleinerziehenden, der vermehrte Wiedereinstieg von Frauen in das Berufsleben nach einem Karriereunterbruch oder das zunehmende Alter bei der Geburt des ersten Kindes.

Während die Neunzigerjahre im Zeichen eines beängstigenden Anstiegs der Arbeitslosenzahl standen, blieb weitgehend unbeachtet, welche Politik die Unternehmen in Bezug auf ihre betagten Angestellten betreiben. Eine erste Studie *«Betriebliche Alterspolitik – 12 Fallanalysen»*, geleitet vom Büro Infrac, untersucht die Faktoren, welche zu einer Verbesserung der Situation älterer Arbeitnehmender auf dem Arbeitsmarkt beitragen. Ergänzt wird diese Studie durch die Studie *«Betriebliche Alterspolitik – Befragung bei 120 Unternehmen»*, realisiert durch Armin Jans (Zürcher Hochschule Winterthur). Diese geht der Frage nach, welche Gründe Unternehmen oder bestimmte Wirtschaftszweige dazu veranlassen, Frühpensionspläne zu entwickeln.

Welche Mechanismen spielen bei einer Frühpensionierung heute und in Zukunft eine Rolle?

Von einem wissenschaftlichen und politischen Standpunkt aus stellt sich die berechnete Frage, wie bestimmte Gruppen besser in die Arbeitswelt integriert und wie die Dauer des Erwerbslebens verlängert werden könnte. Zu erforschen sind dabei die Beweggründe und das

tatsächliche Verhalten der betroffenen Personen. So wurde in einer neueren Studie des Bundesamtes für Statistik BFS festgestellt, dass in den letzten zehn Jahren etwa ein Drittel der im Rahmen der jährlichen Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE) befragten Personen ihr Erwerbsleben mindestens ein Jahr vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters beendet hatten.¹ Zwei zusätzliche Studien befassen sich mit den Gründen für einen frühzeitigen Altersrücktritt, für die Pensionierung bei Erreichen des ordentlichen Rentenalters oder für einen Rentenaufschub. Die erste Studie mit dem Titel *«Analyse des déterminants individuels et institutionnels du départ anticipé à la retraite»*, unter der Leitung von Yves Flückiger (Universität Genf), befasst sich mit den Gründen für einen frühzeitigen Altersrücktritt. Das verwendete Datenmaterial stammt aus den grossen Untersuchungen, welche das BFS regelmässig durchführt. Die zweite Studie, *«Der Übergang in den Ruhestand – Lebensverläufe, Einflussfaktoren und Konsequenzen»*, gemeinsam durchgeführt von den Büros BASS, Interface und Link, verfolgt die gleiche Zielsetzung, basiert jedoch auf einer telefonischen Befragung von 3000 Personen im Alter zwischen 55 und 70 Jahren.

Da gewisse Projekte möglicherweise zu genau entgegengesetzten Ergebnissen führen, mag die Zielsetzung des Programms hoch gegriffen erscheinen. Von Januar bis September 2003 soll aus den Ergebnissen eine Synthese zusammengestellt werden, was eine sicher nicht einfache, aber äusserst spannende Arbeit sein wird. Diese Synthese wird nicht nur für die Weiterentwicklung der AHV hilfreich sein, sondern ist auch unerlässlich für die Ausrichtung anderer Bereiche der öffentlichen Politik, welche die Entwicklung der Altersvorsorge beeinflussen.

¹ Vuille Alain (2000), «Das gesetzliche Rentenalter – eine willkürliche Grenze», *SAKE-News*, Nr. 15/2000, BFS, S. 1. Die SAKE oder Schweizerische Arbeitskräfteerhebung wird in 18 000 Haushalten durchgeführt, wobei pro Haushalt eine Person ausgewählt wird.

Die Sozialagenda der Europäischen Union

Seit Dezember 2000 verfügt die Europäische Union (EU) für die kommenden fünf Jahre über einen neuen sozialpolitischen Arbeitsplan: die so genannte Europäische Sozialagenda. In den letzten zwanzig Jahren stützte sich die europäische Sozialpolitik lediglich auf sozialpolitische Aktionsprogramme. Die Sozialagenda, die über fünfzig spezifische Aktionen rund um sechs Leitlinien beinhaltet, verfolgt ein ehrgeizigeres Ziel und ist insofern auch konkreter, als sie die Ziele, die geplanten Aktionen, den Zeitplan und die eingesetzten Mittel festhält. Die Sozialagenda trägt zur Stärkung und Modernisierung des europäischen Sozialmodells bei, das sich durch die untrennbare Verbindung von wirtschaftlicher Leistung und sozialem Fortschritt auszeichnet.



Claudina Mascetta

Abteilung Internationale Angelegenheiten, BSV
 claudina.mascetta@bsv.admin.ch

Der Europäische Rat¹ von Lissabon hat im März 2000 neue Herausforderungen ausgemacht, die angenommen werden müssen, um Europa «zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum der Welt zu machen, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem grösseren sozialen Zusammenhalt zu erzielen».

Damit die politischen Verpflichtungen des Lissabonner Rates in konkrete Aktionen umgesetzt werden können und um den sozialen

Bestimmungen des Amsterdamer Vertrages Folge zu leisten, hat die Kommission im Juni 2000 das Projekt für eine Sozialagenda vorgestellt.² Anna Diamantopoulou, Kommissarin für Beschäftigung und Soziales, erachtet die Agenda als richtungsweisend für die politischen Strategien und die Aktionen der Kommission für den Zeitraum bis 2005 im Bereich Beschäftigung und Sozialpolitik.

Im Dezember 2000 hat der Europäische Rat in Nizza die Europäische Sozialagenda auf der Grundlage eines Beitrages des Rates der

EU, der die Kommissionsvorschläge im Wesentlichen wiederaufnimmt, schliesslich verabschiedet.

Die wichtigsten Merkmale der Sozialagenda

Die Sozialagenda ist Teil des europäischen Gesamtkonzepts, das eine Interaktion zwischen Wirtschafts-, Sozial- und Beschäftigungspolitik anstrebt. Kommissarin Diamantopoulou hielt dazu im Übrigen fest, dass die Wirtschafts-, die Sozial- und die Beschäftigungspolitik ein gleichseitiges Dreieck bilden sollten, wobei jedem Element der selbe Stellenwert und die selbe Priorität beigemessen werden muss.

Die Agenda muss die Rolle der Sozialpolitik als Wettbewerbsfaktor stärken und ihr gleichzeitig eine effizientere Verfolgung eigener Ziele in Bezug auf den Schutz des Einzelnen, den Abbau von Ungleichheiten und den sozialen Zusammenhalt ermöglichen. Wirtschaftliches Wachstum und sozialer Zusammenhalt verstärken sich nämlich gegenseitig. Eine Gesellschaft mit stärkerem sozialem Zusammenhalt und geringerer Ausgrenzung ist die Voraussetzung für eine leistungsfähigere Wirtschaft.

Die Sozialagenda legt Inhalt und Zeitplan der wichtigsten sozialpolitischen Aktionen der nächsten fünf Jahre fest. Im Vordergrund stehen dabei gemeinsame Ziele, wie beispielsweise die Verwirklichung der Vollbeschäftigung, die Nutzung des technischen Fortschritts, die Erleichterung der Mobilität, die Nutzung der Wirtschafts- und Währungsintegration, die Antwort auf die Alterung der Bevölkerung, die Stärkung des sozialen Zusammenhalts, die Bewältigung der Erweiterung im sozialen Bereich sowie die

Bekräftigung der sozialen Dimension der Globalisierung.

Bei der Umsetzung der Sozialagenda kommt allen Akteuren eine Aufgabe zu: den Organen der EU, den Mitgliedstaaten, den regionalen und lokalen Behörden, den Sozialpartnern, der Zivilgesellschaft und den Unternehmen.

Die Agenda greift auf die gesamte Bandbreite der bestehenden Gemeinschaftsinstrumente zurück: auf die Rechtsvorschriften, den sozialen Dialog, die Förderprogramme, das integrierte Konzept der Politikbereiche, die Analyse und die Forschung und auch die *Methode der offenen Koordinierung*. Diese bis anhin nur im Bereich der Beschäftigung angewandte Methode, stützt sich auf drei Elemente: die gemeinsame Zielsetzung, die Umsetzung dieser Ziele auf nationaler Ebene und schliesslich die regelmässige Projektbegleitung auf der Grundlage gemeinsam festgelegter Indikatoren. Die Methode der offenen Koordinierung eignet sich für jene Bereiche am besten, die wesentlich in die nationale Zuständigkeit fallen, wie dies beim Sozialschutz der Fall ist.

Die Agenda definiert *sechs* sozialpolitische Leitlinien: (1) mehr und bessere Arbeitsplätze; (2) Antizipation und Nutzung des Wandels in der Arbeitsumwelt durch Herbeiführung eines neuen Gleichgewichts zwischen Flexibilität und Sicherheit in den Arbeitsbeziehungen; (3) Bekämpfung jeglicher Form von Ausgrenzung und Diskriminierung zur Förderung der sozialen Einglie-

derung; (4) Modernisierung des Sozialschutzes; (5) Förderung der Gleichstellung von Männern und Frauen; (6) Stärkung der sozialen Dimension der Erweiterung und der Aussenbeziehungen der EU.

Für jede Leitlinie wird ein Aktionskatalog einschliesslich eines Zeitplans vorgeschlagen. Im Folgenden sind die interessantesten Aktionen im Bereich des Sozialschutzes aufgeführt.

festgelegt werden (siehe unten Folgearbeiten). Im Übrigen muss die Umsetzung der Empfehlung von 1992 betreffend die *Garantie eines Mindesteinkommens*, welche die Sozialschutzsysteme bieten müssen, insbesondere im Rahmen des Europäischen Jahres der Behinderten (2003), auch sämtliche Massnahmen zugunsten einer besseren Eingliederung *behinderter Personen* in

Eine Gesellschaft mit stärkerem sozialem Zusammenhalt und geringerer Ausgrenzung ist die Voraussetzung für eine leistungsfähigere Wirtschaft.

Bei der ersten Leitlinie (mehr und bessere Arbeitsplätze) müssen die Regeln zur Wahrung des Rechts der *Wanderarbeitnehmer* auf soziale Sicherheit während der Laufzeit der Agenda modernisiert werden. Die Anwendung der einschlägigen Rechtsvorschriften muss verbessert werden, insbesondere durch die Förderung der Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien. Zweitens müssen die Modalitäten für die Wahrung von Zusatzrentenansprüchen von Arbeitnehmenden, die in der EU zu- und abwandern, vor Jahresende 2002 gestärkt werden.

Im Rahmen der dritten Leitlinie (Bekämpfung von Ausgrenzung) wurde jeder Mitgliedstaat aufgefordert, bis Juni 2001 auf der Grundlage der gemeinsam festgelegten Ziele einen zweijährigen nationalen Aktionsplan (NAP) zur *Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung* zu erstellen. Dieser Plan nennt die zur Beurteilung der Ergebnisse der Massnahmen anzuwendenden Indikatoren. Danach müssen auf der Grundlage der von den Mitgliedstaaten in ihren NAP gewählten Indikatoren gemeinsame Indikatoren

alle Bereiche des sozialen Lebens weiterentwickelt werden.

Im Zusammenhang mit der vierten Leitlinie (Modernisierung des Sozialschutzes) müssen die Zusammenarbeit und der Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten hinsichtlich der geeigneten Strategien zur Gewährleistung einer sicheren und zukunftsfähigen *Altersversorgung* fortgesetzt werden (siehe unten Folgearbeiten). Zudem sollen bis 2003 die Überlegungen über Mittel und Wege zur Gewährleistung eines hohen und dauerhaften Niveaus des Gesundheitsschutzes unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Alterung der Bevölkerung abgeschlossen sein. Ausserdem soll auch die Entwicklung der Lage beim *grenzübergreifenden Zugang zu Pflegeleistungen* und Gesundheitsprodukten von hoher Qualität untersucht werden. Und schliesslich muss die Beobachtung und Bewertung der verstärkten Zusammenarbeit im *Sozialschutz* während der ganzen Laufzeit der Agenda im Allgemeinen gewährleistet sein und geeignete Indikatoren müssen für diesen Bereich entwickelt werden.

1 Der Europäische Rat vereinigt alle Staats- und Regierungschefs der 15 Mitgliedstaaten der EU. Er ist nicht zu verwechseln mit dem Rat der Europäischen Union, der die Vertreter der 15 Mitgliedstaaten auf Ministerialebene versammelt; es bestehen verschiedene Formationen des Rates der Europäischen Union: «Rat Beschäftigung und Sozialpolitik», «Rat ECOFIN» usw.

2 «Sozialpolitische Agenda», KOM (2000) 379 endg.

3 Empfehlung des Rates vom 24. Juni 1992 über gemeinsame Kriterien für ausreichende Zuwendungen und Leistungen im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherung, ABl L 245 vom 26. 8. 1992, S. 46.

Ferner muss die *Gleichstellung zwischen Männern und Frauen* (die fünfte Leitlinie) in allen relevanten Bereichen (= *mainstreaming*), insbesondere jenen der Sozialagenda, berücksichtigt sein. Zudem muss eine *bessere Verknüpfung von Berufs- und Familienleben*, insbesondere durch Förderung einer guten Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen gewährleistet sein.

Die Folgearbeiten der Sozialagenda

Die Sozialagenda ist zeitlich auf fünf Jahre begrenzt. Um sich den wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen anzupassen, muss die Sozialagenda relativ flexibel bleiben. Aus diesem Grund wird im Jahr 2003 eine Halbzeitüberprüfung durchgeführt.

Die europäische Kommission, die mit den Folgearbeiten und der Überprüfung der Umsetzung beauftragt ist, erstattet einmal im Jahr einen Fortschrittsanzeiger; dieser wird vom Europäischen Rat anlässlich der Frühjahrstagungen geprüft.

Einige der im Rahmen der Sozialagenda geplanten Aktionen sind bereits am Laufen, so zum Beispiel die Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung und die Sicherung der Rentensysteme. In beiden Fällen wird die oben erwähnte Methode der offenen Koordinierung angewandt. Die Verfahren sind also vergleichbar.

Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung

Der Rat der EU hat im Herbst 2000 die *gemeinsamen Ziele* im Bereich der Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung festgelegt,⁴ die anschliessend auch vom Europäischen Rat von Nizza gutgeheissen worden sind. Es handelt sich dabei um folgende Zielsetzungen: Förderung der Teilnahme am Erwerbsleben und des Zugangs aller zu Ressourcen, Rechten, Gütern und Dienstleistungen, Vermeidung der

Risiken der Ausgrenzung, Massnahmen zugunsten der sozial am stärksten gefährdeten Personen, Mobilisierung aller Akteure.

Die Mitgliedstaaten wurden aufgefordert, diese Ziele umzusetzen und bis Juni 2001 einen zweijährigen *nationalen Aktionsplan* vorzustellen.⁵ Gleichzeitig sollten sie auch die Indikatoren und Modalitäten für die Follow-up-Phase definieren, damit die Fortschritte bei der Umsetzung der im nationalen Aktionsplan festgehaltenen individuellen Ziele bemessen werden können.

Auf der Grundlage dieser nationalen Aktionspläne hat die Kommission im Oktober 2001 einen Berichtsentwurf über die soziale Integration vorgestellt. Darin sind geeignete Strategien und neue Vorgehensweisen aufgezeigt, die für die Mitgliedstaaten von gemeinsamem Interesse sein dürften.⁶ Dieser Bericht dient als Basis für den gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates der EU, der dem Europäischen Rat von Laeken im Dezember 2001 überreicht wird.

Ausserdem müssen gemäss Sozialagenda die *Indikatoren* für die Bekämpfung der Armut und der sozialen Ausgrenzung auf europäischer Ebene bestimmt werden. Der Ausschuss für Sozialschutz⁷ hat eine Untergruppe ins Leben gerufen, welche die Arbeiten im Zusammenhang mit diesen Indikatoren leitet. Im Rahmen dieser Untergruppe haben die Mitgliedstaaten gemeinsam 18 Indikatoren festgelegt, welche die verschiedenen Bereiche der sozialen Ausgrenzung abdecken (finanzielle Lage, Beschäftigung, Gesundheit, Erziehung und Wohnen). Es ist vorgesehen, dass der Rat der EU auf dieser Grundlage ein Indikatorenpaket gutheisst, das in der Folge dem Europäischen Rat von Laeken unterbreitet werden soll.

Rentensysteme

Die Arbeiten zu den Rentensystemen sind vom Europäischen Rat von Lissabon aufgenommen und

nacheinander von den Europäischen Räten von Nizza und Stockholm gefördert worden. In Göteborg schliesslich wurde die Methode der offenen Koordinierung in diesem Bereich beschlossen.

Die Kommission hat im Juli 2001 dazu eine Mitteilung mit folgendem Titel gutgeheissen: «Unterstützung nationaler Strategien für zukunftssichere Renten durch eine integrierte Vorgehensweise».⁸ Unter Einbezug der Herausforderungen, denen die Mitgliedstaaten gegenüberstehen, sowie der zehn in einer früheren Mitteilung von Oktober 2000 formulierten Grundsätze,⁹ hat die Kommission einen Katalog von gemeinsamen Zielen zur Förderung nationaler Strategien für zukunftssichere Rentensysteme unterbreitet. Im Zentrum stehen die drei wichtigsten vom Europäischen Rat von Göteborg im Juni 2001 definierten Grundsätze im Zusammenhang mit der Realisierung eines langfristig zukunftsfähigen Rentensystems. Dies sind:

- die Sicherstellung der Fähigkeit der Rentensysteme, die ihnen gesetzten gesellschaftlichen Ziele zu erfüllen, indem sie im Ruhestand befindlichen Personen und deren Angehörigen sichere und angemessene Renten gewährleisten und zusammen mit Gesundheits- und Langzeitpflegediensten angemessene Lebensbedingungen für alle älteren Personen sicherstellen;
- die Gewährleistung der finanziellen Zukunftsfähigkeit der Rentensysteme, so dass künftige Folgen der Alterung die langfristige Nachhaltigkeit der öffentlichen Haushalte und die Fähigkeit, grundlegende haushaltspolitische Ziele zu erreichen, nicht beeinträchtigen und nicht zu einer ungerechten Verteilung der Ressourcen zwischen den Generationen führen;
- die Stärkung der Fähigkeit von Rentensystemen, auf die sich verändernden Bedürfnisse der Ge-

sellschaft und des Einzelnen zu reagieren, und damit zu einer verbesserten Arbeitsmarktflexibilität, Chancengleichheit für Männer und Frauen im Hinblick auf Beschäftigung und Sozialschutz beizutragen.

Der Rat der EU hat den Auftrag, dem Europäischen Rat von Laeken einen Bericht über den Verlauf dieser Arbeiten vorzulegen.

In diesem Bereich müssen die Fortschritte in Richtung der gemeinsamen Ziele ebenfalls anhand von geeigneten *Indikatoren* gemessen werden; diese liefern vergleichbare Angaben über die wirtschaftlichen, finanziellen und demografischen Entwicklungen, welche die langfristige Zukunft der Altersrenten be-

einflussen, sowie über die Fortschritte und möglichen Auswirkungen der Rentenreform. Gemeinsame Indikatoren für den Europäischen Rat von Barcelona im März 2002 sind noch auszuarbeiten.

Bis im September 2002 müssen die Mitgliedstaaten dann ihre *nationalen Strategieberichte* vorlegen. Die Berichte sollten die Vorgehensweise erläutern und sich an den laufenden (oder geplanten) Reformen zur Umsetzung der gemeinsamen Ziele orientieren.

Die Kommission hat schliesslich den Auftrag, auf der Grundlage der nationalen Strategieberichte einen Bericht vorzulegen, der die nationalen Strategien evaluiert und die geeigneten Praktiken und neuen An-

sätze als Beitrag zum gemeinsam von der Kommission und dem Rat zu erstellenden Bericht bestimmt. Dieser gemeinsame Bericht wird dem Europäischen Rat voraussichtlich im Frühjahr 2003 vorgelegt.

4 ABl C 82 vom 13. 3. 2001, S. 4.

5 Die nationalen Aktionspläne sind auf dem Internet unter folgender Adresse zu finden: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napsincl2001_de.html.

6 «Entwurf zum Bericht über die soziale Eingliederung», KOM (2001) 565 endg.

7 Der Ausschuss für Sozialschutz bezweckt die Förderung der Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten in Bezug auf den Sozialschutz. Er hat eine beratende Funktion. Er setzt sich aus zwei Vertretern von jedem Mitgliedstaat und zwei Vertretern der Kommission zusammen.

8 KOM (2001) 362 endg.

9 «Die Entwicklung des Sozialschutzes in Langzeitperspektive: zukunftssichere Renten», KOM (2000) 622 endg.

Ist die soziale Sicherheit ein Privileg der reichen Länder?

Soziale Sicherheit und Entwicklungsländer: Bestandesaufnahme und Perspektiven

Die fundamentale Aufgabe der sozialen Sicherheit besteht darin, die Bürger vor den Risiken der Arbeitsgesellschaft zu schützen und sie allgemein vor Notlagen zu bewahren. Ein System der sozialen Sicherheit wird dann als angemessen betrachtet, wenn es die Bürger vor einem drastischen Einkommensrückgang im Alter, bei Unfall und Krankheit oder als Folge einer Behinderung schützt und der Armut und Ausgrenzung – unabhängig von ihrer Ursache – entgegenwirkt. Bekämpft wird letztlich die soziale Unsicherheit, wobei die Mittel und die zugrunde liegenden Denkweisen sich bei einer internationalen Betrachtung stark unterscheiden.



François-Xavier Merrien

Professor an der Universität Lausanne
fxmerrien51@yahoo.com

Zahlreiche Länder haben die soziale Sicherheit als ein Grundrecht verankert. Tatsächlich gibt es indes bei der Umsetzung krasse Unterschiede. Die Industrieländer bieten praktisch der gesamten Bevölkerung eine soziale Absicherung und bekunden den Willen, diesen Schutz weiter zu verbessern. In den Entwicklungsländern hingegen zeigt sich – abgesehen von einigen Ausnahmen der jüngeren Zeit – ein sehr unterschiedliches Bild. Eine allgemeine Abdeckung ist bei weitem nicht erreicht. Es herrscht grosse soziale Unsicherheit. Allein bei den beiden Sektoren, für die relativ verlässliche statistische Daten vorliegen – Renten und Gesundheitsversorgung – ergeben sich starke Kontraste.

Besonders dramatisch ist die Situation in *Afrika*. Geschätzten 90 % der afrikanischen Bevölkerung fehlt jeglicher organisierter Sozialschutz. Die Abdeckung durch die soziale Sicherheit ist gering: Sie betrifft nur einen verschwindend kleinen Anteil der erwerbstätigen wie der gesamten Bevölkerung. In *Lateinamerika* wird allgemein davon ausgegangen, dass die soziale Sicherheit und die Privatversicherung 10 bis 30 % der Bevölkerung erfassen. Die Gesundheitsdienste in diesen Ländern versorgen rund 30 bis 40 % der Bürger. In einigen Ländern des Kontinents sind über 85 %, in anderen dagegen unter 30 % der Bevölkerung sozial abgesichert. Noch grösser ist das Gefälle auf dem *asiatischen Kontinent*: Län-

Ist die soziale Sicherheit ein Privileg der reichen Länder?

Unter diesem bewusst provokativen Motto möchte die «Soziale Sicherheit» die Aufmerksamkeit auf jene Regionen der Welt lenken, in denen die soziale Sicherheit schwach entwickelt, oft auf bestimmte Gesellschaftsschichten beschränkt, schwer umsetzbar und durch wirtschaftliche Probleme behindert ist. Die soziale Sicherheit im klassischen Sinn ist in diesen Regionen schwach verbreitet, selbst wenn mehrere Länder ihr System noch vor der Schweiz eingeführt hatten. Interessant ist, dass selbst dort, wo die soziale Sicherheit scheinbar fehlt, Mechanismen existieren, die einen gewissen Schutz gegen Risiken wie Arbeitslosigkeit oder Krankheit gewährleisten.

Die Schilderung von Professor François-Xavier Merrien ist von besonderer Aktualität, nachdem dramatische soziale Krisen ganze Erdteile erschüttert haben, ehemalige Entwicklungsländer zu den Industrieländern aufschliessen und nachdem die Regierungen der Welt sich, in Kopenhagen oder anderswo, für die Verwirklichung der gleichen Sozialziele engagieren.

An zweiter Stelle äussert sich ein Vertreter der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit zu den Besonderheiten dieser Arbeit in einer Welt im Wandel. Schliesslich wirft Peter Niggli, Vertreter der schweizerischen Entwicklungsorganisationen, ein kritisches Licht auf die Politik und das Credo der internationalen Finanzinstitutionen.

Cyril Malherbe, Wissenschaftlicher Adjunkt, Abteilung Internationale Angelegenheiten, BSV

der wie Korea und Taiwan tendieren zu einer die Gesamtbevölkerung umfassenden sozialen Sicherheit, während andere wie Vietnam nur über Systeme mit sehr eingeschränkter Tragweite verfügen.

Bei der Würdigung der Systeme muss auch der wirtschaftliche Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Die Entwicklungsländer werden in *drei verschiedene Kategorien* unterteilt (s. auch den Kasten auf der nächsten Seite): Schwellenländer, Länder mit mittlerem Einkommen und arme oder am wenigsten entwickelte Länder (LDC). Diese Abgrenzung mag sich hinsichtlich der wirtschaftlichen Entwicklung eignen; was die soziale Sicherheit anbelangt (im Sinn der Allgemeinen Menschenrechtserklärung von 1948), so ergibt die Dreiteilung allerdings keinen Sinn.¹ Hervorzuheben ist der Gegensatz zwischen den beiden ersten und der dritten Länderkategorie. In den Ländern der letzten Kategorie existieren nur rudimentäre Systeme der sozialen Sicherheit, die einen geringen Prozentanteil der Bevölkerung abdecken; in den beiden ersten dagegen sind über 40% der erwerbstätigen Bevölkerung geschützt. Im vorliegenden Artikel gehen wir daher nur auf diese Ländergruppe ein und beleuchten die drei folgenden Punkte: Bestandesaufnahme, Entwicklung und Herausforderungen.

Bestandesaufnahme

Die Kategorie der Schwellenländer und der Länder mit mittlerem Einkommen umfasst sehr heterogene Staaten. Einige weisen hohe Wirtschaftswachstumsraten aus und

nähern sich dem Standard der OECD-Länder.² Oft sieht ihre demografische Struktur relativ ähnlich aus. Historisch gesehen besitzen einige Staaten alte, nach dem Modell der europäischen Ländern konzipierte Systeme der sozialen Sicherheit. Andere dagegen haben erst vor kurzem moderne Systeme eingeführt. Über die geschichtlich beding-

schützte Bevölkerungsgruppen als zu einer Ausdehnung des Schutzes auf weitere soziale Kategorien. Aus diesem Grund wird in etlichen Ländern häufig festgestellt, dass ein (mitunter verschwindend geringer) Anteil der Bevölkerung lückenlos risikogeschützt ist, während eine (mitunter überwiegende) Mehrheit keinerlei Schutz genießt. Am

Vor der Krise von 1997 war man fast durchweg der Auffassung, die soziale Sicherheit sei ein für die Entwicklungsländer entbehrlicher Luxus.

ten Unterschiede der verschiedenen Sozialsysteme hinaus besitzen die Länder dieser Kategorie bestimmte Gemeinsamkeiten (die sie auch mit den Entwicklungsländern teilen): Für Beamte existiert in der Regel eine getrennte Sozialversicherung. Die Altersrente wird allgemein vom Staat finanziert; die Gesundheitsversorgung ist kostenlos. Ein Teil der Beschäftigten des formellen Sektors ist von einer mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanzierten Alters- und Hinterbliebenenversicherung abgedeckt. Bisweilen existiert auch eine Krankenversicherung. Dagegen stehen Arbeitnehmer des informellen Sektors, Selbständigerwerbende und Arbeitnehmer im ländlichen Sektor und im Hausdienst in der Regel ohne jede soziale Absicherung da. Die Ausweitung des Sozialschutzes nahm in den meisten Fällen folgenden Verlauf: Zunächst wurden privilegierte Gesellschaftsgruppen erfasst (Armee, Beamte, Beschäftigte der Staatsunternehmen), dann gegebenenfalls Beschäftigte des formellen Sektors und manchmal, wenn auch selten, Arbeitnehmer des informellen Sektors. Die Erweiterung tendiert eher zu einer Verbesserung der Risikoabdeckung für bereits ge-

schlechtesten geschützt sind die Bürger, die im informellen Sektor arbeiten, vor allem Selbständigerwerbende, Verkaufspersonal, Arbeitnehmende im Verkehrssektor, Hauspersonal, Gelegenheitsarbeiter, Handwerker und Beschäftigte in Kleinbetrieben. Zu betonen ist, dass proportional mehr Frauen als Männer vom Schutz ausgeschlossen sind.

Die verfügbaren Daten zeigen sehr unterschiedliche Verhältnisse auf. Gewisse Länder weisen (offiziell) eine hohe, andere eine durchschnittliche oder geringe Absicherungsrate aus. Bestimmte Länder bemühen sich ernsthaft um ein die Gesamtbevölkerung umfassendes System der sozialen Sicherheit, während andere sich kaum dafür engagieren. Mit ein Grund für diese Unterschiede ist die Entstehungsgeschichte der Systeme.

Pioniere und Nachzügler

Innerhalb der Kategorie der Schwellenländer und der Länder mit mittlerem Einkommen lassen sich grundsätzlich die Pioniere in Sachen sozialer Sicherheit für Beschäftigte (hauptsächlich in Lateinamerika) und die Nachzügler (hauptsächlich in Asien) unterscheiden. Diese Abgrenzung hat ihre Bedeutung, ist sie

¹ Das Thema kann an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden. Der Hauptgrund ist, dass die sozialen Sicherheitssysteme der Schwellenländer weniger entwickelt sind als jene mancher Länder mit mittlerem Einkommen und umgekehrt. Dagegen hat sich das Gefälle zwischen den beiden ersten und der dritten Kategorie in der Regel bestätigt.

² Korea ist Mitglied der OECD.

Was ist ein Entwicklungsland?

Die so genannten «Entwicklungsländer» bilden eine sehr uneinheitliche Gruppe. In Wirklichkeit bestehen sie aus drei Länderkategorien: erstens insgesamt 49 am wenigsten entwickelte Länder (LDC) wie Bangladesch; zweitens Länder mit mittlerem Einkommen (Middle-Income Countries) wie Iran; drittens die so genannten «Schwellenländer», zu denen die «mächtigsten» Entwicklungsländer, mehrheitlich in Asien, zählen. Ihr Entwicklungsstand würde sie theoretisch für die OECD-Mitgliedschaft qualifizieren (dies gilt z.B. für Südkorea und Mexiko). Allerdings steckten sie in der Krise von 1997 empfindliche Rückschläge ein, welche einige von ihnen, wie Malaysia, nach eigenem Bekunden noch immer nicht überwunden haben. Daher ist auch die dritte Kategorie der so genannten «Schwellenländer» ziemlich heterogen. (Quelle: DEZA)

doch in diesen Ländern nach wie vor ausschlaggebend dafür, wie die soziale Sicherheit angegangen wird.

Die lateinamerikanischen Länder hatten bereits sehr früh Systeme der sozialen Sicherheit für die Arbeitnehmenden aufgebaut. Uruguay, Brasilien, Chile und Argentinien führten noch vor dem zweiten Weltkrieg solche Systeme ein. Daran wurde die Hoffnung auf eine rasche Industrialisierung geknüpft; ausserdem konnte im Rahmen einer auf massive Staatsinterventionen gestützten und an Protektionismus nach aussen gekoppelten Wirtschaftspolitik ein sozialer Kompromiss zwischen populistischen Führungsfiguren und den Gewerkschaftsorganisationen erzielt werden. In zahlreichen Ländern verkam das soziale Ideal wegen des politischen und gesellschaftlichen Umfelds zur Klüngerlei. Das Modell der sozialen Entwicklung zielt ausschliesslich auf die Arbeiterklasse sowie auf die städtische Mittelschicht ab, auf deren Unterstützung man hofft (Mesa-Lago, 1994), und nicht auf die Schichten am Rand der Gesellschaft, die weiterhin in extremer Armut leben.³

³ Selbstverständlich gibt es Ausnahmen; das leuchtendste Beispiel ist Costa Rica, wo 90 % der Bevölkerung sozial abgesichert sind.

Die asiatischen Länder haben – und dies zu Ungunsten der sozialen Sache – den ganz anderen Weg eingeschlagen: jenen der Kapitalakkumulation und der Zwangsindustrialisierung. Die asiatischen Schwellenländer stützen ihr Wachstum auf Ersparnisse, Arbeit, Ausbildung und die primäre Solidarität ab. Deren Führer setzen den Schwerpunkt auf die «asiatischen Werte» – insbesondere die Familiensolidarität –, um sich der Anerkennung der politi-

sundheitsdienstleistungen (Goodman, 1998). Die Rückkehr zur Demokratie geht einher mit dem Versuch einer Ausweitung der sozialen Sicherheit auf die gesamte Bevölkerung.

Wirtschaftswachstum statt sozialer Entwicklung

Vor der Krise von 1997 war man fast durchweg der Auffassung, die soziale Sicherheit sei ein für die Entwicklungsländer entbehrlicher Luxus. Während die europäischen Länder die Talfahrt in die Rezession antraten und den Ländern Lateinamerikas mit grosszügigen Sozialversicherungssystemen drastische Anpassungen und massive Kürzungen der Sozialprogramme verordnet wurden, zeichneten sich die «asiatischen Tiger» durch eine beachtliche Wirtschaftsentwicklung aus.

Angesichts hoher Wachstumsraten über rund zwanzig Jahre hinweg standen die südostasiatischen Länder scheinbar als die grossen Sieger der Globalisierung und als Modell für die Entwicklungsländer da. Die steigenden Einkommen bescherten den neuen wohlhabenden Gesellschaften Vorteile. Selbst die Armen profitierten insgesamt vom Wachs-

Die Entwicklung der sozialen Sicherheit wird nun als ethischer, sozialer und wirtschaftlicher Imperativ gesehen.

schon und sozialen Rechte zu entziehen. Der soziale Schutz bleibt dem Regime vorbehalten, d.h. der Armee, der Polizei und der Beamtenschaft sowie einzelnen Beschäftigten der Grossunternehmen.

Trotzdem verabschiedeten die am meisten fortgeschrittenen Länder wie Korea und Taiwan in der späteren, vom Aufkommen der sozialen Bewegungen geprägten Zeit erste Sozialgesetze über Renten und Ge-

tum. «Growth is good for the poor» wurde zu einem Wahlspruch der Moderne.

Aus diesem Grund wurde die Sozialpolitik weithin als unnützer Luxus, ja gar als eine für die Wirtschaft entbehrliche Last angesehen.

Der Wendepunkt von 1997

Mit der Krise von 1997 geriet jedoch das Gebäude ins Wanken. Die neue Armut und die Massenarbeits-

losigkeit entkräften das Modell des Vorrangs der Wirtschaft vor dem Sozialen. Wirtschaftswachstum ist kein linearer Prozess und keine Selbstverständlichkeit. Wirtschaftswachstum und Finanzkrisen haben negative Folgen für breite Bevölkerungsgruppen. Selbst wenn die Wirtschaft erneut anzieht, kann der Frage der sozialen Sicherheit nicht mehr ausgewichen werden. Die Verschärfung der Arbeitslosigkeit und der Armut sowie die sozialen Krisen zwingen die internationalen Organisationen und die Regierungen, die ehemals den freien Marktkräften das Wort redeten, die institutionellen und rechtlichen Strukturen und den sozialen Schutz wieder aufzuwerten.

Der Triumph des freien Marktes verblasst zu Gunsten einer bescheideneren und realistischeren Sichtweise. Die Wirtschaft allein vermag der Gerechtigkeit und der sozialen Integration nicht zum Durchbruch zu verhelfen. Ohne soziale Gerechtigkeit und das Bemühen um Fairness sind politische Stabilität und nachhaltige Wirtschaftsentwicklung nicht möglich. Ein Merkmal dieser Phase ist, dass nunmehr der Festigung effizienter und demokratischer Governance-Systeme, der Liberalisierung der Waren- und Kapitalmärkte, der Reform der Sozialversicherungssysteme und der Einführung wirksamer Sozialpolitiken grosse Bedeutung beigemessen wird.

Neben diesem allgemeinen Stimmungsumschwung sprechen verschiedene Gründe für eine Ausweitung des sozialen Netzes in den Entwicklungsländern,

Für eine Ausweitung der sozialen Sicherheit

Der erste Grund für eine Ausweitung des institutionalisierten Systems der sozialen Sicherheit liegt im Wandel der Lebensbedingungen in den Ländern auf dem Weg der Industrialisierung. Erstens können mit dem Rückgang der Landwirtschaft, mit der zunehmenden Industrialisierung und der Verstädterung die Haushalte nicht wie in der Vergangenheit auf die Familie oder auf nahe stehende Personen zählen. Die Familiensolidarität spielt eine geringere Rolle als früher. Zweitens taugt das traditionelle Schema, das die «social care»-Aufgaben den Frauen zuweist, nach dem Einzug der Frauen in den Arbeitsmarkt nicht mehr. Zudem geht der steigende Lebensstandard mit einer steigenden Nachfrage nach sozialer Sicherheit einher.

Diese Nachfrage wird im übrigen durch die demografischen Entwicklungen und durch die wirtschaftlichen Umwälzungen verstärkt. Viele betroffene Länder rechnen mit einer vergleichbaren Alterung der Bevölkerung wie die Industrieländer bzw. sind bereits davon betroffen. Die Wirtschaftsentwicklung und besonders die Instabilität, die den Globalisierungsprozess begleitet, erfordern soziale Massnahmen, um die Wirkungen der Erschütterungen und Umstrukturierungen im Gefolge der Wirtschaftskrisen abzufedern.

Schliesslich gilt der Ausbau der sozialen Sicherheit als ethischer, sozialer und wirtschaftlicher Imperativ. Es stellen sich enorme Heraus-

forderungen. Die Erfahrungen der Schweiz mit dem Aufbau der sozialen Sicherung (Drei-Säulen-System, Föderalismus, soziale Abstimmung) könnten auf internationaler Ebene durchaus als Vorbild dienen.

Bibliographie

Ginneken, W. van, ed., 1999. Social Security for the Excluded Majority: case studies of developing countries. ILO, Geneva

Goodman Roger, White Gordon and Huck-Ju Kwon, 1998, The East Asian Welfare Model. London: Routledge

ISSA 2000, Social Security Issues and Research Capacities in Asia and the Pacific. ISSA Social Security Documentation, Asia and Pacific Series, n° 24

Lee E., The Asian Financial Crisis. The Challenge for Social Policy, ILO, 1998

Merrien F.-X., 2000, «Nouveau régime économique international et devenir des États-providence», in Pierre de Senarclens, ed., Maitriser la mondialisation, Paris: Presses de sciences po, p. 77–113.

Merrien F-X, 2001, «Les nouvelles politiques sociales de la Banque Mondiale. Le cas des pensions. Une évaluation critique», in Revue internationale des sciences sociales, Paris: UNESCO, décembre, p.37–52.

Mesa-Lago C., 1994, Changing social security in Latin America, Boulder Co: Lynne Reider.

UNDP, 1998, Human development report, Oxford University Press.

Ist die soziale Sicherheit ein Privileg der reichen Länder?

Die Entwicklungszusammenarbeit der Schweiz – inwieweit fördert sie die soziale Sicherheit der betroffenen Länder?



Gespräch mit Marco Rossi

Chef des Dienstes für Politik der sozialen Entwicklung,
Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA)
marco.rossi@deza.admin.ch

Wie beurteilt die DEZA die klassischen Vorkehrungen des sozialen Schutzes? Bilden sie eine mögliche Lösung für Entwicklungsländer?

Das kommt auf das jeweilige Land an. Systeme der sozialen Sicherheit sind in den mittel- und osteuropäischen Ländern (MOEL) wohlbekannt. Die DEZA hat im übrigen im Rahmen der Zusammenarbeitsprogramme mit diesen Ländern schweizerische Experten für soziale Sicherheit beauftragt. Im Gegensatz dazu sind soziale Vorsorgesysteme in den meisten Entwicklungsländern wenig entwickelt. Sie sind deshalb auch selten Gegenstand der Entwicklungszusammenarbeit. Die Zusammenarbeit mit diesen Ländern folgt einem unterschiedlichen Ansatz. Die Schweiz unterstützt in erster Linie Entwicklungsbestrebungen, in denen der Mensch im Zentrum steht. Sie setzt dabei Massnahmen um, welche für den einzelnen Menschen und Familien Vorsorgecharakter haben. Es handelt sich eher um soziale Entwicklung als um sozialen Schutz.

Worauf richtet die DEZA ihre Massnahmen aus?

Die DEZA trägt in erster Linie den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung. Gemeinsam mit ihren Partnern identifiziert sie Bedürfnisse und legt konkrete Massnahmen fest. Ausserdem bemüht sie sich vorauszudenken, wie z.B. in Kuba, wo ein DEZA-Mitarbeiter derzeit Kontakte knüpft, damit Massnahmen, die für die Armutsbekämpfung in Kuba vordringlich sind, getroffen werden können.

Gibt es auf diese Länder zugeschnittene Vorkehrungen, welche die Hauptrisiken (Krankheit, Invalidität, Arbeitsunfälle) abdecken?

Das Bundesgesetz vom 19. März 1976 über die internationale Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe⁴ verpflichtet die DEZA, sich in den ärmsten Ländern und Regionen zugunsten der ärmsten Gesellschaftsschichten einzusetzen. Die DEZA unterstützt eine breite Palette von Massnahmen, von Strukturanpassung bis zu Basispro-

jekten. Sie fördert beispielsweise die Kleinkreditvergabe für den Kauf einer Wasserpumpe oder den Bau von Metallsilos, in denen eine Familie Getreide für den Eigenbedarf lagern oder es im Bedarfsfall weiterverkaufen kann, z.B. wenn ein Familienmitglied krank wird. Im Grunde handelt es sich um eine Versicherung auf Familienebene. In Honduras sind in solchen Silos rund 20% der Landesproduktion gelagert, und sie haben eine stabilisierende Wirkung auf die Preisschwankungen auf dem nationalen Markt.

Die Weltbank unterstützte Sozialprojekte, an denen die DEZA beteiligt war. Worum ging es dabei?

Die von der Weltbank und von der internationalen Staatengemeinschaft unterstützten Strukturanpassungsprogramme hatten gravierende Konsequenzen für die betroffenen Länder. Ein Grossteil der Bevölkerung litt unter der Kürzung der Sozialausgaben. Um diese negativen Auswirkungen zu dämpfen, wurden in vielen Ländern, wie z.B. in Bolivien⁵ und in Nicaragua⁶ soziale Dringlichkeitsfonds geschaffen. Aus diesen Fonds wurden kleinere Basisprojekte finanziert, beispielsweise die Einrichtung von Gemeinschaftsinstallationen oder der Bau einer ländlichen Verbindungsstrasse. Dafür wurden lokale Arbeitskräfte eingesetzt, was sich positiv auf die Be-

4 Systematische Sammlung 974.0 http://www.bk.admin.ch/ch/sr/c974_0.html.

5 MORENO F. R., «La Bolivie en état d'urgence sociale», in: *Entwicklung/Développement*, N° 29/1989.

6 Verweis: RENZI M. R., *Impacto de los proyectos FISE en las condiciones de vida de los Nicaraguenses*, Managua, Fundación internacional para el Desafío Económico Global, S. 35 ff.

schäftigung in der Region auswirkte. Die Zentralregierung musste sich am Projekt beteiligen.

Auf welche Zielgruppen in der Bevölkerung bezogen sich die Projekte?

Diese Projekte sollten – zumindest theoretisch – ärmere Bevölkerungsschichten bevorzugen, haben in der Praxis jedoch oft andere begünstigt. Die am besten organisierten Unternehmen hatten grössere Chancen, den Zuschlag zu erhalten. Oft waren die Projekte auf die mittleren Gesellschaftsschichten ausgerichtet. Gerade diese spielen für das Funktionieren der Gesellschaft eine Schlüsselrolle. Dagegen darf ein Projekt in keinem Fall den privilegierten Kreisen nützen. Projekte haben jedoch nicht immer wirtschaftliche Auswirkungen. In Nicaragua beispielsweise musste die neue Regierung nach dem Ende des Bürgerkriegs in den späten Achtzigerjahren die Truppenbestände auf Verlangen der internationalen Staatengemeinschaft und wegen knapper Staatsfinanzen drastisch kürzen. Die Entlassung von 80 % der Armeean-

gehörigen bedeutete die Gefahr, dass sich kriminelle Banden bildeten. Dank der Schaffung von Arbeitsplätzen durch landwirtschaftliche Projekte oder Bauvorhaben konnte dieses Risiko stark gemildert werden. Da die Projekte sowohl ehemaligen Sandinisten-Soldaten wie ehemaligen Contra-Mitgliedern zugute kamen, trugen sie gleichzeitig zur nationalen Aussöhnung und zur wirtschaftlichen Wiedereingliederung der Beteiligten bei.

Die Weltbank und der Internationale Währungsfonds (IWF) werden kritisiert, weil sie Massnahmen fordern, die den Lebensstandard der Bevölkerung und insbesondere der Ärmsten beeinträchtigen. Wie reagieren die Institutionen auf solche Kritik?

Die Strukturanpassungspolitiken wurden in den vergangenen Jahren gründlich in Frage gestellt. Die Bretton-Woods-Institutionen selbst haben sich einer Gewissensprüfung unterzogen. Die Weltbank zeigt sich heute aufgeschlossener für soziale Auswirkungen ihrer Empfehlungen und hält es für vorrangig, die Armut

zu beseitigen, während in den Achtzigerjahren hauptsächlich die Wirtschaftsentwicklung angekurbelt werden sollte. Der IWF hat nicht mehr nur die internationale Finanzstabilität im Auge, sondern schlägt seit 1999 armutsbezogene Strategien vor.

Geht es wirklich um ein Überdenken der Politik der Finanzorganisationen oder bloss um die Beschwichtigung der Kritiker?

Sowohl die Vision als auch das Mandat haben sich verändert. Heute steht ausser Zweifel, dass prioritär die Armut bekämpft werden muss, um die Entwicklung der Länder nachhaltig zu fördern. Das Umdenken zeigt sich auch in der internationalen Staatengemeinschaft allgemein: im letzten Jahrzehnt hat sich die internationale Gemeinschaft auf eine Reihe von übergeordneten Entwicklungszielen geeinigt. Sechs davon sind «soziale» Verpflichtungen: eine verfolgt explizit das Ziel, die Armut bis zum Jahr 2015 auf die Hälfte zu reduzieren.

Ist die soziale Sicherheit ein Privileg der reichen Länder?

Die globale Sicht der schweizerischen Entwicklungsorganisationen



Gespräch mit Peter Niggli

Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Hilfswerke
pniggli@swisscoalition.ch

Welche Bedeutung hat für Sie als Fachmann der Entwicklungspolitik der Begriff des sozialen Schutzes bezogen auf die Entwicklungsländer?

Arme Entwicklungsländer charakterisieren sich meist durch die weit gehende Abwesenheit des Staates: es gibt viel zu wenig Schulen, kaum ein Gesundheitswesen und keine soziale Sicherheit im modernen Sinn. Der Staat kann sich auf traditionelle Netze sozialer Sicherheit verlassen, welche Familien, Clans und Dorfgemeinschaften ihren Angehörigen bieten.

Kann die Verwirklichung der klassischen Formen des Vorsorgeschatzes für Entwicklungsländer unter einem gewissen Mindeststand der Entwicklung überhaupt ein realistisches Ziel sein?

Eine für alle Bevölkerungsschichten gültige Antwort gibt es nicht. Es können drei Sektoren unterschieden werden:

- Die Subsistenzwirtschaft (d.h. die landwirtschaftliche Produktion nur für den eigenen Bedarf) bildet vielenorts die wichtigste Existenzquelle. Hier bieten die traditionellen Netze Schutz, ohne den niemand überleben könnte. Diese traditionellen Solidaritäten erodieren jedoch mehr und mehr un-

ter dem Druck von «Entwicklung» und «Modernisierung», ohne dass Ersatz geschaffen würde. Eine gute Sozialpolitik besteht hier darin, den Subsistenzsektor vor externen wirtschaftlichen Schocks zu schützen, in seine nachhaltige Entwicklung zu investieren, Naturkatastrophen vorzubeugen und im Notfall die Mittel zum Überleben und zur Rehabilitation durch Staats- und internationale Hilfe zur Verfügung zu stellen.

- Im formellen städtischen Wirtschaftssektor wurden nur in einzelnen Ländern Lateinamerikas für Arbeiter und Angestellte Sozialversicherungen aufgebaut. Diese haben unter der Politik der strukturellen Anpassung und schrumpfender Staatsbudgets stark an Wirkung verloren oder sind ganz abgeschafft worden. Die asiatischen Staaten verliessen sich bis vor kurzem bei den Arbeitskräften des formellen städtischen Sektors weiterhin auf die traditionellen Sicherheitsnetze der bäuerlichen Herkunftsfamilien.
- In den vergangenen zehn Jahren forciert Globalisierung schrumpfte der formelle Sektor in Lateinamerika und Afrika. Nur in Asien ist er gewachsen. In allen Städten

hat sich dafür der informelle Sektor prekärer Jobs und Selbstbeschäftigung ausgeweitet. Diese Menschen können sich meist weder auf intakte traditionelle noch auf moderne Institutionen sozialer Sicherheit stützen.

Weltbank und IWF werden oft wegen der negativen Effekte kritisiert, welche die von ihnen geforderten wirtschaftlichen Massnahmen gerade bei den Ärmsten der Bevölkerung auslösen. Wie reagiert die Weltbank darauf?

Die Umsetzung der von der Weltbank geforderten Massnahmen hat den betroffenen Ländern in Lateinamerika und Afrika mehr geschadet als genützt. Das Wachstum ist seit 1980 nur noch halb so hoch wie zwischen 1950 und 1980, Armut und Ungleichheit haben zugenommen. Die Weltbank kam deshalb 1990 zum Schluss, die Entwicklungsländer müssten die schlimmsten Auswirkungen der forcierten Liberalisierung durch «soziale Sicherheitsnetze» auffangen. Diese sollten nur den Bedürftigsten zugute kommen. In der Folge haben jedoch nur wenige Entwicklungsländer soziale Sicherheitsnetze à la Weltbank aufgebaut. Die primäre sozialpolitische Aufgabe der Entwicklungsländer sah die Weltbank ohnehin darin, sich für ein funktionierendes Gesundheits- und Erziehungswesen bei geringer Staatsquote einzusetzen.

Hat im Verlaufe der Neunzigerjahre in der praktischen Politik oder der Argumentation der internationalen Organisationen nicht ein Umdenken stattgefunden in Richtung einer Sensibilisierung für die negativen Auswirkungen der Globalisierung gerade auch in den Entwicklungsländern?

Es gab drei Stränge: In den Bretton-Woods-Institutionen gab es nach

dem wirtschaftlichen Zusammenbruch der ehemals kommunistischen Staaten eine Debatte, ob die osteuropäischen Sozialversicherungssysteme über die Krise hinaus gerettet werden oder ob sich die Sozialpolitik der Transformationsstaaten nach dem angelsächsischen Modell auf die «wirklich» Bedürftigen beschränken sollte. Zweitens führten die wiederkehrenden Krisen in Entwicklungsländern und die Auswirkungen der Globalisierung im Uno-System zu einer breiten sozialpolitischen Debatte, die im Weltsozialgipfel von 1995 in Kopenhagen gipfelte. Hier fand das restriktivere Modell eines sozialen Netzes für Bedürftige ohne klare Rechtsansprüche mehrheitlich Zuspruch. Vor allem die Regierungen der erfolgreichen asiatischen Staaten fühlten sich (nicht zuletzt in Verteidigung der Interessen ihrer reichen Eliten) vom angelsächsischen Modell weit mehr angezogen als von irgendeiner Art eines europäischen Modells. Dabei würden gerade sie über, wenn auch begrenzte, finanzielle Kapazitäten verfügen, moderne soziale Sicherungssysteme aufzubauen.

Die Finanzkrise in Asien bewog dann allerdings die selben Regierungen, Fragen der sozialen Sicherheit ernster zu nehmen, hat sich doch gezeigt, dass die innenpolitische Stabilität einer Gesellschaft im Krisenfall ernsthaft gefährdet wird, wenn keine tragfähigen sozialen Schutzsysteme existieren. Der World Development Report der Weltbank vom Jahr 2000 entwickelte aufgrund der Erfahrungen der Neunzigerjahre schliesslich eine weit feinere Analyse der Armut und der verschiedensten Instrumente, sie zu beseitigen, als 1990. Politiken der sozialen Sicherung erhielten darin einen prominenteren Platz, und universale Sozialversicherungssysteme wurden aus dem Kanon nicht mehr völlig ausgeschlossen.

Was ist aus Ihrer Sicht vordringlich zu tun, um die Situation der Bevölkerung in den ärmeren Entwicklungsländern zu verbessern?

- Auch ein armer Staat muss Budgetmittel für soziale Aufgaben einsetzen. Er darf sich nicht darauf verlassen, dass soziale Not

durch ausländische Nichtregierungsorganisationen und Regierungen gemildert wird. Diese Hilfe kann nur subsidiär sein.

- Die Idee einer Sozialversicherung für die gesamte Bevölkerung kann für arme Entwicklungsländer nicht ein vordringliches Ziel sein, da sie nicht finanzierbar ist. Es braucht Lösungen, welche gezielt auf die Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungsschichten abgestimmt sind. Dabei müssten vor allem die Subsistenzwirtschaft und der informelle Sektor geschützt werden.
- Reichere Entwicklungsländer sollten aber doch eine umfassendere soziale Sicherung anstreben. Voraussetzung dafür ist ein Steuersystem, welches die Unternehmen und reichen Individuen erfasst.
- Vordringlich in allen Entwicklungsländern ist der Auf- und Ausbau des Gesundheits- und des Erziehungswesens.

Invalidität/Behinderung

01.3648. Postulat SGK-NR, 1. 11. 2001: Diskriminierender Begriff «Invalidität»

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates hat folgendes Postulat eingereicht:

«Es ist zu prüfen, ob und wie in der Sozialgesetzgebung der diskriminierende Begriff der «Invalidität» und die mit ihm verwandten Begriffe ersetzt werden könnten.»

Gesundheit

01.3410. Interpellation Baader, 22. 6. 2001: Ausgewogene Besetzung des Rates des Heilmittelinstitutes

Nationalrat Baader (SVP, BL) hat folgende Interpellation eingereicht: «Der Institutsrat des neuen Heilmittelinstitutes hat die Aufgabe, die Erfüllung des Leistungsauftrages und der Leistungsvereinbarung, welche der Bund mit dem Institut abschliesst, zu überwachen.

Das Heilmittelgesetz bezweckt, zum Schutz der Gesundheit der Patienten die Entwicklung, Herstellung und den Umgang mit Heilmitteln zu reglieren. Es ist daher wichtig, dass sowohl die Hersteller der verschiedenen Heilmittel als auch die Patienten in diesem Institutsrat vertreten sind. Deshalb möchte ich dem Bundesrat folgende Fragen stellen:

1. Welche personelle Zusammensetzung des Institutsrates für das neue Heilmittelgesetz hat er vorgesehen?

2. Ist geplant, in diesem Institutsrat auch je eine angemessene Vertretung der Pharmaproduzenten, der Hersteller von Komplementärheilmitteln und der Patienten zu ernennen?

3. Falls dies nicht vorgesehen ist: Welche Gründe haben zu dieser Entscheidung geführt?» (13 Mitunterzeichnende)

Antwort des Bundesrates 7. November 2001

«**1.** Im Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 (HMG) ist festgelegt, dass der Institutsrat des Schweizerischen Heilmittelinstitutes höchstens aus sieben Mitgliedern besteht. Die Kantone haben für die Ernennung von maximal drei Mitgliedern ein Antragsrecht. Die Kantone haben von diesem Antragsrecht Gebrauch gemacht und dem Bundesrat drei Personen zur Ernennung vorgeschlagen. Der Bundesrat hat am 17. Oktober 2001 die Mitglieder des Institutsrates unter Berücksichtigung des Antrages der Kantone ernannt. Die Öffentlichkeit wurde über die Zusammensetzung des Institutsrates orientiert. Es handelt sich um folgende Personen:

Präsident: Herr Dr. med. Peter Fuchs, Berater für nachhaltige Entwicklung und Corporate Social Responsibility mit internationaler Tätigkeit.

Mitglieder: Herr Prof. Dr. med. Michel Burnier, Chefarzt an der Universitäts-Poliklinik Lausanne; Herr Regierungsrat Dr. iur. Carlo Conti, Vorsteher des Sanitätsdepartementes des Kantons Basel-Stadt; Herr Regierungsrat Dr. med. Markus Dürr, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartementes des Kantons Luzern; Frau Anne-Sylvie Fontannaz, Kantonsapothekerin des Kantons Waadt; Herr Prof. Dr. iur. Reinhold Hotz, Rechtsanwalt; Frau Dr. med. Christiane Roth-Godat, Verwaltungsdirektorin des Universitätsspitals Zürich.

2./3. Pharmaproduzenten, Hersteller von Komplementärarzneimitteln, Patientinnen oder Patienten sind im Institutsrat nicht vertreten. Der Institutsrat hat die in Art. 72 HMG statuierten Aufgaben wahrzunehmen und er ist an diesen gesetzlichen Aufgabenkatalog gebunden. Die Mitglieder des Institutsrates müssen deshalb für die Ausübung ihrer Aufgaben unab-

hängig von Interessenbindungen sein. Dazu kommt, dass eine angemessene Vertretung aller interessierten Kreise (multinationale, nationale oder komplementärmedizinische Pharmaproduzenten, Medizinprodukteindustrie, forschende Heilmittelindustrie, Spitäler, Apotheken- und Drogisten, Ärzteschaft, Patientinnen und Patienten, usw.) bei der Anzahl von sieben Institutsratsmitgliedern unmöglich ist. Hingegen wurde bei der personellen Zusammensetzung des Institutsrates darauf geachtet, dass er genügend Kompetenz zur Erfüllung seiner Aufgaben ausweist. Bei der Auswahl der Mitglieder wurden daher folgende Anforderungen beachtet: Interesse am Service public, Vertrautheit mit dem politischen System der Schweiz, Sachverstand und Interesse am Heilmittelwesen, Zugang zur Wissenschaft und Forschungsgemeinschaft, Vertrautheit mit dem kantonalen Vollzug, internationale Erfahrung, Vertrautheit mit den Bedürfnissen der Hauptbetroffenen (Patienten und Patientinnen, Konsumenten und Konsumentinnen, Ärzteschaft, Apothekerschaft, Veterinärmedizin), Managementenerfahrungen und Kenntnisse in Betriebswirtschaft und öffentlichen Finanzierungen.

Neben den fachlichen Anforderungen wurde soweit als möglich die angemessene Vertretung von Frauen und der Sprachengemeinschaften angestrebt.»

01.3423. Postulat SGK-SR, 13. 8. 2001: Transparenz der Reserven der Krankenkassen

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, zu prüfen und Bericht zu erstatten, ob die Jahresbilanzen und Betriebsrechnungen der Krankenkassen im Bereich der Grundversicherung die Reserven und Rückstellungen in genügend trans-

parenter Form ausweisen oder ob Massnahmen zu ergreifen sind, um diese Transparenz zu erhöhen.»

Der Ständerat hat das Postulat am 4. Oktober 2001 angenommen.

01.3597. Motion Sommaruga, 5. 10. 2001: Einkommensabhängige Jahresfranchisen

Nationalrätin Sommaruga (SP, BE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, in der Grundversicherung einkommensabhängige Jahresfranchisen einzuführen. Höhere, einkommensabhängige Franchisen führen zu keiner Prämiensenkung. Für einkommensschwache Versicherte soll die Jahresfranchise maximal 200 Franken (Stand 2000) betragen. Kinder sind von der Jahresfranchise zu befreien.»

Der Bundesrat beantragt mit Beschluss vom 7. Dezember, die Motion abzulehnen.

01.3604. Postulat Zäch, 5. 10. 2001: Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung

Nationalrat Zäch (CVP, AG) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, einen Bericht über eine monistische Spitalfinanzierung im schweizerischen Gesundheitswesen zu verfassen und zu veröffentlichen. Der Bericht geht insbesondere auf die möglichen Auswirkungen eines Systemwechsels auf die Kosten im Gesundheitswesen, auf mögliche Modelle der Umsetzung und auf notwendige Vorbereitungen und Übergangsregelungen bei der Einführung einer monistischen Spitalfinanzierung ein. Im Weiteren beleuchtet der Bericht rechtliche Aspekte eines Systemwechsels und mögliche flankierende Massnahmen sowie für den Bund entstehende Kosten.»

Der Bundesrat hat sich am 14. November 2001 bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen.

Sozialpolitik

01.3359. Postulat Hubmann, 21. 6. 2001: Die Situation der Alleinstehenden in der Schweiz

Nationalrätin Hubmann (SP, ZH) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht auszuarbeiten, der über die Situation der Alleinstehenden in der Schweiz Auskunft gibt. Insbesondere sind, jeweils differenziert nach Alter und Geschlecht, zu untersuchen:

- nähere Lebensumstände (in Ausbildung, berufstätig, im Rentenalter);
- Zivilstand (ledig, geschieden, verwitwet);
- Ausbildung, Beruf;
- Einkommen (Löhne, Renten) und Vermögensverhältnisse;
- jährlich bezahlte Steuern;
- Wohnsituation;
- wo sie wohnen (Stadt/Land/Sprachregion);
- Zahl der Bezüger und Bezügerinnen von Ergänzungsleistungen, Fürsorgegeldern, IV-Renten, Hilflosenentschädigungen;
- die Höhe dieser Bezüge;
- finanzielle Unterstützung durch Verwandte;
- ihren Beitrag zur Freiwilligenarbeit (Art und Stunden).» (39 Mitunterzeichnende)

Der Nationalrat hat das Postulat am 5. Oktober 2001 angenommen.

01.3442. Interpellation SP-Fraktion, 18. 9. 2001: Legalisierung der «sans-papiers»

Die SP-Fraktion des Nationalrates hat folgende Interpellation eingereicht:

«Hinter der Bezeichnung «sans-papiers» stehen Personen, die oft seit Jahren in der Schweiz leben und mit ihrer Arbeit unter meist prekären Bedingungen die Entwicklung der schweizerischen Wirtschaft mitprägen. Unanständige Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber profitieren von diesen Menschen, indem sie ihnen

ausbeuterische Arbeitsbedingungen aufzwingen, denen sie schutzlos ausgeliefert sind. Die «sans-papiers» bezahlen zum Teil Beiträge an die Sozialversicherungen, ohne je davon profitieren zu können. Viele haben Familien und leben mit ihren Kindern in ständiger Angst vor einer möglichen Ausweisung aus der Schweiz.

Der Bundesrat beauftragt die Kantone mit der Lösung des Problems. Dieses Verhalten ist äusserst fragwürdig, denn die abschliessende Kompetenz hat sich der Bundesrat in Art. 13 lit. f der Verordnung über die Begrenzung der Ausländer in der Schweiz (BVO) explizit selbst gegeben. Die Angst, dass eine kollektive Regularisierung die «sans-papiers» aus allen umliegenden Ländern anzieht, ist unbegründet. Zudem beziehen die «sans-papiers» in unserem Land keine Fürsorgeleistungen, sondern kommen für ihren Unterhalt selber auf.

Angeichts der dramatischen Situation dieser Menschen muss der Bundesrat seine Vogel-Strauss-Politik unverzüglich beenden. Eine verantwortliche Politik kann nur darin bestehen, dass die Anwesenheit dieser Menschen endlich zur Kenntnis genommen wird und ihnen Arbeitsbedingungen garantiert werden, die keine Ausbeutung erlauben.

Die SP-Fraktion ersucht den Bundesrat, folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie beurteilt er die Situation der «sans-papiers» in der Schweiz? Wie informiert er sich umfassend über diese Problematik (statistische Daten, Anzahl, Aufenthaltsdauer, Wirtschaftszweige, Massnahmen anderer Länder)?

2. Teilt er unsere Meinung, dass es eine kollektive humanitäre Lösung für diese Menschen braucht, welche einhergeht mit dem Kampf gegen die Schwarzarbeit? Ist er nicht auch der Ansicht, dass die heute rein einzelfallbezogene Härtefall-Regelung, wie sie in Art. 13 lit. f BVO festgelegt ist und gesetzlich nur be-

schränkte Möglichkeiten für positive Entscheide zulässt, dem Problem der grossen Zahl der heute in der Schweiz lebenden «sans-papiers» nicht gerecht wird?

3. Das heute bestehende polizeiliche Ermessen ist zu weit gefasst. Ist der Bundesrat bereit, sich vom Status quo der heutigen Regelung zu distanzieren und den beiden Kammern einen dringlichen Bundesbeschluss vorzulegen mit Vorschlägen für eine kollektive Regularisierung anhand von klar definierten Bedingungen?

4. Wie beurteilt er die vorgeschlagene Lösung der Eidgenössischen Kommission für Ausländerfragen (EKA), welche die Einrichtung von Ombudsstellen vorsieht?

5. Die Frauen unter den «sans-papiers» sind, da sie mehrheitlich als Haushalthilfen und Sexarbeiterinnen arbeiten, auf dem Arbeitsmarkt schwierigsten Bedingungen ausgesetzt. Ist der Bundesrat bereit, vor allem auch die Situation dieser Frauen mit besonderer Sorgfalt zu prüfen?

6. Was unternimmt der Bundesrat gegen die Schwarzarbeit?»

Antwort des Bundesrates
vom 21. November 2001

«Zu Frage 1: Es ist eine Tatsache, dass sich in der Schweiz – wie in allen anderen Staaten – Ausländerinnen und Ausländer ohne die notwendigen Bewilligungen aufhalten. Die Schätzungen über deren Zahl gehen allerdings sehr weit auseinander. Es liegt in der Natur der Sache, dass genaue Aussagen nicht möglich sind. Den Bundesstellen sind nur jene Fälle bekannt, die von den Kantonen zur Zustimmung unterbreitet werden. Der Bundesrat ist sich bewusst, dass sich in einzelnen Fällen schwerwiegende persönliche Härtefälle ergeben können.

Zu den Fragen 2 und 3: In den ausführlichen Antworten zur Motion Fankhauser vom 9. Dezember 1997 (97.3577: Amnestie für «Papierlose»), zur Interpellation Hubmann

vom 23. Juni 2000 (00.3370: Regularisierung der «Sans-papiers») und zur Motion Zisyadis vom 22. März 2001 (01.3149: Aufenthaltsbewilligung für «Papierlose» in der Schweiz) legte der Bundesrat bereits dar, warum er eine generelle Amnestie für rechtswidrig anwesende Personen in der Schweiz ablehnt. Die in der Zwischenzeit erfolgten Gebäudebesetzungen durch einige Ausländerinnen und Ausländer sowie Unterstützungsgruppen ändern an dieser grundsätzlichen Haltung nichts. In seiner Stellungnahme anlässlich der Fragestunde vom 1. Oktober 2001 hat der Bundesrat seine Haltung zu den «sans papiers» bekräftigt.

Anlässlich der Migrationstagung der EU-Präsidentschaft vom 16. Oktober 2001 in Brüssel, an der die Schweiz ebenfalls teilnehmen konnte, wurde auch das Problem der rechtswidrig anwesenden Ausländerinnen und Ausländer erörtert. Die zuständigen Fachminister der EU-Mitgliedstaaten haben dabei betont, dass Amnestien keine Lösung für das Problem der illegalen Migration darstellen. Diese Meinung wurde auch von Vertretern jener Staaten geäussert, die bereits solche Amnestien durchgeführt haben.

In begründeten Härtefällen können im Rahmen des geltenden Rechtes bereits heute Lösungen angeboten werden. Die schweizerische Asyl- und Ausländerpolitik trägt humanitären Anliegen auch im Vergleich mit anderen europäischen Ländern in einem sehr hohen Mass Rechnung. Allein im Zeitraum vom Januar 1999 bis Ende August 2001 wurden beispielsweise an 10 449 Personen aus humanitären Gründen Aufenthaltsbewilligungen erteilt, obwohl sie die ordentlichen Zulassungsvoraussetzungen nicht erfüllten. Zudem wurden rund 15 000 Personen insbesondere aus dem Asylbereich im Rahmen der humanitären Aktion 2000 vorläufig aufgenommen.

Diese ständige humanitäre Praxis ist zwar weniger spektakulär als die

geforderte Globallösung für rechtswidrig anwesende Ausländerinnen und Ausländer. Aus gesamtheitlicher Sicht ist sie jedoch insbesondere wegen ihrer Nachhaltigkeit und Einzelfallgerechtigkeit vorzuziehen. Bei der Bewilligungserteilung aus humanitären Gründen besteht eine umfangreiche und langjährige Praxis des Bundesamtes für Ausländerfragen. Zudem ist gegen Entscheide dieses Amtes eine Beschwerde beim EJPD und beim Bundesgericht möglich. Damit ist eine rechtsgleiche Behandlung aller Gesuche, auch wenn sie vorübergehend zunehmen sollten, sichergestellt.

Für die Beurteilung des Einzelfalls sind insbesondere folgende Kriterien massgebend: Dauer des Aufenthalts, soziale und berufliche Integration, familiäre und gesundheitliche Situation sowie die näheren Umstände, die zum illegalen Aufenthalt geführt haben. Die zuständigen Bundesämter (Bundesamt für Ausländerfragen und Bundesamt für Flüchtlinge) haben diese Praxis in einem Schreiben näher erläutert, das den Kantonsregierungen zur Stellungnahme unterbreitet wurde. Ziel dieses Rundschreibens ist es, Transparenz zu schaffen: bei den kantonalen Behörden, aber auch bei den betroffenen Personen.

Zudem wird die Durchführung einer wissenschaftlichen Studie geprüft, die genauere Aussagen über Situation und die Zahl von rechtswidrig anwesenden Ausländerinnen und Ausländern in der Schweiz erlaubt.

Anlässlich der Konferenz der Justiz- und Polizeidirektoren (KKJPD) vom 8./9. November 2001 sprachen sich die Vertreter der Kantonsregierungen einstimmig gegen eine allgemeine Amnestie und gegen besondere Kontingente für illegal anwesende Ausländerinnen und Ausländer aus. Darüber hinaus wurde die Schaffung eines «runden Tisches» und ein Moratorium beim Vollzug von Wegweisungen abgelehnt.

Zu Frage 4: Eine unabhängige Beratungsstelle kann den betroffenen

Personen helfen, ihre weitere Zukunft – auch im Herkunftsland – gut zu planen und vorzubereiten. Der Bundesrat unterstützt in diesem Sinn die Empfehlung der EKA an die Kantone, Ombudsstellen zu bezeichnen, wenn sie dies für notwendig erachten. Angesichts des breit ausgebauten Verwaltungsverfahrens mit Rekursmöglichkeiten wäre es indessen auch nach der Meinung der EKA nicht sinnvoll, wenn solche Stellen laufende Verfahren beeinflussen könnten.

Im Asylbereich werden die Fragen der Asylgewährung und der Wegweisung abschliessend durch die schweizerische Asylrekurskommission als unabhängige richterliche Instanz beurteilt. Das Asylgesetz sieht vor, dass rechtskräftig abgelehnte Asyl- und Wegweisungsentscheide durch die kantonalen Behörden zu vollziehen sind. Erweist sich der Wegweisungsvollzug als nicht durchführbar, beantragt der Kanton beim zuständigen Bundesamt die vorläufige Aufnahme. Eine weitere kantonale Interventionsmöglichkeit sieht das Asylgesetz nicht vor.

Zu Frage 5: Im Rahmen der vom Bundesrat bevorzugten Härtefallprüfung im Einzelfall ist es möglich, den besonderen Umständen des Einzelfalls gebührend Rechnung zu tragen. Dies gilt auch für die erwähnten Frauen, die illegal als Haushaltshilfen oder im Sexgewerbe tätig sind.

Zu Frage 6: Der Entwurf des Bundesgesetzes gegen die Schwarzarbeit wurde von der Mehrheit der in der Vernehmlassung befragten Kreise positiv aufgenommen. Er umfasst administrative Erleichterungen für Dienstleistungen im Haushalt, die Verstärkung der Kontrollkompetenzen von paritätischen und tripartiten Kommissionen, eine begrenzte Vernetzung von Administrativdaten, Massnahmen gegen die Scheinselbstständigkeit sowie eine Verschärfung der Sanktionen (z.B. Möglichkeit zum Ausschluss von Vergabear-

beiten des öffentlichen Beschaffungswesens).

Der Bundesrat hat dem eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement den Auftrag erteilt, bis Ende 2001 die Botschaft zu diesem Gesetz auszuarbeiten.»

01.3602. Interpellation Gross Jost, 5.10.2001: Arbeitsgesetz. Anwendung auf Spitäler und Heime

Nationalrat Jost Gross (SP, TG) hat folgende Interpellation eingebracht:

«Die Seco-Direktion für Arbeit vertritt die Auffassung, das revidierte Arbeitsgesetz finde nur auf private Spitäler und öffentliche Spitäler in Privatrechtsform Anwendung. Spitäler in Form öffentlich-rechtlicher Anstalten seien ausgenommen, weil im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung den Kantonen die Gesetzgebungszuständigkeit zukomme.

Dem Bundesrat werden in diesem Zusammenhang folgende Fragen gestellt:

1. Ist dem Bundesrat bewusst, dass die Bundeszuständigkeit (Art.110 BV) zum Erlass arbeitsrechtlicher Bestimmungen zugunsten der Arbeitnehmer/innen eine gesundheitspolizeiliche und sozialpolitische Stossrichtung hat, die grundsätzlich der kantonalen Gesetzgebungszuständigkeit vorgeht? Dass der Nationalrat aus diesem Grund die Arbeitsbedingungen für Assistenzärzt/innen dem Arbeitsgesetz unterstellt, unabhängig ob diese an einem privaten oder öffentlichen Spital tätig sind?

2. Ist der Bundesrat nicht der Auffassung – in Übereinstimmung mit der staatsrechtlichen Lehre und Rechtsprechung, dass für die Anwendung öffentlichen Rechts des Bundes nicht die Gesellschaftsform, sondern die öffentlichrechtliche Trägerschaft (des Spitals oder Heimes) und der öffentlich-rechtliche Leistungsauftrag (Gesundheitsversorgung im Rahmen der Grundversicherung) massgebend sein sollen?

3. Kann es der Bundesrat verantworten, dass durch diese unhaltbare Auslegung des Anwendungsbereiches des Arbeitsgesetzes durch die Seco-Direktion für Arbeit nicht nur private Spitäler, sondern auch öffentliche Spitäler in Privatrechtsform, z.B. das Insel-Spital in Bern oder die Spital Thurgau AG, mit gravierenden Wettbewerbsnachteilen belastet werden, was gegen den verfassungsrechtlichen Grundsatz der Wettbewerbsneutralität staatlicher Massnahmen verstösst? (18 Mitunterzeichnende)

Antwort des Bundesrates vom 21. November 2001

«Vorbemerkung: Die Aussage in der einleitenden Bemerkung zur Interpellation ist insofern zu korrigieren, als die Nichtanwendbarkeit des Arbeitsgesetzes erstens nur solche öffentlich-rechtlichen Spitäler betrifft, die keine eigene Rechtspersönlichkeit haben und ihr Personal nach (kantonalem) öffentlichem Recht anstellen. Zweitens betrifft diese Aussage nur die Arbeits- und Ruhezeitvorschriften des Arbeitsgesetzes, während die Vorschriften über den Gesundheitsschutz auch in diesen Spitälern vollumfänglich anwendbar sind. Dies schliesslich nicht deshalb, weil den Kantonen die Gesetzgebungshoheit im Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung zukommt, sondern weil das Arbeitsgesetz selber diese Abgrenzung zum kantonalen öffentlichen Dienstrecht vornimmt.

Zu Frage 1: Die ausschliessliche Zuständigkeit des Bundes im Arbeitnehmerschutz (nach alter wie neuer Verfassung) verfolgt, wie der Interpellant zu Recht vermerkt, eine sozialpolitische Zielsetzung. Der Bundesgesetzgeber hat von dieser Kompetenz hauptsächlich durch den Erlass des Arbeitsgesetzes Gebrauch gemacht. Dabei wurden allerdings die kantonalen öffentlich-rechtlichen Dienstvorschriften ausdrücklich vorbehalten, wohl in der Meinung, dass diese ebenfalls einen

hinreichenden Schutz der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen garantierten. Die kürzliche Revision des Arbeitsgesetzes hat daran nichts geändert. Dass diese Situation zu teils stossenden und wettbewerbsverzerrenden Ungleichheiten führen kann, ist dem Bundesrat bewusst; Abhilfe könnte letztlich nur dadurch geschaffen werden, dass sämtliche Branchen und Arbeitsverhältnisse vollumfänglich dem Arbeitsgesetz unterstellt würden. Die Bestrebungen, die Assistenzärzte und Assistenzärztinnen den Arbeitszeitvorschriften des Arbeitsgesetzes zu unterstellen (98.454 n/Pa. IV. Suter), wollen in einem besonders krassen Teilbereich eine Lösung herbeiführen.

Zu Frage 2: Grundsätzlich anwendbar ist das Arbeitsgesetz auf öffentliche Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit, wie z.B. auf verschiedene Kantonbanken. Auskunft darüber, was zur Verwaltung gehört oder nicht, geben die bei Bund, Kantonen und Gemeinden bestehenden Verwaltungsorganisationsgesetze. Massgebend ist die gesetzliche Umschreibung der Zugehörigkeitskriterien. So gehören zur Bundesverwaltung die selbständigen Anstalten und Betriebe. Als Beispiel sei die Schweizerische Post aufgeführt, die gemäss Art. 6 Abs. 1 Bst. f der Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung zur Bundesverwaltung gehört. Dement-

sprechend wird die Anwendung des öffentlichen Arbeitsrechtes nicht ausschliesslich von der Rechtsform abhängig gemacht, massgebend sind nebst der Rechtsform die geltenden Organisationsgesetze von Bund, Kantonen und Gemeinden.

Zu Frage 3: Die Auslegung des Seco ist nicht unhaltbar, sondern ergibt sich aus dem positiven Recht. Dass durch das Nebeneinander verschiedener rechtlicher Regelungen für Betriebe des gleichen Tätigkeitsbereichs (hier: Arbeitsgesetz für private Spitäler und kantonales Dienstrecht für öffentliche Spitäler) letztlich stossende Ungleichheiten entstehen können, ist dem Bundesrat bewusst. Diese Problematik wäre, wie bereits ausgeführt, letztlich nur durch eine Vereinheitlichung des anwendbaren Rechts, d.h. praktisch durch eine volle Unterstellung aller Betriebe und Arbeitsverhältnisse unter das Arbeitsgesetz zu lösen.»

Familienfragen

01.3450. Postulat Meier-Schatz, 19. 9. 2001: Familienausgleichskassen und Familienzulagen.

Bericht

Nationalrätin Meier-Schatz (CVP, SG) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Ich ersuche den Bundesrat, dem Parlament einen detaillierten statis-

tischen Bericht über die Familienausgleichskassen vorzulegen. Dieser soll folgende Punkte beinhalten:

1. einen Überblick über die unterschiedlichen kantonalen Ansätze und Leistungen;
2. die Kreise der Bezüger und der Ausgeschlossenen (nach Kanton aufgeschlüsselt);
3. die Finanzierungsmodalitäten der 850 bestehenden Kassen;
4. die Anzahl befreiter Unternehmer;
5. die brancheninternen Differenzen in den angewandten Sätzen (nach Kanton und Branche);
6. die Transferleistungen der Unternehmer zugunsten der Selbständigerwerbenden in den Kantonen;
7. den Vergleich zwischen Einnahmen und tatsächlich ausbezahlten Zulagen;
8. die Höhe der Administrativkosten im Vergleich zu jenen der AHV-Ausgleichskassen;
9. die Umverteilungswirkung der Familienzulage;
10. die Vermögensverhältnisse der Familienausgleichskassen.» (30 Mitunterzeichnende)

Der Bundesrat hat sich am 7. November 2001 bereit erklärt, das Postulat entgegenzunehmen.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 7. Dezember 2001

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Volksinitiative «Für eine gesicherte AHV – Energie statt Arbeit besteuern»	13.5.98	BBl 1998, 4185	NRK 17.8.98 22.3./10.5.99 15.1./12.2.01	NR 6.3.01	SRK 7.9.98	SR 7.6.01	22.6.01 (BBl 2001, 2883)	Volksabstimmung 2.12.01: verworfen
Heilmittelgesetz	1.3.99	BBl 1999, 3453		NR 13.3.2000 30.11.2000		SR 27.9.2000 7.12.00	15.12.00 (BBl 2000, 6115) AS 2001, 2790	1.1.02
11. AHV-Revision	2.2.00	BBl 2000, 1865	SGK-NR 6.4., 23.11.2000, 10.1., 25.1., 22.2., 5.4.2001	NR 9.5.01	SGK-SR 13./14.8.01, 10.9.01 21.1., 12.2., 22.4.02	SR Sommer 02 geplant		
1. BVG-Revision	1.3.00	BBl 2000, 2637	SGK-NR ... 5.4., 3.5., 23.8.01, 30.1.02 Subkommission ... 3.4., 30.4., 21.5., 25.6., 3.9., 1.10.01	NR Sommer 02 geplant				
Stiftung Solidarität Schweiz (Goldreserven)	17.5.00	BBl 2000, 3979	SRK 17.8.00, ... 5.4.01	SR 20.6.01	NRK 29.8.00,... 2.7., 27.8.01	NR 24./25.9.01		
– Differenzbereinigung			WAK-SR 26.10.01	SR 27.11.01				
Prämienverbilligung für Personen mit Wohnort in einem EU-Staat	31.5.00	BBl 2000, 4083	SGK-SR 4.7.00	SR 20./27.9.00	SGK-NR 8.9.00	NR 25.9.00	6.10.00	Inkrafttreten mit EU-Abkommen (BBl 2000, 5122)
SP-Gesundheitsinitiative	31.5.00	BBl 2000, 4267	SGK-NR 7.9., 19.10.00, 20.9.01	NR 12./13.12.00 5.12.01	SGK-SR 16.1.01 10.7.01	SR 29.11.01		
2. KGV-Teilrevision	18.9.00	BBl 2001, 741	SGK-SR ... 9.4., 1.5., 9.7., 13.8., 10.9., 23.10.01 Subkommission ... 10.4., 28.5., 23.11.01	SR 4.10.01 29.11.01	SGK-NR 23.11.2000 11.1.02 Subkommission 6.4., 4.5., 22.8.01 23.11.01			
Gleiche Rechte für Behinderte (Volksinitiative und Bundesgesetz)	11.12.00	BBl 2001, 1715	SGK-SR 9.4., 2.5., 14.8., 10.9.01	SR 2.10.01	SGK-NR 20.9.01 2./22.11.01	NR 5.10.01		
Abkommen mit Mazedonien	14.2.01	BBl 2001, 2133	SGK-NR 4.5.01	NR 11.6.01	SGK-SR 10.9.01	SR 3.10.01	3.10.01 (BBl 2001, 5765)	1.1.02
3. Revision der ALV	28.2.01	BBl 2001, 2245	SGK-SR 9.4., 1.5.01	SR 19.6.01	SGK-NR 4.9., 20.9.01 WAK-NR 15.10., 5.11.01	NR 12.12.01		
4. IV-Revision	28.2.01	BBl 2001, 3205	SGK-NR ... 22.–24.8., 1.11., 19.11., 22./23.11.01	NR 13.12.01	SGK-SR 21.1., 22.4., 27.5.02	SR Sommer 02 geplant		
Goldinitiative	28.2.01	BBl 2001, 1403	WAK-SR 5.4.01	SR 20.6.01 27.11.01	WAK-NR 2./3.7., 27.8.01	NR 25.9.01		

NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SiK = Sicherheitskommission

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
16. 1., 24. 1., 14. 3., 26. 3. 02	Informationstage zur beruflichen Vorsorge (s. Hinweis)	Zürich, Kongresshaus	Amt für Gemeinden und berufl. Vorsorge des Kt. Zürich Telefon 01 259 25 91 Telefax 01 363 83 16
18.1.02	Informationsveranstaltung: Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung	Zürich, Pfarreizentrum Liebfrauen	Fachstelle Lebensräume Bürglistrasse 11, Zürich Telefon 01 201 11 67 Telefax 01 202 23 77
25.1.02	Intensivseminar Leistungsrecht der Krankenversicherung (s. Hinweis)	Zürich, Hotel Inter-Continental	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Telefon 071 224 24 24 Telefax 071 224 28 83 www.irp.unisg.ch
1./2.2.02 21.–23.2.02 15./16.3.02	Weiterbildungsseminare: Spitalfinanzierung Evidence Based Medecine Analyse und Diskussion von Managed-Care-Prozessen	Winterthur	Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG), Winterthur Telefon 052 267 78 97 Telefax 052 267 79 12 www.wig.ch
5., 12., 26.3.02 1., 15., 22.10.02	Schulung: Grundzüge der Sozialversicherungen und der beruflichen Vorsorge (s. Hinweis)	Luzern Schulungszentrum VPS	VPS-Verlag, Luzern Telefon 041 317 07 07 www.vps.ch
22.3.02	Seminar: Behinderte und ältere Menschen ziehen am selben Strick	Oltén, Hotel Arte	AGILE Ehfingerstrasse 55 Telefon 031 390 39 39 Telefax 031 390 39 35 info@agile.ch
24./25.4.02	Intensivseminar Case Management Vom Schadens- zum Chancen- management im Unfall- und Haftpflichtrecht	Fürigen beim Bürgenstock, Kongresszentrum	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Telefon 071 224 24 24 Telefax 071 224 28 83 www.irp.unisg.ch
22.5.02	BVG-Tagung	Luzern, Kongresszentrum KKL	Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Universität St.Gallen Telefon 071 224 24 24 www.irp.unisg.ch
23.5.02	4. Schweiz. Forum der sozialen Krankenversicherung: Qualität im Gesundheitswesen (s. Hinweis)	Zürich, Kongresshaus	RVK RÜCK, Luzern Telefon 041 417 01 11 www.rvk.ch

Informationstage zur beruflichen Vorsorge

Zum zehnten Mal führt das Amt für Gemeinden und berufliche Vorsorge des Kantons Zürich im kommenden Jahr die Informationstage zur beruflichen Vorsorge durch. Die Veranstaltung, die viermal (am 16. und 24. 1. sowie 14. und 26. 3.) statt-

findet, setzt Akzente zur aktuellen Praxis und gibt Hilfestellungen für die künftigen Herausforderungen. Es referieren: Arnold Schneiter, Dr. Benjamin Brandenberger, Dr. Bruno Lang, Alfred Sutter, Karin Somma, Dr. Cyrill Schubiger, Dr. Hermann Walser, Dr. Ulrich Wehrli, Werner Koradi, Jürg Brechbühl, Hans-Peter Conrad, Gilbert Weber.

Leistungsrecht der Krankenversicherung

Die schweizerischen Krankenversicherer richten jährlich für rund 15 Mrd. Franken Leistungen aus. Zunehmend stellen sich komplexere und heiklere Fragen. Ein Intensivseminar des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St.Gallen (am 25. 1. 2002) behandelt die theoretischen und praktischen Aspekte des Leistungsrechts der Krankenversicherung. Zur Sprache kommen folgende Themen: Begriff der Krankheit; KVG- und VVG-Taggeldversicherung; Abgrenzung KV/UV und unfallähnliche Körperschädigung; Abgrenzung KV/IV; Zahnschäden; Ausgewählte Probleme von Zusatzversicherungen; Was ändert das ATSG in der Krankenversicherung?

Qualität im Gesundheitswesen

Das 4. Schweizerische Forum der sozialen Krankenversicherung, organisiert von der RVK RÜCK, ist dem Thema Qualität im Gesundheitswesen gewidmet. Kompetente Referent/innen aus dem In- und Ausland werden die Thematik aus der Sicht insbesondere folgender Bereiche behandeln: Spital/Medizin/Pflege, Patienten, Krankenversicherung, Politik und Recht.

Grundzüge der Sozialversicherungen

Der VPS Verlag Personalvorsorge und Sozialversicherung AG führt im Frühling und Herbst 2002 einen Kurs über die Grundzüge der Sozialversicherungen und der beruflichen Vorsorge durch. Kursleiterin und Dozentin ist Gertrud E. Bollier, eidg. dipl. Sozialversicherungsexpertin. Der Kurs empfiehlt sich für Mitarbeiter/innen in Sozialversicherungen, Sozialämtern und Sozialberufen, in Personalabteilungen und Pensionskassen usw.

Literatur und Links

Allgemeines

Richard Gerster: **Globalisierung und Gerechtigkeit**. 204 Seiten. 2001. hep-Verlag, Bern. Ziel dieses Buches ist es, das Phänomen der Globalisierung anhand konkreter Vorgänge zu veranschaulichen. Dies wird erleichtert durch zahlreiche Grafiken und Illustrationen. Der Autor beschränkt sich aber nicht auf eine neutrale Zusammenstellung von Zahlen und Fakten, sondern er bezieht klar Stellung. Auch Bundespräsident Moritz Leuenberger äussert sich im Vorwort unzweideutig: «Es muss uns mit Sorge erfüllen, dass die Schere zwischen Arm und Reich – statt sich langsam zu schliessen – immer rascher öffnet. Es ist die Pflicht der Menschheit, also auch unsere Pflicht, die Armut wo immer sie auftritt zu bekämpfen. Dazu gehört eine Entwicklungszusammenarbeit, die diesen Namen verdient. Dazu gehört das Bekenntnis der Schweiz, als Teil einer Staatengemeinschaft agieren zu wollen.»

Lebenswerte. Religion und Lebensführung in der Schweiz. 292 Seiten. 2001. Fr. 38.–. ISBN 3-85827-139-X. NZN Buchverlag, Hirschengraben 66, 8001 Zürich (www.nzn.ch). Dieser Band diskutiert den Einfluss der Kirchen auf die Gestaltung unseres Lebens unter modernisierten Lebensbedingungen.

AHI-Vorsorge

Vorsorge Aktuell. Der VPS-Verlag, Herausgeber der Zeitschrift Schweizer Personalvorsorge, lanciert ab Anfang 2002 einen elektronischen wöchentlichen News-Service zu Themen der Sozialversicherung. Dieser wird an die persönliche E-Mail-Adresse zugestellt. Näheres im Prospekt, der dieser CHSS-Ausgabe beiliegt.

Das ABC der Geldanlage. 288 Seiten. 2001. Fr. 29.80. ISBN 3-85569-228-9. Beobachter-Buchverlag, Postfach, 8021 Zürich. Der weltweite Einbruch des Aktienmarkts hat viele Kleinanleger verunsichert. Eine leicht verständliche neutrale Beratung ist daher sehr gesucht. Der Beobachter-Geldexperte Giuseppe Botti verschafft eine klare, seriöse Übersicht der Finanzprodukte.

Alter

Alzheimer? Früherkennung ist wichtig. Broschüre, 16 Seiten. 2001. herausgegeben von der schweizerischen Alzheimervereinigung, rue des pêcheurs 8, Yverdon-les-Bains.

Gesundheit

Gesundheitswegsweiser Schweiz. Mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit haben das Schweizerische Rote Kreuz und Caritas Schweiz diesen Gesundheitswegsweiser in 19 verschiedenen Sprachen geschaffen, der vorab Migrantinnen und Migranten helfen soll, sich im komplexen schweizerischen Gesundheitswesen besser zurecht zu finden. Bezug bei der EDMZ, 3003 Bern. Fax 031/325 50 58, E-Mail verkauf.zivil@bbl.admin.ch.

Miteinander zum Wohle der Patienten. «Union» Nr. 2/2001, das Informationsbulletin der Union schweizerischer chirurgischer Fachgesellschaften, beschäftigt sich in dieser Nummer mit dem Verhältnis Ärzteschaft/Pflege. Betroffene beziehen Position: Synergien und nicht Konkurrenz zwischen Pflegedienst und Ärzten sind Voraussetzung für das gemeinsame Ziel – die optimale Patientenbetreuung. Bezug: akomag, 6362 Stansstad. Tel. 041/618 07 07, Fax 041/618 07 00.

Fredi Bacchetto: Zur Qualität der Nierentransplantation in der

Schweiz. Eine Evaluation der Hospitalisationsdauer und der postoperativen Komplikationsraten der Periode 1997 bis 1999. 97 Seiten. 2001. Fr. 36.–. Schriftenreihe der SGGP, Nr. 65. SGGP, Haldenweg 10A, 3074 Muri. Mit der vorliegenden Arbeit publiziert erstmals ein Krankenversicherer (nämlich der Schweizerische Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer, SVK) Daten zur Qualität medizinischer Leistungen. Der SVK hat Einblick in die Austrittsberichte von 83% aller in der Schweiz durchgeführten Nierentransplantationen.

Links

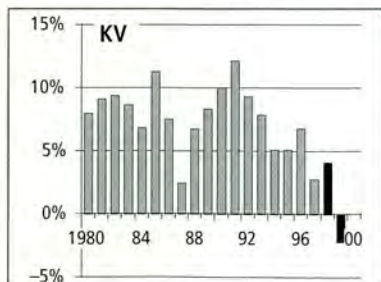
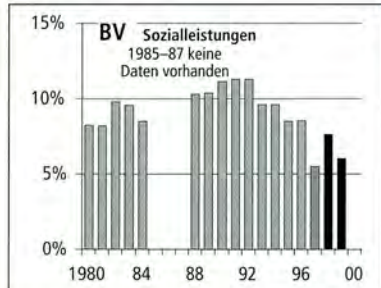
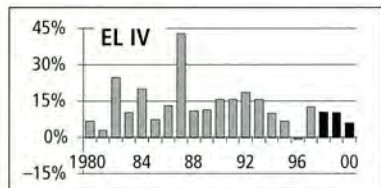
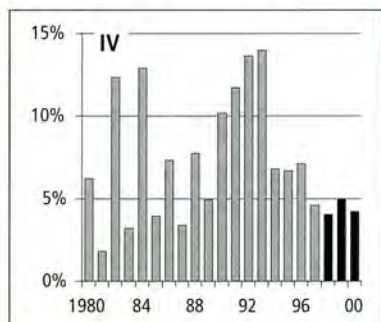
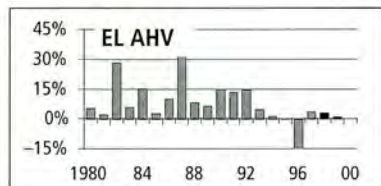
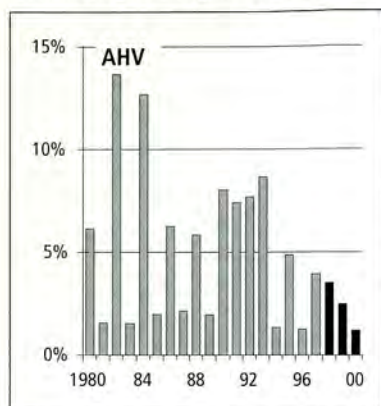
- **www.sppzukunftschi.ch**: Das Schwerpunktprogramm Zukunft Schweiz des Schweizerischen Nationalfonds hat eine eigene Website erhalten. Hier finden sich Informationen über das Programm, die Module und Projekte, Kontaktadressen, Publikationen und Links. Möglichkeit, den Newsletter herunterzuladen.

- **www.huberlang.com**: Die Zeitschriftenagenturen der Hans Huber AG und der Herbert Lang & Cie AG wurden unter dem Namen Huber & Lang zusammengeführt, entsprechend ändert auch die Webadresse.

- **www.infostelle.ch**: Die Informationsstelle des Zürcher Sozialwesens gehört zum Dienstleistungsbereich der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (www.hssaz.ch) und informiert aktuell, kompetent und umfassend über das Sozialwesen des Kantons Zürich.

- **www.sggp.ch**: Auf der Homepage der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik kann das (nicht ganz ernst zu nehmende, aber dennoch wahre) Protokoll des 2500. Podiums zur Kostenexplosion nachgelesen werden. Moderator Jonathan Schleimer gelangt zum Fazit: An der Kostenexplosion – sofern es sie denn überhaupt gibt – ist niemand schuld, oder höchstens die anderen.

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1980	1990	1998	1999	2000	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	10 896	20 355	25 321	27 207	28 792	5,8%
davon Beiträge Vers./AG		8 629	16 029	19 002	19 576	20 482	4,6%
davon Beiträge öff. Hand ¹⁰		1 931	3 666	5 343	6 727	7 417	10,2%
Ausgaben		10 726	18 328	26 715	27 387	27 722	1,2%
davon Sozialleistungen		10 677	18 269	26 617	27 294	27 627	1,2%
Saldo		170	2 027	-1 394	-180	1 070	-
AHV-Kapitalkonto		9 691	18 157	21 830	21 650	22 720	4,9%
Bezüger einf. Renten	Personen	577 095	678 526	843 379	920 426	993 644	8,0%
Bezüger Ehepaarrenten	Paare	226 454	273 431	303 147	281 653	261 155	-7,3%
Bezügerinnen Witwenrenten		69 336	74 651	74 559	77 263	79 715	3,2%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 254 000	3 773 000	3 862 000	3 880 000	3 906 000	0,5%

EL zur AHV		1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	343	1 124	1 420	1 439	1 441	0,1%
davon Beiträge Bund		177	260	307	311	318	2,4%
davon Beiträge Kantone		165	864	1 113	1 129	1 123	-0,5%
Bezüger/innen	Personen, bis 97 Fälle	96 106	120 684	134 649	138 992	140 842	1,3%

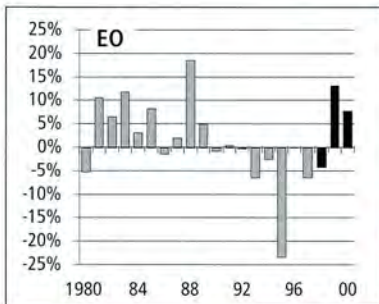
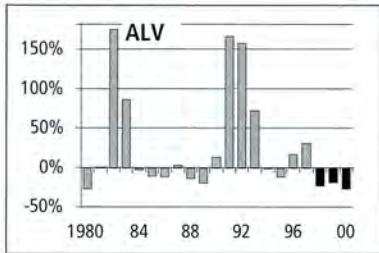
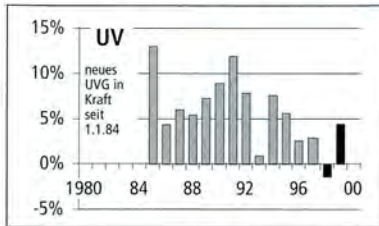
IV		1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 111	4 412	7 269	7 562	7 897	4,4%
davon Beiträge AN/AG		1 035	2 307	3 190	3 285	3 437	4,6%
davon Beiträge öff. Hand		1 076	2 067	3 983	4 181	4 359	4,3%
Ausgaben		2 152	4 133	7 965	8 362	8 718	4,3%
davon Renten		1 374	2 376	4 620	4 872	5 126	5,2%
Saldo		-40	278	-696	-799	-820	2,7%
IV-Kapitalkonto ²		-356	6	-686	-1 485	-2 306	55,3%
Bezüger einf. Renten	Personen	105 812	141 989	197 639	209 834	221 899	4,3%
Bezüger Paarrenten	Paare	8 755	11 170	11 732	8 982	6 815	-24,1%

EL zur IV		1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Ausgaben (=Einnahmen)	Mio. Fr.	72	309	723	798	847	6,2%
davon Beiträge Bund		38	69	152	167	182	8,7%
davon Beiträge Kantone		34	241	571	630	665	5,5%
Bezüger/innen	Personen, bis 97 Fälle	18 891	30 695	52 263	57 377	61 817	7,7%

BV / 2. Säule		1980	1990	1998	1999 ¹¹	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	13 231	33 740	49 540	48 800	...	-1,5%
davon Beiträge AN		3 528	7 704	9 350	9 200	...	-1,6%
davon Beiträge AG		6 146	13 156	17 064	15 000	...	-12,1%
davon Kapitalertrag		3 557	10 977	15 813	17 500	...	10,7%
Ausgaben		...	15 727	28 753	30 400	...	5,7%
davon Sozialleistungen		3 458	8 737	17 443	18 500	...	6,1%
Kapital		81 964	207 200	413 600	458 800	...	10,9%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	326 000	508 000	694 912	720 000	...	3,6%

KV Anerkannte Krankenversicherer		1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	5 348	11 342	18 556	18 130	...	-2,3%
davon Prämien OKP ³		...	6 954	12 708	13 034	...	2,6%
davon Prämienverbilligung OKP ³		...	-332	-2 263	-2 477	...	9,4%
davon Prämien Zusatzvers. ⁴		...	1 731	5 521	4 761	...	-13,8%
Ausgaben		5 088	11 005	18 403	18 003	...	-2,2%
davon Leistungen OKP ³		...	...	14 024	14 621	...	4,3%
davon Kostenbeteiligung OKP ³		...	...	-2 097	-2 190	...	4,4%
davon Leistungen Zusatzvers. ⁴		...	...	3 880	3 304	...	-14,9%
Reserven		1 931	3 262	4 118	4 531	...	10,0%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr. ...	4 210	6 193	6 371	...	2,9%
davon Beiträge der Vers.	...	3 341	4 502	4 485	...	-0,4%
Ausgaben	...	4 135	5 975	6 241	...	4,5%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	...	2 743	3 572	3 715	...	4,0%
Rechnungs-Saldo	...	75	218	129	...	-40,6%
Deckungskapital	...	11 172	20 394	21 349	...	4,7%

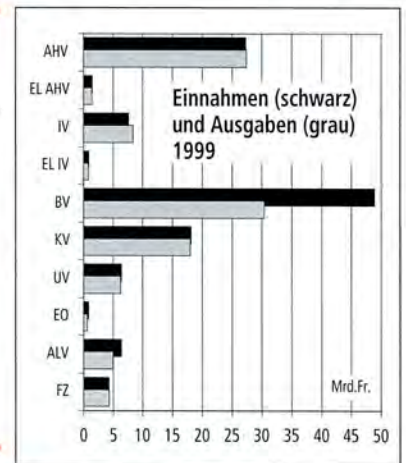
ALV Quelle: Seco	1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr. 474	786	5 876	6 378	6 646	4,2%
davon Beiträge AN/AG	429	648	5 327	5 764	6 184	7,3%
davon Subventionen	—	—	381	318	225	-29,3%
Ausgaben	153	502	6 208	5 056	3 711	-26,6%
Rechnungs-Saldo	320	284	-333	1 323	2 935	122%
Ausgleichsfonds	1 592	2 924	-7 415	-6 093	-3 157	-48,2%
Bezüger/innen ⁵	Total ...	58 503	318 649	257 272	204 603	-20,5%

EO	1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr. 648	1 060	808	844	872	3,3%
davon Beiträge	619	958	681	702	734	4,6%
Ausgaben	482	885	558	631	680	7,8%
Rechnungs-Saldo	166	175	251	213	192	-10,0%
Ausgleichsfonds ²	904	2 657	3 051	3 263	3 455	5,9%

FZ	1980	1990	1998	1999	2000	VR ¹
Einnahmen geschätzt	Mio. Fr. ...	3 115	4 288	4 308	...	0,5%
davon FZ Landw. (Bund)	69	112	144	149	...	3,2%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 1999

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 1998/99	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 1998/99	Saldo ⁶ Mio. Fr.	Reserve Mio. Fr.
AHV	27 207	7,4%	27 387	2,5%	-180	21 650
EL AHV	1 439	1,3%	1 439	1,3%	—	—
IV	7 562	4,0%	8 362	5,0%	-799	-1 485
EL IV	798	10,4%	798	10,4%	—	—
BV ⁶ (Schätzung)	48 800	-1,5%	30 400	5,7%	45 200	458 800
KV	18 130	-2,3%	18 002	-2,2%	127	4 531
UV	6 371	2,9%	6 241	4,5%	129	21 349
EO	844	4,4%	631	13,2%	213	3 263
ALV	6 378	8,6%	5 056	-18,6%	1 323	-6 093
FZ (Schätzung)	4 308	0,5%	4 336	0,4%	-28	...
Konsolid. Total ⁶	121 412	1,7%	102 226	1,8%	45 985	502 016

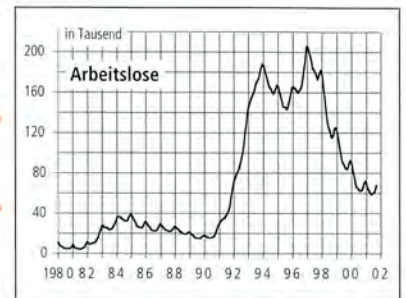


Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	1970	1980	1990	1996	1997	1998
Soziallastquote ⁷	13,5%	19,6%	21,4%	27,1%	27,0%	26,7%
Sozialleistungsquote ⁸	8,5%	13,2%	14,1%	20,1%	20,9%	20,7%

Arbeitslose	Ø 1998	Ø 1999	Ø 2000	Aug. 01	Sept. 01	Okt. 01
Ganz- und Teilzeitarbeitslose	182 492	98 602	71 987	61 079	62 170	68 298

Demografie Basis: Szenario Trend BFS	1990	2000	2010	2020	2030	2040
Jugendquotient ⁹	38,7%	38,4%	34,3%	32,4%	36,1%	37,5%
Altersquotient ⁹	26,7%	28,1%	29,5%	34,5%	42,5%	45,3%



1 Aktuellste Veränderungsrate = VR, letztes verfügbares Jahr.
 2 1998 Kapitaltransfer von 2200 Mio. Fr. aus EO an IV.
 3 OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG.
 4 Ohne Zusatzversicherungen bei Privatversicherern.
 5 Die Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 6 Saldo BV = Zunahme der Reserven.
 7 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.

8 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.
 9 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 62, 63, 64).
 10 Inkl. MWST und Spielbankenabgabe (ab 1999).
 11 Provisorische Schätzung.
 Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2001 des BSV; Seco, BFS.

Wichtige Masszahlen im Bereich der beruflichen Vorsorge

MARIE-CLAUDE SOMMER

Bereich Mathematik des Kompetenzzentrums Grundlagen, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern

Merkmale in Franken oder in Prozent	Rücktrittsalter :				
	1999 62/65	2000 62/65	2001 62/65	2002 62/65	63 für Frauen
1. Jährliche AHV-Altersrente					
minimal	12 060	12 060	12 360	12 360	
maximal	24 120	24 120	24 720	24 720	
2. Lohndaten					
Koordinationsabzug (Schwellenwert)	24 120	24 120	24 720	24 720	
Maximales rentenbildendes AHV-Jahreseinkommen	72 360	72 360	74 160	74 160	
Minimaler koordinierter Jahreslohn	3 015	3 015	3 090	3 090	
Maximaler koordinierter Jahreslohn	48 240	48 240	49 440	49 440	
3. Altersguthaben (AGH)					
Min. AGH im Rücktrittsalter 62/65 bzw. 63 für Frauen	8 423	9 198	10 010	10 859	10 966
im Rücktrittsalter 62/65 bzw. 63 inkl. eEG (s. 4.)	16 846	18 396	20 020	21 718	21 932
in % des koord. Lohnes	558,7	610,1	647,9	702,9	709,8
Max. AGH im Rücktrittsalter 62/65 bzw. 63	134 686	147 096	160 106	173 634	175 409
in % des koord. Lohnes	279,2	304,9	323,8	351,2	354,8
4. Ergänzungsgutschriften für die Eintrittsgeneration (eEG)					
Unterer Grenzlohn für einmalige Ergänzungsgutschriften	9 720	9 720	9 960	9 960	
– entspr. unterer Wert des AGH im Alter 62/65 bzw. 63	27 162	29 670	32 298	35 034	35 382
Oberer Grenzlohn für eEG	19 440	19 440	19 920	19 920	
– entspr. oberer Wert des AGH im Alter 62/65 bzw. 63	54 324	59 340	64 596	70 068	70 764
5. Altersrente und anwartschaftliche Hinterlassenenrenten					
Renten-Umwandlungssatz in % des AGH im Alter 62/65	7,2 %	7,2 %	7,2 %	7,2 %	
Minimale jährliche Altersrente im Alter 62/65 bzw. 63	1 213	1 325	1 441	1 564	1 579
– in % des koordinierten Lohnes	40,2	43,9	46,6	50,6	51,1
Minimale anwartschaftliche jährliche Witwenrente	728	794	865	938	
Minimale anwartschaftliche jährliche Waisenrente	243	265	288	313	
Maximale jährliche Altersrente im Alter 62/65 bzw. 63	9 697	10 591	11 528	12 502	12 629
– in % des koord. Lohnes	20,1	22,0	23,3	25,3	25,6
Maximale anwartschaftliche jährliche Witwenrente	5 818	6 355	6 917	7 501	
Maximale anwartschaftliche jährliche Waisenrente	1 939	2 118	2 306	2 500	
6. Barauszahlung im Leistungsfall					
Grenzbetrag des AGH für Barauszahlung	16 800	16 800	17 100	17 100	
7. Teuerungsanpassung Risikorenten					
Erstmals nach einer Laufzeit von 3 Jahren	1,0 %	1,7 %	2,7 %	3,4 %	
Nach einer weiteren Laufzeit von 2 Jahren	0,5 %	*	2,7 %	*	
Nach einer weiteren Laufzeit von 1 Jahr	0,1 %	*	1,4 %	*	
8. Beitrag Sicherheitsfonds BVG					
Für Zuschüsse wegen ungünstiger Altersstruktur	0,10 %	0,05 %	0,05 %	0,05 %	
Für Leistungen bei Insolvenz und für andere Leistungen	*	0,03 %	0,03 %	0,03 %	
Maximaler Grenzlohn für die Sicherstellung der Leistungen	108 540	108 540	111 240	111 240	
9. Versicherung arbeitsloser Personen im BVG					
Minimaler Tageslohn	92,60	92,60	94,90	94,90	
Maximaler Tageslohn	277,90	277,90	284,80	284,80	
Minimaler versicherter (koordinierter) Tageslohn	11,60	11,60	11,90	11,90	
Maximaler versicherter (koordinierter) Tageslohn	185,30	185,30	189,90	189,90	
10. Steuerfreier Grenzbetrag Säule 3a					
Oberer Grenzbetrag bei Unterstellung unter 2. Säule	5 789	5 789	5 933	5 933	
Oberer Grenzbetrag ohne Unterstellung unter 2. Säule	28 944	28 944	29 664	29 664	

Erläuterungen zu den Masszahlen

Art.

1. Die minimale AHV-Altersrente entspricht der Hälfte der maximalen AHV-Altersrente.	34 AHVG 34 Abs. 3 AHVG
2. Arbeitnehmer, die bei einem Arbeitgeber einen Jahreslohn beziehen, der den Koordinationsabzug übersteigt, unterstehen ab 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres für die Risiken Tod und Invalidität, ab 1. Januar nach Vollendung des 24. Altersjahres auch für das Alter der obligatorischen Versicherung. Der Koordinationsabzug entspricht der maximalen AHV-Altersrente. Der minimale koordinierte Lohn entspricht $\frac{1}{8}$ des Koordinationsabzuges.G	2, 7, 8 BVG 8 Abs. 1 BVG 8 Abs. 1 BVG 8 Abs. 2 BVG
3. Das Altersguthaben besteht aus den Altersgutschriften samt Zinsen während der Zeit der Zugehörigkeit zur Pensionskasse und den Altersguthaben samt Zinsen, die von vorhergehenden Einrichtungen überwiesen wurden. Im Jahr 2002 entspricht der erste Wert dem Rücktrittsalter 62 für Frauen bzw. 65 für Männer. Der zweite Wert entspricht dem seit 1.1.2001 auch möglichen Rücktrittsalter 63 für Frauen (vgl. Bundesgesetz zur Weiterversicherung von erwerbstätigen Frauen in der BV vom 23. 03. 01).	15 BVG 21 Abs. 1 BVV
4. Artikel 11 Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Bundesverfassung verpflichtet den Gesetzgeber, für die Eintrittsgeneration der beruflichen Vorsorge (Personen, die am 1.1.85 das 25. Altersjahr vollendet und das Rentenalter noch nicht erreicht haben) besondere Massnahmen vorzusehen. Näheres kann man der jährlich erscheinenden Broschüre «Einmalige Ergänzungsgutschriften für die Eintrittsgeneration» entnehmen.	31, 32, 33 BVG 21 Abs. 2 BVV2 Broschüre eEG 21 Abs. 1 BVV2 Broschüre eEG
5. Die Altersrente wird in Prozenten des Altersguthabens (Umwandlungssatz) berechnet, das der Versicherte bei Erreichen des Rentenalters erworben hat. Minimale Altersrente BVG: Leistungsanspruch einer versicherten Person, die ab 1985 ununterbrochen immer mit dem minimalen koordinierten Lohn versichert war, unter Berücksichtigung der einmaligen Ergänzungsgutschriften. Maximale Altersrente BVG: Leistungsanspruch einer versicherten Person, die seit 1985 ununterbrochen immer mit dem maximalen koordinierten Lohn versichert war. Die Witwenrente entspricht 60 % der Altersrente und die Kinderrente 20 % der Altersrente. Die anwartschaftlichen Risikoleistungen sind für Frauen auf der Summe des erworbenen und des bis Rücktrittsalter 62 projizierten Altersguthabens berechnet.	14 BVG 17 BVV2 14 BVG 18, 19, 21, 22 BVG 18, 20, 21, 22 BVG 14 BVG 18, 19, 21, 22 BVG 18, 20, 21, 22 BVG
6. Die VE kann anstelle der Rente eine Kapitalabfindung ausrichten, wenn die Alters- oder Invalidenrente bzw. die Witwen- oder Waisenrente weniger als 10 bzw. 6 oder 2 % der Mindestaltersrente der AHV beträgt.	37 Abs. 2 BVG
7. Nur die Risikorenten werden bis Alter 65 für Männer und 62 für Frauen der Teuerung angepasst. Diese Renten werden erstmals nach einer Laufzeit von 3 Jahren auf den Beginn des folgenden Kalenderjahres der Preisentwicklung angepasst. Die Zeitpunkte der nachfolgenden Anpassungen entsprechen denjenigen für die Renten der AHV.	36 BVG
8. Der Sicherheitsfonds stellt die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden reglementarischen Leistungen von zahlungsunfähig gewordenen VE sicher, soweit diese Leistungen auf Vorsorgeverhältnissen beruhen, aber nur bis zum maximalen Grenzlohn.	14, 18 SFV 15 SFV 16 SFV 56 Abs. 1c, 2 BVG
9. Bezüger von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung unterstehen für die Risiken Tod und Invalidität der obligatorischen Versicherung. Die in den Artikeln 2, 7 und 8 BVG festgehaltenen Grenzbeträge müssen in Tagesgrenzbeträge umgerechnet werden. Die Tagesgrenzbeträge erhält man, indem die Grenzbeträge durch den Faktor 260,4 geteilt werden.	2 Abs. 1 bis BVG
10. Maximalbeträge gemäss der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen: gebundene Vorsorgeversicherungen bei Versicherungseinrichtungen und gebundene Vorsorgevereinbarungen mit Bankstiftungen.	7 Abs. 1 BVV3

Inhaltsverzeichnis der «Sozialen Sicherheit» CHSS 2001

AHV	Heft/Seite	Arbeitslosenversicherung, Arbeitsmarkt	Heft/Seite
11. AHV-Revision		Revision der ALV	
Kontroverse Entscheidungsfindung beim AHV- Demografiefaktor	1/1	– Der Bundesrat will die ALV stabilisieren (Inhalte der Revision)	2/96
Vorberatung im Nationalrat	1/2, 2/53	– Vorberatung im Ständerat	3/109
Nach der Behandlung im Nationalrat: Ein tragfähiger Kompromiss scheint noch möglich	3/137	– Behandlung im Ständerat	4/170
Vorberatung im Ständerat	5/242	– Vorberatung in der WAK des Nationalrates	6/306
 Finanzierung und Rechnungsergebnisse		Berufliche AHI-Vorsorge	
Nationalbankgold bzw. -gewinne für die AHV	2/53, 3/110, 4/170	1. BVG-Revision	
AHV 2000: 1 Mrd. Überschuss	2/54	Vorberatung in der Kommission und Subkommission des Nationalrates	1/3, 6/306
Die Rechnungsergebnisse 2000 der AHV, der IV und der EO	2/83	 Verschiedenes	
Klare Kompetenzen für den Verwaltungsrat des AHV-Ausgleichsfonds	3/110	Rentenalter der Frauen in der 2. und 3. Säule – Anpassung an die AHV	1/3, 2/53, 2/86
 Verschiedenes		Die berufliche Vorsorge gibt sich einen neuen Verhaltenskodex	1/26
Volksinitiative «Für eine gesicherte AHV – Energie statt Arbeit besteuern»	1/2, 2/53, 4/170	Verhandlungen der Eidg. BV-Kommission	3/110
Sitzungen der Eidg. AHV/IV-Kommission	1/2	Zukunft der sozialen Sicherheit in der Schweiz: Mehr Wettbewerb für die Altersvorsorge?	4/199
Die Verwaltungs- und Durchführungskosten in der AHV	1/10	Lohnproportionaler statt fixer Koordinationsabzug?	5/269, 273
Wie hoch wird meine künftige Rente sein?	2/88	Änderung der BVV2	6/307
Arbeitgeberkontrollen und Verwaltungsaufwand der AHV: Effizienz, Problembereiche und Optimierungspotenzial	3/141	Einladung zur Offertstellung für Wirkungsanalysen	6/308
AHV-Arbeitgeberhaftung: Wer garantiert für Rechtsstaatlichkeit und einheitliche Praxis bei Vergleichen?	4/209	Wichtige Masszahlen der beruflichen Vorsorge	6/372
Erfolgreiche Reorganisation des Regresswesens im BSV	5/280	 Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL)	
Statistik der AHV-Einkommen 1999	6/331	Umfrage bei den kantonalen EL-Stellen über den Verbesserungsbedarf	3/138
Längerfristige Zukunft der Alterssicherung: das Forschungsprogramm ist angelaufen	6/348	Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV im Jahr 2000	4/204
 Altersfragen		Zufriedenheit mit der EL-Stelle	5/244
Die älteren Menschen – eine Generation mit Zukunft		 Erwerb ersatzordnung (EO)	
– Gesellschaft des langen Lebens: Gleiche Chancen für alle?	5/241	Die Rechnungsergebnisse 2000 der EO	2/83
– Gesellschaft der Langlebigen – Gefahr oder Chance?	5/246	 Familienfragen	
– Altwerden und Altsein in Zahlen	5/249	Lohnfortzahlung bei Mutterschaft bzw. Mutterschaftsversicherung	
– Gesellschafts- statt Generationenvertrag	5/252	– Annahme einer Motion	1/1
– Alterspolitik aus Sicht des Bundes	5/254	– Lohnfortzahlung bei Mutterschaft, Vernehmlassung EJPD	2/54, 4/170
– Partizipation der älteren Menschen in Politik und Gesellschaft	5/257	– Parlamentarische Initiative Triponez	4/170
– Ein schweizerischer Seniorenrat als neue Form der Bürger- und Bürgerinnenbeteiligung	5/258	– Empfehlungen der Kommission für Familienfragen	5/242
– Den Dialog zwischen den Generationen verbessern	5/259	– Gute Aussichten für den Mutterschaftsurlaub	6/307
– Bildung im Alter – lebenslanges Lernen	5/261	 Reform der Ehepaar- und Familienbesteuerung	
– Bewegt in die zweite Lebenshälfte als Generation mit Zukunft	5/263	– Entwurf des Bundesrates	2/54, 4/178
– Was tut Pro Senectute für die älteren Menschen?	5/265	– Vorberatung in der WAK des Nationalrates	4/170
– Literatur zu Altersfragen	5/268	– Behandlung im Nationalrat	5/243
		 Verschiedenes	
		Ansätze der Familienzulagen am 1. Januar 2001	1/41
		Anstossfinanzierung für Betreuungsplätze	2/54
		Familienpolitische Beschlüsse	3/109
		Volksinitiative «Für fairere Kinderzulagen»	6/307

Neue Impulse in der Familienpolitik:
 Kommt ein stärkerer Familienlastenausgleich zustande?
 – Ein familienpolitischer Frühling? 4/174
 – Reform der Ehepaar- und Familienbesteuerung: Einführung in die Debatte 4/178
 – CVP: Die Familienlasten stärker berücksichtigen 4/181
 – Die FDP zur Reform der Familienbesteuerung 4/183
 – SP: Mit zwei Systemwechseln zu gerechteren Steuern 4/184
 – Die SVP unterstützt das Vollsplitting ohne Wahlrecht 4/186
 – Die Reform der Familienbesteuerung aus Sicht der Kantone 4/188
 – Das «Tessiner Modell» der Ergänzungszulagen: ein Beitrag zur Senkung der Familienarmut .. 4/190
 – Arbeitgeberverband: Familienlastenausgleich – zu verbessern 4/193
 – SGB: Ein gerechter und wirksamer Familienlastenausgleich verlangt mehrere Säulen 4/195
 – EKFF: Die Leistungen der Familien anerkennen 4/197, 5/242

Internationales

Europäische Sozialcharta: Behandlungsfrist erneut erstreckt 1/1
 Deutsches Rentensystem nähert sich dem schweizerischen 1/3
 Der erste Bericht der Schweiz zum UNO-Übereinkommen über die Rechte des Kindes 1/37
 Aufhebung der Versicherungsklausel für die ordentlichen IV-Renten – Folgen im Bereich der internationalen Abkommen 1/42
 Abkommen mit Mazedonien 2/53
 Die deutsche Rentenreform 2001 5/289
 Europäische Familienministerkonferenz: Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben ... 5/292
 Die Sozialagenda der Europäischen Union 6/350
 Soziale Sicherheit – ein Privileg der reichen Länder? 6/354

Invalidenversicherung/Behindertenfragen

Gleiche Rechte für Behinderte
 – Volksinitiative 1/1, 3/109
 – Behindertengleichstellungsgesetz 1/1
 – Vorberatung im Ständerat 3/109, 5/242
 – Behandlung im Ständerat 6/306

4. IV-Revision
 – Die IV wird finanziell konsolidiert und zugunsten der Behinderten modernisiert 2/79
 – Vorberatung im Nationalrat 3/109, 4/171, 5/242, 6/307

Verschiedenes

IV-Statistik 1999 + 2000 1/28, 5/278
 Die Rechnungsergebnisse 2000 der IV 2/83
 Finanzierung von Suchttherapien (Motion) 3/109
 Sonntagspredigt und Behindertenalltag 4/172
 Neue IV-Statistik 4/172
 Gleichstellungsdefizite in der IV 5/275
 Umstellung auf Leistungsverträge in der privaten Behindertenhilfe 6/336

Krankenversicherung/Gesundheitswesen

Volksinitiativen
 SP-Gesundheitsinitiative im Nationalrat 1/1
 Nein zur Volksinitiative «für tiefere Arzneimittelpreise» 2/53
 Volksinitiative für eine freie Arzt- und Spitalwahl. 4/170

Statistik

Statistik über die Krankenversicherung,
 Rechnungsjahr 1999 1/33
 Spitex-Statistik 1999 3/153
 Statistik über die Krankenversicherung:
 Provisorische Ergebnisse 2000 4/211
 Die neuen Spital- und Heimstatistiken:
 Erste Ergebnisse und zukünftiger Nutzen 4/218

Wirkungsanalysen/Forschungsberichte

Die Entwicklung der besonderen Versicherungsformen im Rahmen des neuen KVG 1/30
 Wirkungsanalyse KVG: Zwischenergebnisse 2/54
 Information der Versicherten in der Krankenversicherung 2/91
 Auswirkungen des KVG auf die Versicherten 3/147
 Evaluation des Vollzugs der Prämienverbilligung in den Kantonen 4/214

Tariffbildung im schweizerischen Gesundheitswesen

– Allgemeiner Überblick 2/56
 – Der neue Arzttarif TARMED ... 2/61, 3/109, 5/243
 – Überblick über die in den Akutspitalern der Schweiz angewandten Arten von Pauschaltarifen 2/63
 – Auch Deutschland steigt im Spitalbereich auf Fallpauschalen um 2/67
 – Preisbildung bei Arzneimitteln 2/69
 – Tariffbildung für die stationäre Behandlung im Spital 2/73
 – Tariffbildung im Spitalbereich aus Sicht der SDK 2/74
 – Tariffestsetzung im akutstationären Bereich ... 2/75
 – Rolle und Einfluss der Preisüberwachung bei Gesundheitspreisen 2/76
 – Weshalb die Mitwirkungsrechte der Patient/innen und Versicherten auf der Strecke bleiben 2/78

2. KVG-Teilrevision

– Vorberatung im Ständerat 4/171, 5/242
 – Behandlung im Ständerat 6/306

Kosten uns die Medikamente zu viel? 6/309
 – «Unanständige» Kostenentwicklung? 6/305
 – Das Gewicht der Medikamentenkosten im Gesundheitswesen 6/310
 – Welche Medikamente übernimmt die obligatorische Krankenversicherung? 6/311
 – Der Medikamentenmarkt aus Sicht der Preisüberwachung 6/314
 – Können mit Arzneimitteln Kosten in anderen Bereichen eingespart werden? 6/316
 – Bringt die LOA eine Kostendämpfung? 6/318
 – Ein neues «Heilmittel» zur Kostensenkung: der Parallelimport 6/321
 – Den Medikamentenprotektionismus aufbrechen 6/323
 – Die Beschlüsse der Medikamententagung vom 2. Juli 2001 6/324

- Eine Milliarde bei den Medikamentenkosten sparen? 6/325
- Antworten von Exponenten der Politik und der Wirtschaft:
 - Thomas C. Cueni, Interpharma 6/327
 - Walter P. Hölzle, VIPS 6/328
 - Simonetta Sommaruga, SKS 6/329
 - Max Brentano, SAV 6/330

- Verschiedenes
- Heilmittelgesetz verabschiedet 1/1
 - Aktionsprogramm des BSV: «Erhöhen der Patientensicherheit – Umgang mit Fehlern in der Medizin» 2/95
 - Menschenwürdige Arbeitsbedingungen für Assistenzärzte 3/110
 - Volksmeinung und Wirklichkeit 3/111
 - Eine Gesundheitskarte für die Schweiz? .. 3/111, 6/341
 - Perspektiven der künftigen Entwicklung der Zahl der Ärzte in der Schweiz 3/150
 - Kostenkontrolle im Medikamentenbereich: Konferenz des EDI 4/170
 - Krankenversicherung und EU-Abkommen 4/171
 - Deutlicher Anstieg der Prämien 2002 in der Krankenversicherung 5/283
 - Zusatzversicherungen:
 - Administrativzuschläge begrenzt 6/308
 - 25 Jahre SGGP 6/308

Personelles

- Neuer Präsident der Konferenz der kantonalen BVG- und Stiftungsaufsichtsbehörden 6/308
- Neue Verwaltungsräte für die Suva 6/308

Säule 3a (gebundene Vorsorge)

- Gebundene Vorsorge oder Säule 3a: Umfrage des BSV zu den gebundenen Vorsorgevereinbarungen und -versicherungen ... 3/144

Soziale Sicherheit / Sozialversicherung Allgemeines

- Was kostet die Durchführung der Sozialversicherung? 1/4
- Sozialversicherungen und administrative Entlastung der Unternehmen 1/19
 - KMU und administrative Erleichterungen 1/22
- Finanzielle und wirtschaftliche Bedeutung der drei Säulen unserer Altersvorsorge 1/23
- Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2001 4/223
- Das Nationale Forschungsprogramm 45 «Probleme des Sozialstaats» 5/285
- Änderungen bei den Sozialversicherungen ab 1. Januar 2002 6/345

Sozialpolitik

- Wiedereingliederungsmassnahmen zu Gunsten der Arbeitslosen in der Schweiz: unterschiedliche lokale Erfahrungen 1/39
- Verwendung der Erträge aus den Goldreserven der Nationalbank 2/53
- Bearbeitung von Personendaten in den Sozialversicherungen: neue Gesetzesbestimmungen 2/98
- Ergänzender Arbeitsmarkt – ein erfolgreiches Konzept zur sozialen und beruflichen Integration? 3/156

- Förderung der interinstitutionellen Zusammenarbeit 4/227

Die Situation der Working Poor im Sozialstaat Schweiz

- Einführung/Übersicht 3/112
- Wer ist in der Schweiz trotz Erwerbsarbeit arm? 3/114
- Tiefelöhne: Probleme erkennen und lösen 3/118
- Working Poor aus ökonomischer Sicht:
 - Diagnose und Therapie 3/119
- Working Poor und soziale Sicherheit 3/121
- Working Poor und Sozialhilfe 3/123
- Im Arbeitsmarkt integriert und dennoch am Rande der Gesellschaft:
 - Amerikas Working Poor 3/125
- Mindestlöhne: Effizientes Mittel der Armutsbekämpfung 3/129
- Working Poor und Sozialstaat: Meinungen und Forderungen des Schweizerischen Arbeitgeberverbandes 3/130
- Für eine gezielte Unterstützung der Working Poor – gegen einen gesetzlichen Minimallohn (Seco) 3/131
- Das Problem der Working Poor in der Schweiz aus der Sicht der Caritas 3/132
- Working Poor aus familienpolitischer Perspektive 3/134
- Wenn Erwerbsarbeit zum unerschwinglichen Luxus wird 3/135

Unfallversicherung

- Mindestinvalidität für UV-Rente 1/1
- Verwaltungskosten in der obligatorischen Unfallversicherung 1/13
 - Ausgangslage, Entwicklung und Probleme 1/13
 - SUVA 1/15
 - Private Versicherer 1/17
- Bestimmungen über die Komplementärrenten werden überprüft. 4/172

Varia

- Kundenumfrage beim BSV 1/44
- Schweizer Sorgenbarometer 2/54
- 6000 Seiten «Soziale Sicherheit» 2/55
- Unbekannte Stiftungen 5/244
- Ausgleichskasse Bern: Modern und leistungsfähig . 5/244
- Parlamentarische Vorstösse 1/46, 2/100, 3/159, 4/230, 5/295, 6/362
- Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates . 1/47, 2/101, 3/161, 4/236, 5/300, 6/367
- Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge) 1/49, 2/105, 3/165, 4/237, 5/301, 6/368
- Sozialversicherungsstatistik 1/50, 2/106, 3/166, 4/238, 5/302, 6/370
- Literaturhinweise
 - Allgemeines 1/52, 3/168, 5/304
 - AHI-Vorsorge 1/52, 4/240, 5/304
 - Alter und Gesellschaft 1/52, 2/108, 4/240
 - Behinderung 1/52, 2/108, 3/168, 4/240
 - Gesundheitswesen 2/108, 3/168
 - Arbeitsmarkt, ALV 2/108
 - Sozialpolitik/Sozialwesen 3/168
 - Internationales 3/168
 - Familienfragen 5/304
- Nützliche Websites 2/55, 3/111, 4/240, 5/304, 6/369

Autorinnen und Autoren der CHSS 6/2001

Peter Aegerter, Sektion Werkstätten, Wohnheime und Organisationen in der Abteilung Invalidenversicherung des BSV

Max Brentano, Präsident des Schweizerischen Apothekerverbandes; Geschäftsstelle: Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld; Internet: www.pharmagate.ch.

Fritz Britt, Fürsprecher, Chef der Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Laurence Capraro-Treina, lic. oec., Sektion Statistik, Abteilung Mathematik und Statistik, BSV

Thomas B. Cueni, Generalsekretär Interpharma, Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz, Basel (www.interpharma.ch)

Walter P. Hölzle, Geschäftsführer der Vereinigung der Importeure pharmazeutischer Spezialitäten (VIPS), Zug

Josef Hunkeler, Dr. rer. pol., Wirtschaftsdienst im Büro des Preisüberwachers, Bern

Dominique Marcuard, Fürsprecherin, Sektion Arzneimittel, Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung, BSV

Claudina Mascetta, lic. iur., wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Sektion Internationale Organisationen, Abteilung Internationale Angelegenheiten, BSV

René Meier, Redaktor «Soziale Sicherheit» CHSS, BSV

François-Xavier Merrien, Professor an der Universität Lausanne, Fakultät für Sozial- und Politikwissenschaft

Marcel Mesnil, Dr. pharm., Generalsekretär des Schweizerischen Apothekerverbandes, Dozent an der Universität Lausanne

Peter Niggli, Geschäftsleiter der Arbeitsgemeinschaft schweizerischer Hilfswerke, Bern

Jean-Claude Rey, Direktor des Institut de santé et d'économie (ISE), Lausanne

Marco Rossi, Chef des Dienstes für Politik der sozialen Entwicklung, Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA)

Jean-François Rudaz, Fachdienst Wirtschaft, Grundlagen, Forschung, BSV

Thomas Schuler, lic. iur., wissenschaftlicher Adjunkt in der Abteilung Recht des Bundesamtes für Gesundheit, Liebefeld BE

Simonetta Sommaruga, Nationalrätin SP, Präsidentin der Stiftung für Konsumentenschutz, Gemeinderätin Köniz

Rudolf Strahm, Nationalrat SP, Volkswirtschaftler und dipl. Chemiker, Bern; strahm.gmbh@bluewin.ch; Internet: www.rudolfstrahm.ch.

Prof. Dr. med. Thomas D. Szucs, FMH Pharmazeutische Medizin, Chief Medical Officer Hirslanden Holding, Seefeldstrasse 214, 8008 Zürich

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung
Redaktion	René Meier, Redaktor BR E-Mail: rene.meier@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Die Meinung BSV-externer Autoren muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.
Redaktionskommission	Wally Achtermann, Adelaide Bigovic-Balzardi, Jürg Blatter, Jean-Marie Bouverat, Géraldine Luisier Rurangirwa, Claudine Marcuard, Stefan Müller, Christian Sieber, Jacoba Teygeler
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Auflage	Deutsche Ausgabe 6500 Französische Ausgabe 2600
Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
Vertrieb	BBL/EDMZ, 3003 Bern
Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670

Bundesamt für Sozialversicherung

Der praktische Faltprospekt

Sozialversicherung der Schweiz, 2001

ist kürzlich in aktualisierter Ausgabe erschienen. Er enthält statistische Daten sowie Auszüge aus den Betriebsrechnungen der AHV, IV, EO, EL, der beruflichen Vorsorge, der Kranken- und Unfallversicherung sowie der Arbeitslosenversicherung (teils bis 1999, teils bis 2000), ferner die geltenden Beitragsansätze AHV/IV/EO/ALV/UV und die Rentenbeträge der AHV/IV sowie Gesamtzahlen über die soziale Wohlfahrt im Rahmen des Bundeshaushalts.

Bestellnummer: 318.001.01.

BBL/EDMZ, 3003 Bern, Fax 031 325 50 58, E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechs mal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet. Die Themen der letzten zwei Jahre:

- Nr. 1/00 Der Entwurf des Bundesrates zur 11. AHV-Revision
- Nr. 2/00 Vor der Einführung einer Assistenzentschädigung für behinderte Menschen
- Nr. 3/00 Neoliberalismus und Sozialstaat
- Nr. 4/00 Start zur 4. Revision der Invalidenversicherung
- Nr. 5/00 Aufsicht in der Sozialversicherung – Garantie für wirksame und sichere Sozialwerke?
- Nr. 6/00 Perspektiven der Sozialversicherungen

- Nr. 1/01 Was kostet die Durchführung der Sozialversicherung?
- Nr. 2/01 Tarifbildung im schweizerischen Gesundheitswesen
- Nr. 3/01 Die Situation der Working Poor im Sozialstaat Schweiz
- Nr. 4/01 Neuordnung des Ausgleichs der Familienlasten
- Nr. 5/01 Die älteren Menschen – eine Generation mit Zukunft
- Nr. 6/01 Kosten uns die Medikamente zu viel?

Die Beiträge der Schwerpunkte sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich.

Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–, Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2000 Fr. 5.–, Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellungen an

Bundesamt für Sozialversicherung, CHSS, 3003 Bern, Tel. 031/322 90 11, Fax 031/322 78 41

E-Mail: info@bsv.admin.ch

Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle ¹ Bestellnummer Sprachen, Preis		Bezugsquelle ¹ Bestellnummer Sprachen, Preis
Sozialversicherung der Schweiz 2001 (Faltprospekt)	BBL/EDMZ 318.001.01 df	Merkblatt «Altersrenten und Hilflosenentschädigungen der AHV», Stand am 1. Januar 2002	3.01, d/f/i ²
Auswirkungen des KVG auf die Leistungserbringer. Forschungsbericht Nr. 8/01 in der Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit (mit deutscher, französischer, italienischer und englischer Zusammenfassung)	BBL/EDMZ 318.010.8/01 d Fr. 30.–	Merkblatt «Hinterlassenenrenten der AHV», Stand am 1. Januar 2002	3.03, d/f/i ²
Grundzüge der kantonalen Familienzulagenordnungen. Stand 1. April 2001	BBL/EDMZ 318.801.01, d/f Fr. 6.75	Merkblatt «Invalidenrenten und Hilflosenentschädigungen der IV», Stand am 1. Januar 2002	4.04, d/f/i ²
Berufliche Vorsorge: Einmalige Ergänzungsgutschriften für die Eintrittsgeneration. Tabellen und Anwendungsbeispiele für das Jahr 2002	BBL/EDMZ 318.762.02, d/f/i Fr. 2.60	Merkblatt «Obligatorische Krankenversicherung: Individuelle Prämienverbilligung», Stand am 1. Januar 2002	6.07, d/f/i ²
		Merkblatt «Die bilateralen Abkommen bringen Neuerungen im Sozialversicherungsbereich», gültig ab Inkrafttreten der bilateralen Abkommen	d/f/i ²

1 BBL/EDMZ, 3003 Bern, Fax 031/325 50 58; E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Internet: www.admin.ch/edmoz.

2 Zu beziehen bei den AHV-Ausgleichskassen und IV-Stellen; die Merkblätter sind im Internet unter www.ahv.ch zugänglich.