

Schwerpunkt

Gesundheit2020

Sozialpolitik

Ausgeglichene Finanzhaushalte aller Sozialversicherungen

Gesundheit

Umverteilung in der Krankenversicherung: Eine Mikrosimulationsstudie

Soziale Sicherheit

CHSS 3/2014



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 3/2014

Editorial	137
Chronik April / Mai 2014	138

Schwerpunkt

Strategie Gesundheit2020 – was beabsichtigt der Bundesrat? (Margreet Duetz, Bundesamt für Gesundheit)	144
Nationale Demenzstrategie 2014–2017 (Verena Hanselmann, Bundesamt für Gesundheit)	150
Qualitätsstrategie des Bundes (Oliver Peters, Bundesamt für Gesundheit)	153
Verfeinerung des Risikoausgleichs (Aline Froidevaux, Bundesamt für Gesundheit)	155
Nichtübertragbare Krankheiten – ein Slow-Motion-Desaster? (Eva Bruhin, Bundesamt für Gesundheit)	157
Der Blick der GDK auf Gesundheit2020 (Michael Jordi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren)	160
Die Umsetzung der Strategie Gesundheit2020 (Annegret Borchard und Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit)	162
Gesundheit2020: Gut unterwegs (Stefan Spycher, Bundesamt für Gesundheit)	166

Sozialpolitik

Ausgeglichene Finanzhaushalte aller Sozialversicherungen (Salome Schüpbach und Stefan Müller, Bundesamt für Sozialversicherungen)	170
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Invalidenversicherung

IV-Statistik 2013: Zunahme der beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei sinkenden Rentenzahlen (Markus Buri und Beat Schmid, Bundesamt für Sozialversicherungen)	176
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Gesundheit

Umverteilung in der Krankenversicherung: Eine Mikrosimulationsstudie (André Müller und Tobias Schoch, Ecoplan)	180
Krankenversicherung: Wer bezahlt, wer bekommt? (Christoph Kilchenmann, Bundesamt für Gesundheit)	184

Vorsorge

AHV: Wichtigste statistische Ergebnisse 2013 (Jacques Méry, Bundesamt für Sozialversicherungen)	186
----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	190
Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats)	193

Daten und Fakten

Sozialversicherungsstatistik	194
Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	196
Literatur	197

Besuchen Sie uns unter

www.bsv.admin.ch



Gesundheitspolitik im Umbau



Pascal Strupler
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Am 23. Januar 2013 verabschiedete der Bundesrat die Strategie Gesundheit2020 (www.gesundheit2020.ch). Zum ersten Mal in der Geschichte der schweizerischen Gesundheitspolitik gibt es damit ein langjährig angelegtes und inhaltlich umfassendes Konzept zur verbesserten Umsetzung der Gesundheitspolitik. Die Strategie Gesundheit2020 formuliert vier Handlungsfelder, zwölf Ziele und 36 Massnahmen.

Was bewog den Bundesrat zu diesem Schritt? Er hat erkannt, dass die bisherigen Lorbeeren, in der Schweiz über ein gutes Gesundheitswesen zu verfügen, keine Ruhekissen sein dürfen. Denn auf das hochstehende, aber teure Schweizer Gesundheitssystem, dessen Qualität auch von der WHO und der OECD mehrfach bestätigt worden ist, werden in den nächsten Jahren grosse Herausforderungen zukommen, die Anpassungen erfordern, die nicht gratis zu haben sind: Eine steigende Anzahl chronisch Kranker verlangt nach der Einrichtung spezifischer Versorgungsstrukturen. Zur medizinischen Betreuung einer alternden Gesellschaft muss auch gutes Gesundheitspersonal ausgebildet werden. Die nötigen Systemanpassungen werden steigende Gesundheitskosten verursachen, deren Finanzierung vor dem Hintergrund bereits hoher Kosten möglichst effizient und wirkungsvoll erfolgen sollte. Dazu muss die Transparenz und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems erhöht werden.

Die Analyse dieser miteinander verschränkten Herausforderungen hat den Bundesrat davon überzeugt, dass ein Vorgehen mit einzelnen, voneinander unabhängigen Reformschritten mehr Nachteile als Vorteile bringt. Eine Zusammenfassung aller notwendigen Reformen in eine einzige gesundheitspolitische Agenda schafft nicht nur Übersicht, sondern erhöhte Planungssicherheit für alle beteiligten Akteure und fördert das Denken in Zusammenhängen und Abhängigkeiten.

Dazu kommt, dass der gesundheitspolitische Fokus bislang zu eng war. Oft ist von Reformstau in der Gesundheitspolitik die Rede. Diese Sichtweise ergibt sich bei einer Konzentration der Aufmerksamkeit auf einzelne, umstrittene Reformschritte in der Krankenversicherung. Gesundheitspolitik geht aber weiter. So sind für die Gesundheit der Bevölkerung auch Fortschritte beim Schutz vor schädigenden Umwelteinflüssen oder Massnahmen gegen Antibiotikaresistenzen von entscheidender Bedeutung.

Das vorhandene solide Gesundheitssystem gibt den Rahmen für die Strategie Gesundheit2020 vor. Es geht nicht um einen Neubau auf der grünen Wiese, auch nicht um eine Auskernung oder Totalrenovation. Vielmehr soll das gesundheitspolitische Haus gezielt, aber sanft und in überschaubaren, pragmatischen Schritten renoviert und zukunftsfähig gemacht werden. Gesundheit2020 will konkrete Probleme ohne ideologische Scheuklappen in realisierbaren Schritten lösen. Auch wenn in der Strategie an verschiedenen Stellen der Steuerungsbegriff verwendet wird, handelt es sich nicht um eine versteckte Agenda hin zu mehr staatlicher Leitung im Gesundheitssystem. Steuerung bedeutet vielmehr, die gesundheitspolitische Agenda bis 2020 mit geeigneten Instrumenten transparent und zielgerichtet umzusetzen. Von alleine kommen wir nicht dorthin, der Weg muss bewusst gewählt und begleitet werden.

In diesem Schwerpunktheft wird die Strategie Gesundheit2020 nicht nur vorgestellt, sondern in ausgewählten Bereichen auch konkretisiert. Weiter wird die Umsetzungsplanung dargelegt und schliesslich auf bereits geäusserte Kritik an der Strategie eingegangen. Gesundheit2020 wird noch viel zu reden geben, sprechen Sie mit!

AHV

Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»

Der Bundesrat sieht finanziell keinen Spielraum zum Ausbau der AHV, möchte aber die Altersvorsorge langfristig sichern. Er lehnt deshalb die Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV» ohne Gegenvorschlag ab und verfolgt seine umfassende Strategie zur Reform der Altersvorsorge weiter. Nach Ansicht des Bundesrats sprechen finanzielle, volkswirtschaftliche und sozialpolitische Gründe gegen die Annahme der Initiative. Diese hätte insbesondere zur Folge, dass die Ausgaben der AHV um jährlich rund 4 Mrd. Franken, bis 2030 sogar um etwa 5,5 Milliarden steigen. Sie würde damit die finanziellen Herausforderungen der AHV noch verschärfen, weil in diesem Zeitraum die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre ins Pensionsalter kommen.

Neuregelung AHV-Erziehungsgutschriften

Auf den 1. Juli 2014 tritt die Änderung des ZGB in Kraft, gemäss welcher die gemeinsame elterliche Sorge zur Regel wird. Auf den gleichen Zeitpunkt hin passte der Bundesrat die entsprechenden Verordnungen an. Gleichzeitig verabschiedete er in der AHV-Verordnung neue Bestimmungen für die Anrechnung von Erziehungsgutschriften, die ab 1. Januar 2015 gelten. Neu werden die AHV-wirksamen Erziehungsgutschriften bei gemeinsamer elterlicher Sorge nicht mehr grundsätzlich hälftig aufgeteilt. Vielmehr werden sie künftig durch das Gericht oder die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) im Rahmen der Zuteilung der Obhut oder der Betreuungsanteile jenem Elternteil ganz angerechnet, dessen Anteil bei der Betreuung gemeinsamer Kinder höher ist und der damit auch die höheren Einbussen bei künftigen AHV-Leistungen zu tragen haben wird.

Beschäftigung

Erwerbslosenquote gemäss Definition der ILO (1. Quartal 2014)

Die Zahl der Erwerbstätigen in der Schweiz im 1. Quartal 2014 ist gegenüber der entsprechenden Vorjahresperiode um 1,0 Prozent gestiegen. Bei der Erwerbslosenquote verzeichnete die Schweiz im gleichen Zeitraum eine leichte Zunahme von 4,6 auf 4,8 Prozent, während die Jugenderwerbslosigkeit (15- bis 24-Jährige) gegenüber dem 1. Quartal 2013 von 8,3 Prozent auf 9,3 Prozent anstieg. In der EU28 sanken sowohl die Erwerbslosenquote (von 11,4 auf 11,0%) als auch die Jugenderwerbslosenquote (von 24,2% auf 23,5%; Eurozone von 24,8, auf 24,6%). Die Unterbeschäftigungsquote fiel mit 6,4 Prozent 0,1 Prozentpunkte höher aus als im 1. Quartal des Vorjahrs.

Fachkräftemangel: Indikatorensystem

Mit einer gemeinsamen Fachkräfteinitiative haben sich der Bund, die Kantone und die Sozialpartner zum Ziel gesetzt, dem Fachkräftemangel in der Schweiz entgegenzutreten. Damit das inländische Potenzial an Fachkräften verstärkt ausgeschöpft werden kann, ist es wichtig zu wissen, in welchen Berufen objektive Anzeichen für einen wachsenden und schwierig zu deckenden Fachkräftebedarf bestehen. Das Staatssekretariat für Wirtschaft hat zu diesem Zweck ein Indikatorensystem entwickeln lassen, dessen aktuelle Ergebnisse in Form eines Berichts vorliegen. Demnach arbeiten rund 36 Prozent der Erwerbstätigen in einem Beruf mit einem Verdacht auf Fachkräftemangel. Besonders häufig finden sich Anzeichen für einen schwer zu deckenden Fachkräftebedarf in Berufen des Managements, im Bereich Administration, Finanzen und Rechtswesen, in Gesundheitsberufen, in Lehr- und Kulturberufen sowie in Berufen der Technik und Informatik (MINT).¹

Personenfreizügigkeit: Flankierende Massnahmen

2013 haben die tripartiten Kommissionen (TPK) in Branchen ohne Gesamtarbeitsvertrag (GAV) bei 8300 Schweizer Arbeitgebenden die Einhaltung der Lohn- und Arbeitsbedingungen überprüft. Bei 8 Prozent der kontrollierten Betriebe wurden Unterbietungen eines üblichen Lohns festgestellt (-2% gegenüber 2012). Die Unterbietungsquote betraf dabei lediglich 0,3 Prozent. Auch in Branchen mit allgemeinverbindlich erklärtem Gesamtarbeitsvertrag (ave GAV) wurde in 11 400 Betrieben die Einhaltung der Lohn- und Arbeitsbedingungen kontrolliert. Dabei vermuteten die dafür zuständigen paritätischen Kommissionen (PK) in einem Viertel der Fälle einen Verstoss gegen die Mindestlohnbestimmungen des GAV (+2 gegenüber 2012). Dies entspricht einer Unterbietungsquote von 2,8 Prozent.

2013 wurden insgesamt 224 176 Personen für Einsätze von weniger als 90 Tagen in der Schweiz gemeldet, 11 Prozent mehr als im Vorjahr. Knapp 50 Prozent der Meldepflichtigen waren Dienstleister. Sie machten 0,7 Prozent des nationalen Beschäftigungsvolumens aus (0,6% im Jahr 2012). Die TPK überprüften in Branchen ohne ave GAV rund 4800 Entsendebetriebe sowie den Status von 3500 Selbstständigerwerbenden. Bei 15 Prozent der Entsendebetriebe stellten sie die Unterbietung der üblichen Lohnbedingungen fest (+4% gegenüber 2012). Die PK kontrollierten 6500 Entsendebetriebe und den Status von 3700 Selbstständigerwerbenden. Sie vermuteten bei 33 Prozent der Entsendebetriebe einen Verstoss gegen den Mindestlohn. Die vermutete Verstossquote ist im Vergleich zu 2012 um 9 Prozent zurückgegangen.

¹ www.admin.seco.ch → Aktuell → Medieninformation → Medienmitteilungen → Schlussbericht: Fachkräftemangel in der Schweiz – Ein Indikatorensystem zur Beurteilung der Fachkräftenachfrage in verschiedenen Berufsfeldern (PDF, 31.5.2014)

Ratifikation Übereinkommen Nr. 183 IAO, Revision ArGV 1: Bezahlte Stillzeiten

Per 1. Juni 2014 trat die revidierte Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz (Art. 60 Abs. 2 ArGV 1) in Kraft. Danach gilt neu das Prinzip der entlohnten Stillzeiten, d.h. der Arbeitgeber muss die Arbeitnehmerin neu in einem begrenzten Umfang für die Zeit entlohnen, die sie für das Stillen benötigt, – unabhängig davon, ob dieses im Betrieb oder ausserhalb erfolgt. Mit der Revision von ArGV 1 hat der Bundesrat die letzten Hürden beseitigt, die einer Anerkennung des von der Bundesversammlung genehmigten Übereinkommens Nr. 183 IAO über den Mutterschutz durch die Schweiz entgegenstanden und er hat beschlossen, dieses zu ratifizieren.

Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2013

Zwischen 2003 und 2013 hat die Anzahl der Erwerbstätigen in der Schweiz um 12,6 Prozent zugenommen. Die Zahl der Teilzeiterwerbstätigen ist mehr als dreimal so rasch angestiegen wie jene der Vollzeiterwerbstätigen (+24,5% gegenüber +7,1%). Im europäischen Vergleich weist die Schweiz mit 36,5 Prozent nach den Niederlanden den zweithöchsten Anteil an Teilzeiterwerbstätigen auf (www.bfs.admin.ch → Themen 03 – Arbeit und Erwerb).

Berufliche Vorsorge

Schutzmassnahmen

Versicherte, welche die Strategie zur Anlage ihres Vorsorgekapitals selbst wählen, sollen dafür auch das Risiko selbst tragen. Dieser Vorschlag zur Anpassung des Freizügigkeitsgesetzes (FZG) sowie der bessere Schutz von Personen mit Anspruch auf Alimente im Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) sind in der Vernehmlassung

von einer Mehrheit grundsätzlich begrüsst worden. Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, je eine Botschaft ans Parlament vorzubereiten.

Vorsorgeeinrichtungen: Verbesserung der Finanzlage – unverändert hoher Renditedruck

Die OBERAUFSICHTSKOMMISSION Berufliche Vorsorge (OAK BV) hat im Rahmen der Vorstellung ihres zweiten Tätigkeitsberichtes auch die aktuellen Zahlen zur finanziellen Lage der Vorsorgeeinrichtungen per Ende 2013 präsentiert. Dank einer durchschnittlichen Vermögensrendite von 6,1 Prozent (gegenüber 7,4% im Vorjahr) haben sich die Deckungsgrade weiter verbessert: Per Ende 2013 verfügten 93 Prozent (Vorjahr: 90%) der Vorsorgeeinrichtungen ohne Staatsgarantie über einen Deckungsgrad von mindestens 100 Prozent. Bei den Vorsorgeeinrichtungen mit Staatsgarantie betrug der entsprechende Anteil 28 Prozent (Vorjahr: 27%). Unverändert hoch bleibt für die Vorsorgeeinrichtungen der Renditedruck, da die Zinsgarantien, die den Altersleistungen zugrunde liegen, weiterhin deutlich höher ausfallen als die für die Bewertung der Verpflichtungen verwendeten Zinssätze.

Familie

Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe»

Die Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats hat beschlossen, der Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe» einen direkten Gegenentwurf gegenüberzustellen und zu diesem Zweck eine umfassende Vernehmlassung durchzuführen. Deren Ziel ist es, eine Formulierung zu finden, die keine Lebensform diskriminiert und einen Wechsel des Steuersystems, z.B. hin zur Individualbesteuerung, nicht von vornherein aus-

schliesst. Zudem muss gewährleistet sein, dass auch im Bereich der Sozialversicherungen niemand benachteiligt wird.

Gesundheit

Gesundheitskosten

Die Gesundheitskosten sind 2012 im Vergleich zum Vorjahr um 5,3 Prozent auf 68,0 Mrd. Franken gestiegen. Sie machten 11,5 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) aus, gegenüber 11,0 Prozent 2011, wie das Bundesamt für Statistik (BFS) mitteilte. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben lag über dem durchschnittlichen Wachstum von 4,3 Prozent in den vergangenen fünf Jahren. Die Zunahme wird insbesondere auf die Spitaliausgaben zurückgeführt, die um 9,8 Prozent anwuchsen. Der Systemwechsel in der Finanzierung auf diagnoseabhängige Fallpauschalen (DRG) habe aber laut BfS im Jahr der Einführung die Dateninterpretation der Entwicklung der Spalkosten erschwert. (sda)

Komplementärmedizin

Die ärztlichen Leistungen der anthroposophischen Medizin, der traditionellen chinesischen Medizin, der Homöopathie und der Phytotherapie, die bis 2017 befristet und provisorisch von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden, sollen von dieser grundsätzlich übernommen werden. Damit kommt das EDI dem 2009 von Volk und Ständen angenommenen Verfassungsartikel zur Besserstellung der Komplementärmedizin nach. Vorgängig sollen umstrittene Leistungen gezielt daraufhin überprüft werden, ob sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind.

Medikamente: Vergütung in der OKP

Ungenügende Instrumente bei der Preisfestsetzung, widersprüchliche Preisregulierung von Generika und Originalpräparaten, unzureichende Überprüfungen sowie unklare und intransparente Verfahrensabläufe –

die Geschäftsprüfungskommission des Ständerates ortet Verbesserungsbedarf bei der Aufnahme und Überprüfung von Medikamenten in der OKP. Aufgrund der festgestellten Mängel richtet sich die GPK-S in ihrem Bericht mit acht Empfehlungen und drei Postulaten an den Bundesrat und fordert ihn auf, verschiedene Massnahmen zu prüfen, darunter eine Präzisierung der Beurteilungskriterien und die Einführung eines Festbetragsystems.

Qualitätssicherung: nationales Zentrum für Qualität

Die Qualität der medizinischen Leistungen und die Patientensicherheit sollen erhöht werden. Der Bundesrat will dafür schweizweite Qualitätsprogramme lancieren, die Leistungen konsequent auf ihren Nutzen hin überprüfen und ein nationales Zentrum schaffen. Darüber sollen die bestehenden privaten und staatlichen Initiativen optimal koordiniert werden. Der Bundesrat hat einen entsprechenden Gesetzesentwurf in die Vernehmlassung geschickt.²

Smarter Medicine: Gegen die medizinische Überversorgung

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGIM) hat im Rahmen ihrer Kampagne Smarter Medicine jene fünf medizinischen Verordnungen und Untersuchungen auf einen Index gesetzt, die künftig im Interesse einer nachhaltigen, auf das Patientenwohl ausgerichteten medizinischen Versorgung zu vermeiden sind. Diese sogenannte Top-5-Liste soll jährlich mit Blick auf die neusten medizinischen Erkenntnisse überarbeitet bzw. ergänzt werden (www.smartermedicine.ch → Top-5-Liste).

Tiers payant für alle Medikamente

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Ständerats stimmte der parlamentarischen Initiative «Risikoselektion durch die Krankenkassen von Patienten mit teuren Medikamenten soll unterbunden werden» (13.411) zu und gab

damit grünes Licht für die Ausarbeitung einer entsprechenden Gesetzesvorlage durch die SGK-N. Mit der Verallgemeinerung des Prinzips des Tiers payant beim Medikamentenbezug will die Initiative verhindern, dass Patientinnen und Patienten insbesondere teure Medikamente zum Voraus bezahlen müssen, was nicht zuletzt für chronische kranke Menschen die eigenen finanziellen Möglichkeiten übersteigen kann. Derzeit sind noch rund 12 Prozent der Versicherten über ihre Krankenkassenverträge dem System des Tiers garant verpflichtet.

Gleichstellung

Gleichstellung der Geschlechter: Synthesebericht des NFP 60 liegt vor

Das NFP 60 hat den Stand der Gleichstellung der Geschlechter in der Schweiz in 21 Forschungsprojekten unter die Lupe genommen. Der zentrale Befund: Die Gleichstellung der Geschlechter ist in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie soziale Sicherheit nur teilweise realisiert (www.nfp60.ch → Synthesebericht (PDF)).

Chancengleichheit

Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG vergibt jedes Jahr auf der Basis des Gleichstellungsgesetzes Finanzhilfen mit dem Ziel, die tatsächliche Gleichstellung von Frauen und Männern im Erwerbsleben zu fördern. Unterstützt werden praxisnahe Projekte mit langfristiger Wirkung beispielsweise in den Bereichen Lohngleichheit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Prävention von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz sowie Vertretung von Frauen und Männern in den verschiedenen Berufen und Funktionen. Neu können auch für Vorprojekte Finanzhilfen im Umfang von maximal 15000 Franken beantragt werden (www.topbox.ch).

Behindertenrechtskonvention der UNO: Beitritt der Schweiz

Die Schweiz ist dem Übereinkommen der UNO vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen beigetreten. Das Übereinkommen zählt zu den zentralen Instrumenten zum Schutz der Menschenrechte auf internationaler Ebene. Es bezweckt, Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss der Menschenrechte zu gewährleisten und die aktive Teilhabe am öffentlichen, wirtschaftlichen und sozialen Leben zu ermöglichen. Das Übereinkommen schafft keine Sonderrechte, sondern konkretisiert die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen. Es will die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderungen fördern und ihre Diskriminierung in der Gesellschaft unterbinden.

International

Sozialversicherungsabkommen Brasilien – Schweiz

Brasilien und die Schweiz unterzeichneten im April in Brasilia ein Sozialversicherungsabkommen. Wie alle anderen von der Schweiz unterzeichneten Abkommen bezweckt es die Koordination der Alters-, Hinterlassenen- und Invaliditätsvorsorge der Vertragsstaaten, um mögliche Nachteile oder Diskriminierungen von Angehörigen des anderen Staates zu vermeiden. Das Abkommen tritt erst nach Abschluss der innerstaatlichen Genehmigungsverfahren in beiden Staaten in Kraft.

Sozialversicherungsabkommen Korea – Schweiz

Der Bundesrat unterbreitet den Eidgenössischen Räten das Abkommen über soziale Sicherheit mit Südkorea. Es wurde im Januar 2014 in Bern unterzeichnet und tritt nach Ab-

² Vgl. Peters, Oliver, «Qualitätsstrategie des Bundes», in der vorliegenden CHSS.

schluss der parlamentarischen Genehmigungsverfahren in beiden Staaten in Kraft. Das Abkommen mit Korea entspricht den jüngsten von der Schweiz abgeschlossenen Abkommen über soziale Sicherheit und richtet sich

IV von einer Renten- zu einer Eingliederungsversicherung. 2013 konnte in 570 Fällen Versicherungsmissbrauch nachgewiesen werden, was hochgerechnet die Einsparung von 173 Mio. Franken ermöglicht.³

Invalidenversicherung

6. IV-Revision, zweites Massnahmenpaket: Neuaufnahme des zurückgestellten Teils

Die SGK des Nationalrats hat beschlossen, die aus dem Ständerat überwiesene Motion «Eine nachhaltige Sanierung der Invalidenversicherung ist dringend notwendig» (13.3990) mit dem seinerzeit vom Nationalrat an die Kommission zurückgewiesenen Teil 3 der 6. IV-Revision zu ergänzen. Mit Stichtscheid des Präsidenten wurde beschlossen, nach der Herbstsession 2014 mit den Beratungen der wesentlichen Elemente der Revisionsvorlage 11.030 (Kinderzulagen, Rentensystem Reisekosten) zu beginnen, damit dem Parlament bis Ende Juni 2015 eine neue Botschaft vorliegt. Weitere Themen der Motion sind der Schuldenabbau des IV- beim AHV-Fonds nach Auslaufen der befristeten MWST-Finanzierung, die Abläufe bei der Betrugsbekämpfung sowie die Massnahmen zur Eingliederung bzw. zum Verbleib im Arbeitsmarkt, insbesondere bei Menschen mit psychischen Behinderungen.

Weniger IV-Renten – mehr berufliche Eingliederung

Die Zahl der laufenden IV-Renten wie auch jene der neu zugesprochenen Renten haben im Jahr 2013 erneut abgenommen. Während die Neurenten seit 2003 um rund 51 Prozent gesunken sind, hat die Invalidenversicherung (IV) seit 2008 deutlich mehr Massnahmen zur beruflichen Eingliederung durchgeführt. Dies widerspiegelt die Neuausrichtung der

Kinder und Jugend

Grooming mit Minderjährigen

Die Kommission für Rechtsfragen des Ständerats hat sich mit sechs zu fünf Stimmen bei zwei Enthaltungen gegen die parlamentarische Initiative (13.442) ihrer Schwesterkommission ausgesprochen, einen Entwurf für eine strafrechtliche Bestimmung auszuarbeiten, welche das Grooming unter Strafe stellt. Grooming im engeren Sinn bedeutet die Kontaktaufnahme eines Erwachsenen mit Minderjährigen auf einem Diskussionsforum im Internet, in der Absicht, eine sexuelle Beziehung anzubahnen und konkrete Schritte für ein erstes Treffen zu unternehmen. Diese Form des Groomings wird in der Schweiz bereits strafrechtlich verfolgt.

Migration

Die EU-Dossiers nach Annahme der Masseneinwanderungsinitiative

Der Bundesrat will die Verhandlungen und Gespräche in den Partizipations- und Marktzugangsdossiers mit der EU wieder in Gang bringen. Dazu hat er Ende April eine Erklärung verabschiedet und mehrere Massnahmen angekündigt. Unter anderem wird eine Lösung für die kontingentierte Zulassung von kroatischen Bürgerinnen und Bürgern zum Schweizer Arbeitsmarkt präsentiert. Weiter hat der Bundesrat den Erweiterungsbeitrag für Kroatien bestätigt. Damit sollen die Verhandlungen in den verschiedenen Dossiers wie Forschung, Bildung, Strom und Emissionshandel wieder lanciert werden.

Sozialpolitik

Bevölkerungsentwicklung

Ende 2013 zählte die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz gemäss provisorischer Ergebnisse der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) auf 8136700 Einwohnerinnen und Einwohner, was im Vergleich zu 2012 einem Anstieg von 97600 Personen (+1,2%) entspricht. Derzeit sind in der Schweiz jede fünfte Frau und jeder sechste Mann mehr als 64 Jahre alt. Die Zahl der Hundertjährigen und älteren ist gegenüber 2012 um 6,6 Prozent gestiegen (www.bfs.admin.ch → Themen → 01 – Bevölkerung).

Kleinkredite: Verbot aggressiver Werbung

Der Bundesrat begrüsst das in der Kommission für Wirtschaft und Abgaben des Nationalrats ausgearbeitete Verbot aggressiver Werbung für Kleinkredite. Für ihn ist unbestritten, dass zur Bekämpfung der Überschuldung auch die Werbung für Kleinkredite eingeschränkt werden muss. Die aufgrund einer parlamentarischen Initiative in die Wege geleitete Revision des Konsumkreditgesetzes sieht vor, dass künftig nicht mehr in aggressiver Weise für Konsumkredite geworben werden darf. Welche Werbung als aggressiv gilt, soll durch die Branche selber in einer Konvention definiert werden. Falls die Selbstregulierung scheitert, legt der Bundesrat fest, was unter aggressiver Werbung zu verstehen ist.

Lohnstrukturerhebung: Resultate für 2012

2012 belief sich der Bruttolohn in der Privatwirtschaft auf 6118 Franken. Innerhalb von zehn Jahren stiegen die Löhne somit nominal um 13,4 Prozent. Dabei nahmen die Saläre der am besten bezahlten 10 Prozent um 22,5 Prozent zu, bei den mittleren Einkommensgruppen waren es 12,8, bei den Arbeitnehmenden mit den tiefsten Löhnen 9,5 Prozent. Der Abstand zwischen der Spitze und der Basis in der

³ Vgl. Buri, Markus und Beat Schmid, «IV-Statistik 2013», in der vorliegenden CHSS.

allgemeinen Lohnpyramide stieg damit von Faktor 2,6 im Jahr 2002 auf 3,0 im Jahr 2012. Der Anteil der variablen Lohnbestandteile wuchs weiter: Mehr als ein Drittel der Arbeitnehmenden erhielt 2012 Boni. Zwischen 2010 und 2012 vergrösserte sich das Lohngefälle zwischen Frauen und Männern in der Privatwirtschaft insgesamt um 0,5 Prozentpunkte von 18,4 auf 18,9 Prozent. Der Lohnunterschied zwischen Männern und Frauen wird tendenziell grösser, wenn die Anforderungen und das Verantwortungsniveau zunehmen (www.bfs.admin.ch → Themen 03 – Arbeit und Erwerb).

Skos: neu mit Co-Präsidium

Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe Skos hat sich im Rahmen der Nachfolge ihres scheidenden Präsidenten Walter Schmid für ein Co-Präsidium entschieden. Die frühere bernische Sozialvorsteherin Therese Frösch und der Leiter des stadtbernerischen Sozialamts Felix Wolffers werden die Aufgabe gemeinsam übernehmen.

Fürsorgerische Zwangsmassnahmen: Soforthilfefonds für Opfer

Mit der Unterzeichnung einer Vereinbarung zwischen dem Delegierten für die Opfer von fürsorgerischen

Zwangsmassnahmen und der Glückskette ist offiziell ein Soforthilfefonds geschaffen worden. Er dient der Überbrückung bis zur Schaffung der nötigen Gesetzesgrundlagen für den angestrebten, definitiven Solidaritätsfonds. Die Finanzierung der Übergangslösung, deren Gesamtkosten auf sieben bis acht Mio. Franken geschätzt werden, erfolgt auf freiwilliger Basis durch Kantone und Gemeinden sowie weitere öffentliche Institutionen und Private. Betroffene können ihre Gesuche um Soforthilfe ab Juni einreichen, ab September werden die ersten Auszahlungen durch die Glückskette erfolgen.

Gesundheit2020



©Kommunikation BSV

Die Autorinnen und Autoren des vorliegenden Schwerpunkts nehmen uns mit auf die Grossbaustelle Gesundheit2020. Im Rahmen einer umfassenden Analyse des Gesundheitssystems hat der Bundesrat mit Unterstützung des Bundesamts für Gesundheit jene Handlungsfelder identifiziert, die für die Gesundheitspolitik der kommenden Jahre zielbestimmend sind. Die Schweiz steht dabei vor der Herausforderung, ihre Versorgungsstrukturen so umzubauen, dass sich eine steigende Nachfrage nach medizinischen und Pflegeleistungen möglichst kostengünstig und mit in der Schweiz ausgebildeten Fachkräften bewältigen lässt. Deren zentrale Aufgabe wird es sein, eine zunehmende Anzahl chronisch kranker sowie alter Menschen in mindestens gleichbleibender Qualität und unter Wahrung der Chancengleichheit medizinisch zu versorgen. Im folgenden werden mit der nationalen Demenzstrategie, der Verfeinerung des Risikoausgleichs in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung und dem Kampf gegen nichtübertragbare Krankheiten einige strukturengebende Projekte vorgestellt.

Die Vielzahl und Vielgestalt der über drei Staatsebenen verteilten Akteure lassen die Komplexität der gebotenen Steuerung erahnen. Über deren bestmögliche Ausgestaltung gehen die Meinungen auseinander. Unsere Autorinnen und Autoren stellen mit den vier zentralen Umsetzungsinstrumenten Dialog Nationale Gesundheitspolitik, Expertengruppe Gesundheit2020, Nationale Konferenz Gesundheit2020 sowie dem Einsatz zahlreicher Begleit- und Steuergruppen die breite, föderalistisch aufgebaute Steuerungsstruktur vor. Und sie stellen sich erster Kritik, die vor allem Steuerungs- und Kostenfragen aufgreift.

Strategie Gesundheit2020 – was beabsichtigt der Bundesrat?

Gesundheit2020 legt die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik bis 2020 in der Form einer Gesamtschau fest. Sie umfasst 36 Massnahmen, die auf insgesamt zwölf Ziele in vier Handlungsfeldern ausgerichtet sind.



Margreet Duetz
Bundesamt für Gesundheit

Herausforderungen

Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 basiert auf einer Problemanalyse, in der vier grosse Herausforderungen geortet wurden (vgl. Grafik G1):

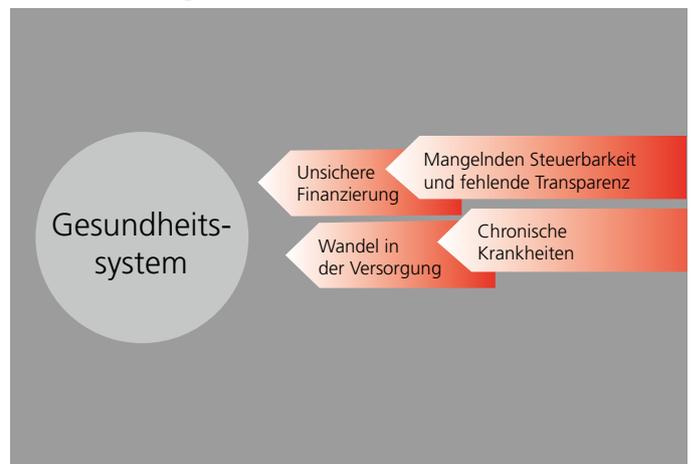
Die erste Herausforderung für das heutige und verstärkt auch für das künftige Gesundheitssystem sind die **chronischen Krankheiten**. Es ist mit einer starken Zunahme deren Prävalenzen zu rechnen: einerseits aufgrund der demografischen Entwicklungen, andererseits aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, dem eine längere Überlebenszeit mit chronischen Krankheiten zu verdanken ist. Nebst Diagnosen wie Krebs, Koronare Herzkrankheit und Diabetes sind auch die meisten psychischen Krankheiten den chronischen Krankheiten zuzuordnen. Eine besondere Problematik im Bereich der chronischen Krankheiten ist die Multimorbidität. Speziell im hohen Alter ist es eher die Regel als die Ausnahme, dass Betroffene an mehr als einer chronischen Krankheit leiden.¹

Die zweite Herausforderung betrifft die **Versorgungsstrukturen**, die dem veränderten Krankheitsspektrum und den modernen Vorstellungen einer adäquaten Versorgung angepasst werden müssen. Neue Schwerpunkte sind zu setzen in den Bereichen Grundversorgung und Langzeitversorgung. Über die gesamte Versorgungsket-

te hinweg sind Lösungen gefragt, die eine integrierte Versorgung unterstützen. Im Hinblick auf die Zunahme der chronischen Krankheiten kommt auch künftig der Krankheitsvorbeugung grosse Bedeutung zu.

Herausforderungen

G1



Quelle: BAG

Die dritte Herausforderung für das Gesundheitssystem, die unsichere **Finanzierung**, ergibt sich aus den immer noch leicht ansteigenden Gesundheitskosten sowie den steigenden Krankenversicherungsprämien. Um die Kosten auch für die einkommenschwache Bevölkerung tragbar zu halten, ohne etwa den Leistungskatalog einschränken zu müssen, sollen die Abläufe im Gesundheitssystem möglichst effizient gestaltet werden.

Als vierte Herausforderung wurde die mangelnde **Steuerbarkeit** und damit einhergehend die fehlende **Transparenz** identifiziert. Für die Steuerbarkeit braucht es wirksame Strukturen, die den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und weiteren zentralen Akteuren unterstützen. Auch die Aufgabenverteilung soll einer zielführenden Steuerung zuträglich sein. Eine gute gesundheitspolitische Steuerung soll zudem auf einer soliden Datenlage basieren. Wie entwickeln sich die Gesundheitsrisiken, welcher Versorgungsbedarf bahnt sich mittelfristig an? Eine richtungsweisend und nachhaltig gestaltete Gesundheitspolitik muss auf diese Fragen fundierte Antworten finden.

¹ Moreau-Gruet, Florence, «Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)», in *Obsan Bulletin* 4/2013

Glossar²

Burden-of-disease	Burden-of-disease oder Krankheitslast ist ein Mass für den Unterschied zwischen dem effektiven Gesundheitszustand einer Population und einer idealen Situation, in der jede Person bis ins hohe Alter bei voller Gesundheit lebt. ³
E-Health	Unter E-Health oder elektronischen Gesundheitsdiensten versteht man den integrierten Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zur Gestaltung, Unterstützung und Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gesundheitswesen. ⁴
E-Medikation	Informationen zur Medikation der Patientinnen und Patienten, welche Apotheken, Ärztinnen und Ärzten oder Spitälern in einer Datenbank zur Verfügung stehen. Die E-Medikation unterstützt die Behandlung von der Verordnung bis zur Abgabe. ⁵
Evidenz	Empirisch gestütztes Wissen. In der Medizin wird darunter die Bewertung klinischer Studien nach ihrer Aussagekraft zur Abwägung einer Therapieentscheidung verstanden. ⁶
Health-Technology-Assessment	Health-Technology-Assessment (HTA) ist die wissenschaftliche Bewertung medizinischer Behandlungsmethoden im Hinblick auf politische Entscheide aus medizinischer, ökonomischer sowie ethischer und gesellschaftlicher Sicht. ⁷
Monistische Finanzierung	Der Begriff monistisch beziehungsweise Monismus wird unterschiedlich verwendet. Die bekannten Konzepte eines monistischen Finanzierungssystems haben die Bedeutung, dass die Finanzierung aus einer Hand erfolgt, sodass den Leistungserbringern nur ein Kostenträger gegenübersteht. In diesem Sinne werden in einem «echten» Monismus 100 Prozent der Leistungen durch einen Träger finanziert. Beim «unechten» Monismus steht dem Leistungserbringer zwar auch nur eine Partei gegenüber, hinter dieser steht jedoch eine weitere Instanz, welche die Leistungen mitfinanziert. ⁸
Nosokomiale Infektionen	Krankenhausinfektionen werden auch als nosokomiale Infektionen bezeichnet. Man versteht darunter durch Mikroorganismen hervorgerufene Infektionen, die in zeitlichem Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen. Bezeichnend dafür ist, dass die Infektion bei der Aufnahme ins Krankenhaus noch nicht bestand und sich auch nicht in der Ansteckungsphase (Inkubationszeit) befand. Nach dieser Definition betrachtet man Infektionen, die über 72 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus auftreten, als nosokomial. ⁹
Prävalenz	Bestand an Fällen einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt, bezogen auf die Einwohnerzahl (auch Punkt-Prävalenz genannt). Wird die Zeiteinheit länger gewählt, so kann z.B. über eine Wochenprävalenz gesprochen werden (Periodenprävalenz). ¹⁰

Beschreibung der Handlungsfelder

Als Antwort auf die georteten Herausforderungen formuliert Gesundheit2020 in vier Handlungsfeldern je drei Ziele. Jedem Ziel sind drei Massnahmen zugeordnet. Damit umfasst Gesundheit2020 insgesamt 36 Massnahmen (vgl. Tabelle T1).

Lebensqualität sichern

Das Sichern der Lebensqualität ist ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheit2020. Darin widerspiegelt sich ein breites Verständnis von Gesundheitspolitik: Ihr Ziel ist nicht nur die Bekämpfung von Krankheiten oder vorzeitigen Todesfällen, sondern auch die Stärkung der Gesundheit und des Wohlbefindens – als wichtige Elemente der Lebensqualität. Gesundheit2020 orientiert sich damit am klassischen Public-Health-Ansatz, der die

Voraussetzungen für eine gute Gesundheit nicht nur auf der individuellen, sondern vor allem auch auf der kollektiven Ebene beruhen.

2 Zitiert gemäss nachfolgenden Quellen (Fussnoten 3–10):

3 www.who.int (Glossary, 2.5.2014)

4 www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitspolitik → eHealth Schweiz → Strategie vom 27.6.2007 (PDF)

5 www.e-health-suisse.ch → Umsetzung → eHealth Aktivitäten → National → eMedikation → Bericht Machbarkeit eMedikation (PDF, 5.5.2014)

6 Buse Kent et al., *Making health policy*, Maidenhead, 2012, S. 170

7 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Leistungen → HTA in der Spitzenmedizin – die Quadratur des Kreises (HTML, 5.5.2014)

8 www.bag.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Krankenversicherung → Berichte → Bericht des Bundesrates vom 13. Dezember 2010: Einheitliche Finanzierung von Spital- und ambulanten Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (PDF, 5.5.2014)

9 www.medizininfo.de → Infektionen → Krankenhausinfektionen → Definition (HTML, 2.5.2014)

10 www.infektionsnetz.at (passwortgeschützter Zugang, 2.5.2014)

tiven, gesellschaftlichen Ebene sicherstellen und verbessern will. Dazu bedarf es der Zusammenarbeit mit anderen Politikbereichen, insbesondere mit der Sozialpolitik, aber auch beispielsweise mit den Bereichen Arbeit, Bildung, Verkehr und Veterinärwesen.

Zeitgemässe Versorgungsangebote (Ziel 1.1) sollen insbesondere den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten gerecht werden. Durchlässige Systeme sind gefragt, die eine interdisziplinäre und bedürfnisorientierte Behandlung und Betreuung erlauben. Dies gilt für die ambulante und die stationäre Versorgung ebenso wie für die Langzeitpflege und Rehabilitationsangebote. Dabei werden sämtliche Übergänge zwischen den Teilsystemen berücksichtigt. Voraussetzung für die Bereitstellung eines quantitativ und qualitativ adäquat ausgerichteten Versorgungsangebots ist der Zugang zu ausreichender Evidenz. Demzufolge sollen die klinische Forschung, die Versorgungsforschung, aber beispielsweise auch die Einführung eines nationalen Krebsregisters gefördert werden.

Die **Komplettierung des Gesundheitsschutzes (Ziel 1.2)** zielt neben dem Schutz vor Strahlen und anderen Schadstoffen auf zwei grosse Herausforderungen im Bereich der übertragbaren Krankheiten. Letztere sollen zum einen grundsätzlich effektiver kontrolliert und bekämpft werden (Stichwort Antibiotikaresistenzen). Zum anderen geht es zudem darum, sogenannt nosokomiale Infektionen in den Spitälern zu reduzieren. Beim Gesundheits- und Verbraucherschutz sind über die neuen und bereits laufenden Massnahmen hinaus auch die vielfältigen Vollzugs- und Aufsichtsaufgaben von grösster Wichtigkeit für die Gesundheit der Bevölkerung.

Das Ziel **Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren (1.3)** skizziert das Vorgehen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes im Jahr 2012. Prävention und Früherkennung sollen unter dem Aspekt der Vorbeugung nichtübertragbarer Krankheiten verbessert angegangen werden. Dazu lässt der Dialog Nationale Gesundheitspolitik derzeit eine nationale Strategie (NCD-Strategie) erarbeiten, die dem Bundesrat 2016 zum Entscheid vorgelegt werden soll.¹¹ Ein grosser Teil der Zunahme der Burden-of-disease durch chronische Krankheiten ist auf die Prävalenz psychischer Krankheiten zurückzuführen. Deshalb sollen spezifisch auch die psychische Gesundheit gefördert und die Vorbeugung sowie Früherkennung psychischer Krankheiten vorangetrieben werden. Zudem bleibt der Suchtbereich ein wichtiges Präventionsthema, das vor neuen Herausforderungen, zum Beispiel der Internetsucht, steht.

Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken

Das zweite Handlungsfeld von Gesundheit2020 widmet sich der Chancengleichheit und der Selbstverantwortung. Die Chancengleichheit hat im Gesundheitsbereich einen

besonderen Stellenwert. Auch in der Schweiz hängen Gesundheit und Krankheit mit dem sozialen Status zusammen: So hat ein heute 30-jähriger Mann mit obligatorischem Schulabschluss eine um sieben Jahre kürzere Lebenserwartung als ein gleichaltriger Hochschulabgänger.¹² Eine nachteilige sozioökonomische Lage kann zu einer suboptimalen Nutzung der Gesundheitsversorgung, zu einem abträglichen Gesundheitsverhalten und zu überdurchschnittlich grossen Gesundheitsbelastungen (z.B. am Arbeitsplatz) führen und sich entsprechend negativ auf den Gesundheitszustand auswirken.

Die Gesundheit2020 trägt diesen Zusammenhängen Rechnung, indem sie sich im Handlungsfeld Chancengleichheit und Selbstverantwortung insbesondere über das erste Ziel **Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken (Ziel 2.1)** mit der Stärkung vulnerabler Bevölkerungsgruppen im Gesundheitssystem befasst. Dies soll einerseits über die Intensivierung von Programmen geschehen, die sich speziell an vulnerable Gruppen richten. Andererseits soll auch verhindert werden, dass Personen mit tiefen Einkommen aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten, weil die selbstgetragenen Kostenanteile zu hoch werden.

Wichtig für eine Solidarität mit vulnerablen, insbesondere einkommensschwachen Gruppen ist die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems. Sollten die Kosten zu stark ansteigen und die wirtschaftliche Entwicklung nicht Schritt halten können, wäre die Solidarität mit den Einkommensschwachen bzw. mit jenem Teil der Bevölkerung, der überdurchschnittlich viele Leistungen bezieht, gefährdet. Um dies möglichst lange zu verhindern, soll die Kostenentwicklung aktiv – insbesondere durch **Effizienzsteigerungen (Ziel 2.2)** – eingedämmt werden.

Im Rahmen ihrer Eigenverantwortung soll und kann die Bevölkerung mithelfen, vermeidbare Krankheitsfälle zu reduzieren und Leistungen zu beziehen, die bestmögliche Resultate abwerfen. Versicherte sollen so weit wie möglich ihre Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem wahrnehmen. **Versicherte und Patienten werden gestärkt (Ziel 2.3)**, indem einerseits ihre Gesundheitskompetenz verbessert wird. Andererseits gilt es, Patientenrechte besser zu berücksichtigen sowie die Partizipation der Bevölkerung in gesundheitspolitischen Prozessen zu fördern.

Versorgungsqualität sichern und erhöhen

Das dritte Handlungsfeld der Gesundheit2020 widmet sich dem Kernstück des Gesundheitssystems: der Versorgung. Das schweizerische Versorgungsangebot ist grund-

¹¹ Vgl. dazu Bruhin, Eva, «Nichtübertragbare Krankheiten – ein Slow-Motion-Desaster?», in der vorliegenden CHSS.

¹² www.bfs.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Referenzpublikation → Gesundheitsstatistik 2012 (PDF, 5.5.2014)

sätzlich sehr gut ausgebaut und diverse Umfragen zeigen eine grosse Zufriedenheit seiner Nutzerinnen und Nutzer. Diese Versorgungsqualität soll aber aktiv gesichert und wo notwendig weiter erhöht und den heutigen Standards und Technologien angepasst werden. Dabei wird mit der **Förderung der Leistungs- und Versorgungsqualität** (Ziel 3.1) nicht nur die Qualität der Leistungserbringung als solche ins Auge gefasst, sondern auch die Auswahl effizienter Leistungen, beispielsweise betreffend den Einsatz von Medikamenten oder technischen Verfahren. Durch eine entsprechende Stärkung der Health-Technology-Assessments (HTA) kann der Einsatz nichteffizienter Behandlungsmethoden reduziert werden. Dadurch steigt nicht nur die Qualität, sondern auch die Kosteneffektivität.

Grosses Potenzial für die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird einem verstärkten Einsatz des **E-Health-Instrumentariums** zugeschrieben (Ziel 3.2). Mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers etwa soll sichergestellt werden, dass Fachpersonen wie Betroffene jederzeit und überall über korrekte Informationen zu Gesundheitszustand und Krankengeschichte verfügen. Dies reduziert Fehler und Doppelspurigkeiten. Auch werden die Kommunikation und Koordination zwischen den Fachpersonen erheblich erleichtert. Aufbauend auf das elektronische Patientendossier kann künftig der gesamte Behandlungsprozess durch digitale Anwendungen unterstützt werden, namentlich die Übergänge wie ein Spitaleintritt oder -austritt. Dies ist insbesondere für die Umsetzung einer integrierten Versorgung überaus wichtig. Parallel dazu sollen auch die Einführung der E-Medikation vorbereitet und ihr Einsatz gefördert werden.

Zur Sicherung der Versorgungsqualität ist es unabdingbar, dass eine ausreichende Anzahl adäquat ausgebildeter Fachpersonen in allen relevanten Gesundheitsberufen vorhanden ist. Dabei soll die Schweiz ihre Abhängigkeit von der Rekrutierung ausländischer Fachkräfte reduzieren. Dies nicht nur, weil die Schweiz das ausländische Angebot nicht steuern und unmittelbar beeinflussen kann, sondern auch, weil eine Migrationskaskade von Gesundheitspersonal aus den ärmsten Ländern über die Schwellenländer bis in die reichsten Länder aus Gründen der internationalen Solidarität grundsätzlich unerwünscht ist. Die Gesundheit2020 sieht drei Wege vor, dem System künftig **mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal** zur Verfügung zu stellen (Ziel 3.3).¹³ Erstens sollen eine genügend hohe Anzahl Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegenden ausgebildet werden. Zweitens werden die Aus- und Weiterbildungsgänge an die Anforderungen einer gestärkten medizinischen Grundversorgung angepasst. Drittens soll das Gesundheitsberufegesetz die Qualität

und Kompetenzen der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe regulieren.

Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren

Im vierten Handlungsfeld stehen die Transparenz, die Steuerung und die Koordination des Gesundheitssystems im Vordergrund. Die mangelnde Transparenz über die erbrachten Leistungen sowie deren Nutzen und Kosten gehören mit zu den grossen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Es braucht eine korrekte Datenlage, um bedarfsgerecht planen zu können. Ein anderer Aspekt der Transparenz betrifft die grosse Komplexität des Gesundheitswesens und der Krankenversicherungen, die es den Patientinnen und Patienten bzw. Versicherten zunehmend erschwert, sich zurechtzufinden. Die Problematik stellt sich verschärft in jenen Bevölkerungsgruppen, die generell mehr Probleme damit haben, Informationen zu sammeln und richtig einzuordnen. Die zur zielgerichteten gesundheitspolitischen Steuerung nötige **Transparenz** soll über eine verbesserte Datenlage geschaffen werden, während die angestrebte **Vereinfachung des Systems** (Ziel 4.1) den Zugang zu den Versorgungs- und Versicherungsangeboten erleichtern will.

Neben der Schaffung von Transparenz sollen auch Anpassungen in der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren die **gesundheitspolitische Steuerung verbessern** helfen (Ziel 4.2). Dabei wird auch die Rollenteilung, besonders zwischen Bund und Kantonen, geprüft. Für die Abstimmung zwischen Bund und Kantonen stellt der Dialog Nationale Gesundheitspolitik eine wichtige Plattform dar. Inzwischen hat dieses Gefäss einige Änderungen erfahren, die einer verbesserten Zusammenarbeit dienlich sind. Strukturelle Anpassungen an der Rollenverteilung implizieren je nachdem auch die in der Bundesverfassung festgehaltene Kompetenzverteilung. Gesundheit2020 stellt als Möglichkeit in den Raum, auch hier Anpassungen vorzunehmen.

Spezifisch wird zudem die Rolle der Kantone im spitalambulanten Bereich angesprochen. Im Zuge der Diskussion um eine monistische Finanzierung des Gesundheitswesens wurde vor einigen Jahren als Alternative vorgeschlagen, zumindest die Finanzierung der spitalambulanten Versorgung an diejenige des stationären Bereichs anzugleichen, indem die Kantone die Krankenversicherer neu als Kostenträger ambulanter Spitalleistungen ergänzen. Diese oder ähnliche Ideen sollen wieder aufgenommen werden, damit die Planung verbessert und geeignetere Anreize gesetzt werden können.

Die **Stärkung der internationalen Einbettung** (Ziel 4.3) stellt die Bestrebungen um eine verbesserte Transparenz und Steuerbarkeit in einen internationalen Kontext. Eine gute Zusammenarbeit beispielsweise in der Datenaufbereitung und im Wissenstransfer sowie ein kontinuierlicher Austausch von Informationen und Gesundheits-

¹³ Vgl. Schwerpunkt «Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal», in *Soziale Sicherheit* 3/2013, S. 117–183

Ziele und Massnahmen der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020

T1

Ziel	Massnahmen
Handlungsfeld 1: Lebensqualität sichern	
1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der integrierten Versorgung • Anpassung der Versorgung bei der Langzeitpflege • Einführung der Versorgungsforschung
1.2 Gesundheitsschutz komplettieren	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung unnötiger medizinischer Strahlendosen und Einführung ergänzender Gesundheitsbeobachtungen (Schadstoffbelastungen oder Unterversorgungen mit lebensnotwendigen Mikronährstoffen) • Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen • Reduktion von vermeidbaren Infektionen (sogenannte nosokomiale Infektionen) in den stationären Einrichtungen
1.3 Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren Krankheiten • Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten • Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen
Handlungsfeld 2: Chancengleichheit und Selbstverantwortung stärken	
2.1 Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Risikoselektionsanreize der Versicherer • Intensivierung von Programmen, die sich an vulnerable Gruppen wie Migranten/innen, Kinder und Jugendliche richten • Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beim selbst getragenen Anteil an den entstandenen Gesundheitskosten
2.2 Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten, der Förderung der Generika und der Beseitigung der Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe • Stärkung der Pauschalabgeltungen gegenüber den Einzelleistungstarifen sowie Revision bestehender Tarife • Konzentration der hochspezialisierten Medizin
2.3 Versicherte und Patienten/innen stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkere Berücksichtigung der Patienten/innen und der Versicherten in den gesundheitspolitischen Prozessen • Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Selbstverantwortung der Versicherten und Patienten/innen • Stärkere Berücksichtigung der Patientenrechte

fachpersonen sind für die Qualitätsentwicklung des schweizerischen Gesundheitssystems von grosser Wichtigkeit. Die Schweiz nimmt im internationalen gesundheitspolitischen Umfeld eine aktive und sehr konstruktive Rolle ein. Diese soll gesichert und nachhaltig genutzt werden, auch vor dem Hintergrund der Abstimmungsergebnisse zur Masseneinwanderungsinitiative und deren noch nicht einschätzbaren Folgen für das Verhältnis der Schweiz mit der EU.

Margreet Duetz, Dr. med., MPH, Fachärztin für Prävention und Gesundheitswesen, Leiterin der Sektion Nationale Gesundheitspolitik, BAG
E-Mail: margreet.duetz@bag.admin.ch

Ziel	Massnahmen
Handlungsfeld 3: Versorgungsqualität sichern und erhöhen	
3.1 Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der Qualitätsstrategie • Reduktion von nichtwirksamen und nichteffizienten Leistungen sowie Medikamenten und Verfahren • Sensibilisierung der Bevölkerung für die Anliegen der Patienten/innen, die auf lebensnotwendige Organtransplantationen warten
3.2 E-Health stärker einsetzen	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung und aktive Förderung der E-Medikation • Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers • Digitale Unterstützung von Behandlungsprozessen
3.3 Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Ärzt/innen und Pflegenden in den entsprechenden Fachrichtungen • Förderung der medizinischen Grundversorgung (namentlich der Hausarztmedizin) und der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen durch die Anpassung der Aus- und Weiterbildungen, die Stärkung der Forschung und die Schaffung günstiger Voraussetzungen für die Berufsausübung • Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes
Handlungsfeld 4: Transparenz schaffen, besser steuern und koordinieren	
4.1 Das System vereinfachen und Transparenz schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer • Ausbau und Verbesserung der Datengrundlagen und ihrer Analyse (etwa durch die Einführung einer ambulanten Statistik und die Erhebung von Daten der Versicherten auf individueller Ebene), damit das Gesundheitssystem effizienter gesteuert werden kann • Vereinfachung der Krankenversicherung (etwa durch die Reduktion der im Jahr 2013 über 287 000 in der Schweiz angebotenen Prämienarten)
4.2 Gesundheitspolitische Steuerung verbessern	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen Bund und Kantonen sowie, wenn notwendig, Verbesserung der Definition der jeweiligen Aufgaben in der Bundesverfassung • Einführung neuer Steuerungsmöglichkeiten – etwa für die Versorgung im (spital-)ambulanten Bereich –, damit die Kantone planen und ein Über- bzw. Unterangebot verhindern können und der Anteil der Steuerfinanzierung langfristig nicht zurückgeht • Deblockierung von Tarifverhandlungen
4.3 Internationale Einbettung stärken	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss und Umsetzung des bereits aufgelegten Gesundheitsabkommens mit der EU • Umsetzung der Gesundheitsaussenpolitik • Gezielte Vergleiche und eine enge Zusammenarbeit mit Ländern mit ähnlichen Systemen wie die Schweiz, namentlich im EU-Raum

Quelle: BAG

Nationale Demenzstrategie 2014–2017

Die an Demenz erkrankten Menschen und ihre Bezugspersonen stehen im Zentrum der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017. Die übergeordnete Zielsetzung besteht darin, sie zu unterstützen, ihre Lebensqualität zu fördern und dabei die individuellen Lebensumstände konsequent zu berücksichtigen. Die Betroffenen sollen über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg Zugang zu einer bedarfs- und zielgruppengerechten sowie qualitativ hochstehenden Versorgung haben.



Verena Hanselmann
Bundesamt für Gesundheit

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat am 21. November 2013 die Nationale Demenzstrategie 2014–2017¹ verabschiedet. Den entsprechenden Auftrag hat das Parlament im März 2012 erteilt.² Im Rahmen von Gesundheit2020 leistet die Demenzstrategie einen Beitrag an die Förderung eines zeitgemässen Versorgungsangebots (Ziel 1.1). Vertreterinnen und Vertreter von Betroffenenorganisationen, Expertinnen und Experten von Berufsgruppen und Fachorganisationen, Leistungserbringer auf verschiedenen Ebenen sowie Mitarbeitende bei Bund, Kantonen und Gemeinden haben beim Erarbeiten der Strategie aktiv dazu beigetragen, den Wissenstransfer von der Praxis und der Forschung in die Politik sicherzustellen und den prioritären Handlungsbedarf zu definieren.

Das Krankheitsbild Demenz – Häufigkeit und Auswirkungen

Demenz ist ein Oberbegriff für verschiedene Hirnleistungsstörungen mit unterschiedlichen Ursachen. Es wer-

den zwei Hauptkategorien definiert, die häufig in Kombination auftreten: degenerative Hirnveränderungen mit bislang unvollständiger Ursachenklärung und vaskuläre Demenzformen. Letztere werden durch Durchblutungsstörungen im Hirn ausgelöst. Die Alzheimerkrankheit ist die häufigste Form der degenerativen Demenz.

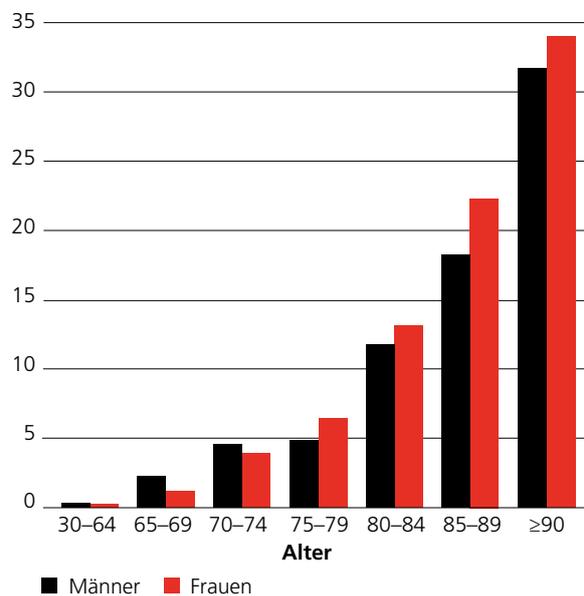
In der Schweiz leben schätzungsweise 110 000 Menschen mit Demenz und jährlich erkranken rund 25 000 weitere Personen. Die Prävalenzraten (vgl. Grafik G1) steigen ab dem 65. Lebensjahr steil an.

Aufgrund der demografischen Alterung und der steigenden Prävalenz mit dem Alter wird die Anzahl demenzkranker Personen deutlich zunehmen. Bis ins Jahr 2060 dürfte sie landesweit auf knapp 300 000 Personen anwachsen.

Prävalenz der Demenz 2011

G1

in %



Eine Demenzerkrankung führt zu einem zunehmenden Verlust an Erinnerungs-, Orientierungs- und Kommunikationsvermögen. Diese Defizite behindern die betrof-

1 Vgl. www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitspolitik → Strategie Demenz → Publikationen und Downloads

2 Mo. 09.3509, Jean-François Steiert: www.parlament.ch → Curia Vista Suche → Demenzpolitik I; Mo. 09.3510, Reto Wehrli: www.parlament.ch → Curia Vista Suche → Demenzpolitik II

fenen Menschen in ihrer selbstständigen Lebensführung. Im Alltag sind sie auf Hilfe und Betreuung angewiesen. Je nach Schweregrad der Erkrankung, die bis zur vollständigen Pflegeabhängigkeit führen kann, ergeben sich spezifische Anforderungen an das Gesundheitsversorgungssystem (z.B. gezielte Unterstützungsangebote für die erkrankten Personen und deren nahe Bezugspersonen oder palliative Versorgung im letzten Krankheitsstadium). Von Demenzerkrankungen betroffen sind auch das nahe soziale Umfeld sowie diejenigen Berufsleute, die in ihrem Berufsalltag regelmässig Kontakt zu demenzkranken Menschen haben. Die Anzahl direkt und indirekt betroffener Personen dürfte schweizweit rund eine halbe Million betragen.

Aktuelle Versorgungssituation in der Schweiz

Eine frühzeitige Krankheitserkennung und Diagnose erleichtern den Erkrankten den Zugang zu Information, Beratung und Unterstützung sowie Behandlung. Gemäss Schätzungen verfügt in der Schweiz jedoch weniger als die Hälfte der Menschen mit Demenz über eine ärztliche Diagnose. Diese wird in der Regel in der hausärztlichen Praxis oder einer spezialisierten Memory Clinic gestellt.

Gut die Hälfte der Menschen mit Demenz lebt zu Hause. Das soziale Umfeld stellt dabei die Betreuung, ständige Begleitung und Pflege der kranken Person im Alltag sicher. Die dadurch entstehende Belastung ist gross, ebenso der Wunsch nach Entlastung.

Handlungsfelder, Ziele und Projekte der nationalen Demenzstrategie

Bund und Kantone setzen gemeinsam mit Akteuren aufseiten der Leistungserbringer, der Berufsgruppen und Fachverbände sowie der Betroffenenorganisationen 18 Projekte in vier zentralen Handlungsfeldern um:

Handlungsfeld	Zielsetzung	Projekthalte
Gesundheitskompetenz, Information Partizipation	<ul style="list-style-type: none"> Die Sensibilität der Gesamtbevölkerung ist erhöht Die Partizipation und umfassende Information der Betroffenen ist über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg gestärkt 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierungsaktivitäten auf Lebensrealitäten, Solidarität und Integration ausrichten Berufsgruppen, die in regelmässigem Kontakt mit Demenzkranken stehen, sensibilisieren Betroffene individuell, sachgerecht und umfassend informieren und beraten
Bedarfsgerechte Angebote	<ul style="list-style-type: none"> Flexible, qualitativ hochstehende und bedarfsgerechte Angebote entlang der gesamten Versorgungskette sind bereitgestellt Die Finanzierung bedarfsgerechter Leistungen ist sichergestellt 	<ul style="list-style-type: none"> Kompetenzzentren für Diagnostik fördern Dienstleistungen stärker koordinieren und vernetzen Regionale Entlastungsangebote ausbauen Demenzgerechte Versorgung in Akutspitälern fördern Demenzgerechte Versorgung in der stationären Langzeitpflege und -betreuung fördern Leistungen abbilden und angemessen abgelten
Qualität und Fachkompetenz	<ul style="list-style-type: none"> Ethische Aspekte werden explizit berücksichtigt Die Versorgungsqualität ist entlang des gesamten Krankheitsverlaufs gewährleistet Die für eine demenzgerechte Versorgung erforderlichen Kompetenzen im professionellen wie im nicht-professionellen Bereich sind gestärkt 	<ul style="list-style-type: none"> Ethische Leitlinien in allen Versorgungsstrukturen verankern Empfehlungen für die Grundversorgung zur Früherkennung, Diagnostik und Behandlung erarbeiten Interdisziplinarität und Interprofessionalität fördern Leitlinien für den Umgang mit Krisensituationen in der Akut- und Langzeitversorgung erarbeiten Demenzspezifische Aus- und Weiterbildung ausbauen Kompetenzen der Angehörigen und Freiwilligen stärken
Daten und Wissensvermittlung	<ul style="list-style-type: none"> Daten zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation in den Kantonen liegen vor Der Austausch zwischen Forschung und Praxis ist gestärkt 	<ul style="list-style-type: none"> Die Möglichkeiten eines Versorgungsmonitorings klären und gegebenenfalls einrichten Neue Versorgungsmodelle begleitend evaluieren Wissenstransfer zwischen Forschung und Praxis unterstützen

Rund zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner in Schweizer Pflegeheimen sind an Demenz erkrankt. Die stationäre Langzeitpflege und -betreuung von Menschen mit Demenz stellt eine deutlich grössere Herausforderung dar als jene von Menschen ohne Demenz. Eine breite und bewährte Fachkompetenz ist erforderlich, um die Betroffenen im Alltag adäquat zu versorgen. Als grösste Herausforderungen in den kommenden fünf Jahren wurden die ausreichende Finanzierung der Betreuung Demenzkranker sowie die Verfügbarkeit von genügend qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal identifiziert.

Demenz ist heute die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz. Viele demenzkranke Menschen sterben jedoch nicht an Demenz, sondern mit Demenz. Im Stadium der fortgeschrittenen Demenz versterben zwei Drittel der Betroffenen in Pflegeeinrichtungen. Dabei handelt es sich nur zu einem geringen Anteil um Pflegeeinheiten, die auf Palliative Care spezialisiert sind.

Volkswirtschaftliche Bedeutung der Demenz

Die Demenzkrankheiten verursachten im Jahr 2009 schweizweit Kosten von schätzungsweise 6,9 Mrd. Franken.³ Diese setzten sich hauptsächlich aus Betreuungs- und Pflegekosten für die stationäre Langzeitpflege sowie für Leistungen nahestehender Bezugspersonen zusammen. Die durch das Gesundheitswesen getragenen Kosten der Demenz beliefen sich auf rund 3,9 Mrd. Franken bzw. auf einen Anteil von 6,4 Prozent an den gesamten Gesundheitskosten in diesem Jahr. Die restlichen 3 Mrd. Franken entsprechen dem geschätzten Marktwert der Betreuungs- und Pflegeleistungen, die nahestehende Bezugspersonen unbezahlt erbrachten.

Nationale Demenzstrategie 2014 bis 2017

Im Zentrum der nationalen Demenzstrategie 2014 bis 2017 stehen die an Demenz erkrankten Menschen und die sie im Alltag begleitenden Bezugspersonen. Die übergeordnete Zielsetzung besteht darin, die Betroffenen zu unterstützen und deren Lebensqualität zu fördern und dabei die individuellen Lebensumstände konsequent zu berücksichtigen. Dabei sollen sie über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg Zugang zu einer bedarfs- und zielgruppengerechten sowie einer qualitativ hochstehenden Versorgung haben.

Die in der Strategie definierten Handlungsfelder sind ein Abbild des prioritären Handlungsbedarfs in zentralen Bereichen der Demenzversorgung. Auf nationaler Ebene werden Themenbereiche, die eine klare Verbindung zur Demenzthematik haben (z.B. Angehörigenpflege, Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen), derzeit

vertieft analysiert und bearbeitet. In der Umsetzung der Strategie gilt es, Synergien mit diesen Programmen und Projekten zu nutzen und die Massnahmen entsprechend zu koordinieren.

Umsetzung – Struktur und Ausblick

Die Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014–2017 trägt der Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden Rechnung. Sie und die anderen involvierten Akteure (wie Leistungserbringer, Berufsgruppen, Fachverbände und Betroffenenorganisationen) werden die verschiedenen Aktivitäten gemeinsam weiterentwickeln und an die jeweiligen Zielgruppen und Regionen anpassen. Die meisten Projekte werden dezentral initiiert, konkretisiert und von den zuständigen Akteuren personell und finanziell getragen. Bund und Kantone übernehmen als Verantwortliche der Gesamtstrategie primär die Aufgabe, die Aktivitäten zu koordinieren und den Informations- und Kommunikationsfluss zwischen den Akteuren sicherzustellen.

Alle Projekte sind gleich wichtig. Einige der Projekte haben jedoch eine transversale Bedeutung und die gegenseitige Abhängigkeit der Projekte ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Diesem Umstand trägt eine zeitlich gestaffelte Projektumsetzung Rechnung. Im Jahr 2014 liegt der Programmfokus auf der Umsetzung von sieben prioritären Projekten, die am 27. Mai 2014 offiziell gestartet wurden.⁴

Verena Hanselmann, lic. phil. I, stv. Leiterin Sektion nationale Gesundheitspolitik, Projektleiterin nationale Demenzstrategie, BAG
E-Mail: verena.hanselmann@bag.admin.ch

³ Ecoplan, *Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*, Bern 2010

⁴ Vgl. www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitspolitik → Strategie Demenz → Umsetzung

Qualitätsstrategie des Bundes

Nach dem Willen des Parlaments richtet der Bundesrat einen Teil seiner gesundheitspolitischen Agenda auf die Sicherung der Leistungs- und Behandlungsqualität sowie die Erhöhung der Patientensicherheit aus. Das BAG wird seine eigenen Aktivitäten für Qualität und Patientensicherheit verstärken. Ein nationales Zentrum soll den Bund bei der Umsetzung der Qualitätsstrategie unterstützen.



Oliver Peters
Bundesamt für Gesundheit

Internationale Studien zeigen auf, dass in unseren hochentwickelten Gesundheitssystemen hohe Defizite in der Patientensicherheit auftreten. Werden deren Resultate auf die Schweiz umgerechnet, muss davon ausgegangen werden, dass jährlich, vorsichtig geschätzt, gegen 2000 bis 3000 Patientinnen und Patienten in unseren Akutspitälern wegen vermeidbarer medizinischer Zwischenfälle sterben. Nicht nur bei der Patientensicherheit hapert es, sondern insbesondere auch bei der Umsetzung von Behandlungsleitlinien: So erhält z.B. in den USA nur rund die Hälfte der behandelten Personen eine Behandlung, die mit dem aktuellen Wissensstand der Medizin

konform geht. Entsprechende Studien für die Schweiz fehlen.

Obschon im Bundesgesetz über die Krankenversicherung die Qualitätssicherung als integraler Bestandteil der Leistungserbringung festgelegt ist,¹ wurden nur in sehr wenigen Leistungsbereichen verbindliche Massnahmen zwischen den Tarifpartnern vereinbart und kaum Resultate zum Thema Qualität veröffentlicht. Das Parlament hat deshalb im Jahr 2007 mit einem Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats den Bundesrat aufgefordert,² eine führende Rolle in der Qualitätssicherung wahrzunehmen und dazu auf Bundesebene geeignete Strukturen zu schaffen.

In der Folge hat der Bundesrat in den Jahren 2009 und 2011 die entsprechenden Grundlagenpapiere einer nationalen Qualitätsstrategie und ihrer Konkretisierung verabschiedet³ und damit einen Schritt in Richtung der vom Parlament geforderten aktiveren Rolle gemacht. Die Umsetzung der Qualitätsstrategie ist denn auch ein wichtiger Pfeiler in der Gesamtschau Gesundheit2020.

Schwerpunkte der Umsetzung

Die Qualitätsstrategie des Bundes fokussiert in der laufenden Umsetzung auf vier verschiedene Massnahmen:

OECD und WHO haben in ihren Berichten zum schweizerischen Gesundheitssystem (2006 und 2011) auf die Lücken in den öffentlich zur Verfügung stehenden Daten hingewiesen, die zu **einem Monitoring der Versorgungsqualität** nötig wären.⁴ In der Folge hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) damit begonnen, die Qualitätsindikatoren von Schweizer Akutspitälern zu publizieren (seit Berichtsjahr 2006).⁵ Als wichtige Ergänzung der vom BAG publizierten Indikatoren hat sich zudem der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zur Publikation seiner Qualitätsindikatoren verpflichtet. Zu anderen Leistungserbringern (z.B. Pflegeheimen, Spitex, ambulant tätigen Ärzten) sind derzeit keine Qualitätsindikatoren greifbar. Der Bund will **seine Kompetenzen nutzen**, um die systematische und verständliche Publikation von Qualitätsindikatoren zu fördern, allgemein anerkannte Standards der Patientensicherheit verbindlich einzuführen und die Leistungskataloge der obligatorischen Krankenversicherung regelmässig zu überprüfen und zu aktualisieren.

1 Art. 58 KVG (SR 832.10)

2 BBl 2008, 7793

3 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Leistungen → Qualitätssicherung

4 www.bag.admin.ch → Themen → Internationales → Organisationen → WHO bzw. OECD

5 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Statistiken → Spitäler → Spitalstatistiken

1. Derzeit werden die gesetzlichen Grundlagen für die Schaffung und Finanzierung eines **nationalen Zentrums für Qualität** erarbeitet, dem die nachhaltige Umsetzung der Qualitätsstrategie übertragen wird. Das geplante Zentrum wird zudem die Leistungserbringer mit geeigneten unterstützenden Massnahmen und Kommunikationsmitteln bei der Implementierung von Qualitätsprojekten und Sicherheitsprogrammen unterstützen. Eine weitere Aufgabe wird die systematische Beurteilung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergüteten Leistungen sein.

2. Wichtigste **Umsetzungsinstrumente** sind **nationale Programme**, welche die Leistungserbringer (Spitäler, Ärzte, Spitexdienste, Pflegeheime u.a.) bei der Implementierung von verbesserten Qualitäts- und Sicherheitsprozessen unterstützen. Ziel ist es, die Anzahl kritischer Zwischenfälle nachhaltig zu reduzieren und die Anwendung aktueller Behandlungsleitlinien zu fördern bzw. sicherzustellen. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass sich die Patientensicherheit mit entsprechenden Programmen stark verbessern lässt. Erste Pilotprogramme wurden 2012 in Zusammenarbeit mit der Stiftung für Patientensicherheit Schweiz unter der Bezeichnung «progress! Patientensicherheit schweiz» lanciert. Mit finanzieller Unterstützung des BAG werden derzeit drei Qualitätssicherungsprogramme aufgebaut, die auf die Chirurgie, Medikamentensicherheit und die Spitalhygiene ausgerichtet sind.

- Das Programm «progress! Sichere Chirurgie» beabsichtigt die Verankerung einer systematischen und verbindlichen Umsetzung aktueller Behandlungsstandards in den zehn freiwillig am Pilotprogramm beteiligten Spitälern. Operationsfehler wie Seiten- oder Eingriffsverwechslungen, Infektionen oder vergessene Fremdkörper kommen auch in der Schweiz vor. Mit der systematischen und korrekten Anwendung der chirurgischen Checkliste bei jedem invasiven Eingriff soll die Zahl der unerwünschten Ereignisse verhindert bzw. rechtzeitig aufgefangen und damit in letzter Konsequenz gesenkt werden.
- In Anlehnung an ein erfolgreiches regionales Programm der Fédération des Hôpitaux Vaudois entwickelt der Pilot «progress! Sichere Medikation an Schnittstellen» ein Interventionskonzept, mit dem Medikationsfehler an Schnittstellen bzw. Übergängen vermieden und die Patientensicherheit erhöht werden sollen. Falsche Medikationen stellen einen Grossteil der unerwünschten Ereignisse im Gesundheitswesen dar. Rund 40 Prozent aller Fehler sind Medikationsfehler. Neben der Belastung der betrof-

fenen Patientinnen und Patienten verursachen sie aber auch Mehrkosten in Millionenhöhe. Besonders die Medikation bei Spitaleintritt und -austritt ist ein unbestrittener Hotspot der Medikationssicherheit.

- Über das dritte Pilotprogramm soll ab 2015 eine wesentliche Reduktion von Spitalinfektionen erreicht werden. Diese sogenannten nosokomialen Infektionen sind ein grosses Sicherheitsproblem. Im Rahmen eines strukturierten Begleitprogramms sollen die Spitäler bei der Übernahme von bereits in andern Ländern erprobten und auf unsere Verhältnisse adaptierten Behandlungsrichtlinien unterstützt werden. Das revidierte Epidemienengesetz, das voraussichtlich Anfang 2016 in Kraft tritt, hat eine zusätzliche Gesetzesgrundlage für entsprechende Präventionsmassnahmen geschaffen.

3. **Überprüfung der Leistungen und Sicherstellung des zweckmässigen Einsatzes:** Weiterer Handlungsbedarf besteht in Bezug auf die Bewertung von Gesundheitstechnologien, dem sogenannten Health-Technology-Assessment (HTA). Zur Qualitätssicherung werden die bestehenden Leistungen regelmässig auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft. Dazu gehört insbesondere, dass deren angemessene Anwendung nach der besten vorhandenen Evidenz erfolgt. Ein nationales Zentrum, in dem sowohl die Qualitätssicherung als auch die Leistungsüberprüfung eingebettet sind, erlaubt die Nutzung von Synergien der beiden eng vernetzten Themen.

Fazit

Die Bereitstellung eines Qualitätsmonitorings, die Schaffung von strukturellen und finanziellen Grundlagen und die Umsetzung von nationalen Programmen sind von hoher gesundheitspolitischer Priorität. Sie erlauben angemessene Antworten auf die vorhandenen Defizite bei der Patientensicherheit, bei der Qualität der Behandlungsprozesse und bei der Leistungserbringung. Eine wesentliche Senkung von vermeidbaren und schädigenden Zwischenfällen in unseren Gesundheitseinrichtungen kann zu einer massgeblichen Reduktion von Patientenschäden und Todesfällen und auch zur Senkung der durch ungenügende Qualität entstehenden Kosten führen. Der Verzicht auf Massnahmen und Leistungen, die als nicht wirksam identifiziert wurden, macht Mittel frei, um der Bevölkerung weiterhin den Zugang zu Innovationen mit echtem gesundheitlichem Mehrwert zu ermöglichen.

Oliver Peters, lic. rer. pol., Vizedirektor und Leiter Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG
E-Mail: oliver.peters@bag.admin.ch

Verfeinerung des Risikoausgleichs

Der Risikoausgleich berücksichtigt die unterschiedliche Risikostruktur der Krankenversicherer und schafft auf deren Basis einen finanziellen Ausgleich. Er wurde im Jahr 1993 eingeführt und per 2012 erstmals verfeinert. Nach wie vor bestehen jedoch Anreize für die Krankenversicherer, Risikoselektion zu betreiben. Der Bundesrat hat daher die Verfeinerung des Risikoausgleichs als prioritäre Massnahme in die Strategie Gesundheit2020 aufgenommen.



Aline Froidevaux
Bundesamt für Gesundheit

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) basiert auf dem Solidaritätsprinzip und wird mittels Einheitsprämien finanziert. Das heisst, jede versicherte Person bezahlt unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder einem anderen Indikator für den Gesundheitszustand beim gleichen Krankenversicherer im gleichen Kanton resp. in der gleichen Prämienregion für

das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie. Die Einheitsprämie stellt die Solidarität zwischen den gesunden und den kranken Versicherten innerhalb des Versichertenkollektivs eines Versicherers sicher. Diese Prämie entspricht aber nicht dem effektiven Risiko, Leistungen zu beziehen, das die einzelnen Versicherten für den Versicherer darstellen. Daher sind die Versicherer in einem solchen System daran interessiert, möglichst gute Risiken, d.h. Personen mit tiefen Krankheitskosten, zu versichern und so mit einer attraktiven Prämie am Markt aufzutreten. Um den Anreiz zur Risikoselektion zu vermindern, wurde der Risikoausgleich eingeführt. Dieser berücksichtigt die unterschiedliche Risikostruktur der Krankenversicherer und schafft auf deren Basis einen finanziellen Ausgleich. Versicherer mit guter Risikostruktur, d.h. Versicherer, die mehr Junge, Männer und Personen ohne weitere Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko versichern, bezahlen zugunsten von Versicherern mit schlechterer Risikostruktur, d.h. Versicherer, die mehr Alte, Frauen und Versicherte mit weiteren Indikatoren für ein erhöhtes Krankheitsrisiko im Portefeuille haben, in den Risikoausgleich ein. Seit dem Jahr 2012 werden die unterschiedlichen Risikostrukturen aufgrund der Indikatoren Alter, Geschlecht und Aufenthalt im Spital oder Pflegeheim im Vorjahr ausgeglichen.

Handlungsbedarf beim Risikoausgleich

Je besser die in der Risikoausgleichsformel berücksichtigten Morbiditätsindikatoren ein erhöhtes Krankheitsrisiko der einzelnen Versicherten abbilden, desto effektiver kann die Risikoselektion mit dem Risikoausgleich verhindert werden. Ende 2013 wurde ein Bericht zu den Auswirkungen des per 2012 verfeinerten Risikoausgleichs verfasst.¹ Es handelt sich dabei um einen Zwischenbericht, welcher im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im Rahmen der Evaluation der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), Teil Spitalfinanzierung, verfasst wurde. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Evaluationsberichts lagen jedoch erst Erfahrungswerte eines Jahres vor, weshalb die längerfristigen Wirkungen der Gesetzesänderung noch nicht analysiert werden konnten und ein Schwerpunkt auf die Analyse der veränderten Anreize gelegt wurde. Es zeigte sich, dass die Einführung des zusätzlichen Indikators den Risikoausgleich verbessert und die Solidarität gestärkt hat. Die Anreize der Versicherer zur Risikoselektion haben sich verringert.

¹ Trottmann, Maria und Harry Telser, *Evaluation zu den Auswirkungen des verfeinerten Risikoausgleichs auf den Krankenversicherungswettbewerb, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Olten 2013*

Versicherer, die in ihrem Bestand viele Chronischkranke aufweisen, haben weiterhin einen Wettbewerbsnachteil, insbesondere wenn diese Versicherten nicht hospitalisiert wurden. Hier besteht auch nach der erwähnten Verfeinerung des Risikoausgleichs ein Anreiz zur Risikoselektion und damit das Potenzial für eine weitere Anpassung. Demzufolge sollen neu Krankenversicherer auch für Versicherte mit einem hohen Leistungsbedarf im ambulanten Bereich Ausgleichszahlungen erhalten.

Der Risikoausgleich sollte nicht dazu führen, dass die Versicherer aufgrund der Ausgleichszahlungen den Anreiz verlieren, vom Gesetzgeber gewollte Prämienrabatte, z.B. für Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer, zu gewähren. Es wird zurzeit geprüft, wo Risikogerechtigkeit und wo Solidarität erwünscht sind, wie dies im geltenden Risikoausgleich berücksichtigt wird und wo allenfalls Handlungsbedarf besteht.

Breite politische Abstützung

Im Handlungsfeld 2 der Strategie Gesundheit2020, das auf die Stärkung von Chancengleichheit und Selbstverantwortung ausgerichtet ist,² geht es um die Beantwortung der Frage, wie sich die Gesundheitschancen der verletzlichsten Bevölkerungsgruppen verbessern und ihre Risiken minimieren lassen. Gleichzeitig muss überlegt werden, wie das Wachstum der Gesundheitskosten zu dämpfen und deren Finanzierung sowie die Solidarität zwischen den Bevölkerungsgruppen zu sichern sind. Dazu sollen zum einen die Selbstverantwortung und die Gesundheitskompetenz der Versicherten beziehungsweise der Patienten und Patientinnen im Gesundheitssystem gestärkt werden. Zum anderen ist die unerwünschte Risikoselektion durch die Versicherer zu beseitigen. Eine der prioritär angegangenen Massnahmen im Rahmen von Gesundheit2020 ist daher die Reduktion der Anreize zur Risikoselektion.

Der Bundesrat verabschiedete am 20. September 2013 eine Botschaft zur Änderung des KVG³ zuhanden des Parlamentes, die unter anderem eine Verfeinerung des Risikoausgleichs beinhaltet. Auch zwei parlamentarische Initiativen⁴, die im Anschluss an die in der Volksabstimmung gescheiterte Managed Care-Vorlage⁵ eingereicht wurden, verlangten eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs.

Neuer Morbiditätsindikator im Risikoausgleich

Mit der am 21. März 2014 beschlossenen Gesetzesänderung (Referendumsfrist: 10. Juli 2014) erhält der Bundesrat die Kompetenz, auf Verordnungsstufe die weiteren Morbiditätsindikatoren, die neben Alter und Geschlecht im Risikoausgleich berücksichtigt werden, festzulegen.

Er beabsichtigt, die Risikoausgleichsformel mit dem Indikator «pharmazeutische Kostengruppen» zu ergänzen. Dazu sollen die im ambulanten Bereich abgegebenen Arzneimittel in Gruppen eingeteilt und die Versicherer für alle Versicherten, die im Vorjahr Arzneimittel aus diesen Gruppen in einer gewissen Menge bezogen haben, zusätzlich entschädigt werden. Damit werden auch für Versicherte, die lediglich im ambulanten Bereich hohe Kosten verursachen, höhere Ausgleichszahlungen an den Versicherer fliessen.

Bis zur Einführung dieses neuen Morbiditätsindikators sind aber noch Vorarbeiten zu leisten. Als Vorbereitung auf die Einführung des definitiven Indikators pharmazeutische Kostengruppen müssen die Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung (VORA) angepasst und ein Klassifikationssystem für die Einteilung der Arzneimittel sowie die Berechnungsmethode festgelegt werden. Den Versicherern muss zudem Zeit eingeräumt werden, die nötigen Daten auswertbar bereitzustellen, die eine Einteilung der Versicherten nach dem neuen, definitiven Morbiditätsindikator erlauben. Diese Daten stehen derzeit nicht in genügender Vollständigkeit und Qualität zur Verfügung. Überdies werden Probeläufe für die entsprechenden Berechnungen durchgeführt. Sie dienen einerseits der Methodenüberprüfung und der Verfassung des Leitfadens für die Datenlieferung, andererseits auch der adäquaten Budgetierung des Risikoausgleichs durch die Versicherer. In der Zwischenzeit wird der Risikoausgleich im Rahmen einer Übergangslösung mit dem provisorischen Morbiditätsindikator Medikamentenkosten ergänzt.

Aline Froidevaux, lic. rer. oec., Ökonomin in der Sektion Prämien und Solvenzaufsicht, Abteilung Versicherungsaufsicht, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG
E-Mail: aline.froidevaux@bag.admin.ch

- 2 Vgl. Duetz, Margreet, «Strategie Gesundheit2020 – was beabsichtigt der Bundesrat?», in der vorliegenden CHSS.
- 3 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung), 13.080
- 4 Parlamentarische Initiativen Sozialdemokratische Fraktion (11.473) und FDP-Liberale Fraktion (12.446)
- 5 Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care, 04.062
- 6 Verordnung über den Risikoausgleich in der Krankenversicherung; SR 832.112.1

Nichtübertragbare Krankheiten – ein Slow-Motion-Desaster?

Nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) sind weltweit Todesursache Nummer eins. In der Schweiz verursachen sie im Jahr 2010 rund 51 Prozent der frühzeitigen Todesfälle bei den Männern und 60 Prozent bei den Frauen. Bund und Kantone erarbeiten derzeit gemeinsam eine nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Erkrankungen. Diese sogenannte NCD-Strategie wird die nationalen Programme im Bereich Alkohol, Tabak sowie Ernährung und Bewegung ablösen, die Ende 2016 auslaufen.



Eva Bruhin
Bundesamt für Gesundheit

Wir leben heute doppelt so lange wie die Menschen vor hundert Jahren. Diese massiv höhere Lebenserwartung verdanken wir u.a. dem medizinischen Fortschritt, der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung, der Verbesserung von Hygiene und Bildung und dem Ausbau der Sozialversicherungen. Die Verbesserung unserer Lebensqualität brachte auch eine Veränderung unseres Lebensstils und unserer Arbeitsbedingungen mit sich. Allerdings hat diese glänzende Medaille auch eine Kehrseite: die Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten (*non communicable diseases*, kurz NCDs) wie Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronische Leiden der Atemwege oder muskuloskelettale Krankheiten. Letztere sind Erkrankungen des Bewegungssystems, wie z.B. chronische Rückenschmerzen, die speziell in der Schweiz immer häufiger auftreten. Der Grund dafür ist, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hierzulande durchschnittlich 60 Prozent ihrer wach verbrachten Zeit am Arbeitsplatz verbringen, die meisten davon in sitzen-

der Tätigkeit. Das Resultat: Über 50 Prozent der arbeitenden Bevölkerung bewegen sich zu wenig – die Leistungsfähigkeit sinkt und die Krankheitsanfälligkeit steigt. Doch auch körperlich arbeitende Menschen tragen oft Schäden von ihrer Arbeit davon. Arbeiten mit schweren Lasten geht oft einher mit Beschwerden am Bewegungsapparat.

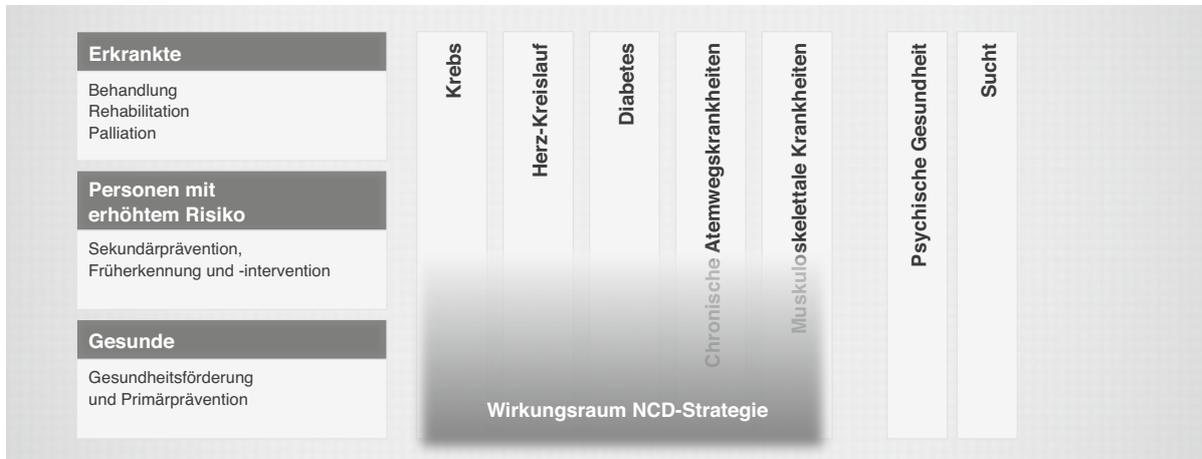
Nichtübertragbare Krankheiten zeichnen sich durch eine lange Krankheitsphase aus und sind inzwischen die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft. In der Schweiz waren gemäss Bundesamt für Statistik 74,6 Prozent der Todesfälle bei den Männern und 75,9 Prozent bei den Frauen auf vier nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane und Demenz. Sie verursachen zudem die meisten frühzeitigen Todesfälle, das heisst Todesfälle vor dem Erreichen des 70. Lebensjahres. Im Jahr 2010 machten sie rund 51 Prozent der frühzeitigen Todesfälle bei den Männern und 60 Prozent der frühzeitigen Todesfälle bei den Frauen aus.

Die NCDs verursachen letztlich nicht nur eine eingeschränkte Lebensqualität und viel Leid, sondern sie stellen auch das Gesundheitssystem vor grosse Herausforderungen – auf finanzieller, struktureller und personeller Ebene. Die WHO geht davon aus, dass die nichtübertragbaren Krankheiten in den nächsten Jahren weiter zunehmen werden und bezeichnet diese für unsere Gesellschaft als Slow-Motion-Desaster, eine schleichende Katastrophe. Allerdings stehen wir der Zunahme nichtübertragbarer Krankheiten nicht völlig machtlos gegenüber. Mehr als die Hälfte dieser Erkrankungen könnten mit einem gesunden Lebensstil vermieden werden. Sie werden durch folgende Risikofaktoren begünstigt: eine unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel, Alkoholmissbrauch und Rauchen. Wir können also etwas tun. Massnahmen, die den individuellen Lebensstil und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verbessern, können die Krankheitslast und die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten deutlich verringern.

In der Schweiz gibt es seit 2008 drei nationale Präventionsprogramme, die auf die Bekämpfung der Hauptrisikofaktoren nichtübertragbarer Krankheiten zielen: die Programme Tabak, Alkohol sowie Ernährung und Bewegung. Sie bilden das Dach über die verschiedenen nationalen, kantonalen und kommunalen Präventionsaktivitäten und werden zusammen mit den Kantonen, NGOs und – gemäss dem multisektoralen Ansatz – mit weiteren Akteuren etwa der Raumplanung, der Wirtschaft oder der Bildung umgesetzt. Diese Programme laufen

Wirkungsbereich der nationalen NCD-Strategie

G1



Quelle: www.bag.admin.ch/ncd

allerdings 2016 aus. Demzufolge hat der Nationale Dialog Gesundheitspolitik – eine ständige Plattform von Bund und Kantonen – im Jahr 2013 die Erarbeitung einer nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten initiiert, die ab 2017 umgesetzt werden soll. Die Strategie soll die Kompetenzen der Bevölkerung im Gesundheitsbereich verbessern helfen und Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesundes Verhalten fördern.

baren Erkrankungen konzipiert, zu denen die WHO Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen zählt. Für die nationale Strategie sollen aufgrund der spezifischen Problemlasten in der Schweiz zusätzlich die muskuloskelettalen Krankheiten miteinbezogen werden (siehe Grafik G1). Die NCD-Strategie umfasst die Gesundheitsförderung und Primärprävention und hat eine Schnittstelle zur medizinischen Versorgung. Sie stellt damit den Bezug her zu Früherkennung und Frühintervention bei Personen mit erhöhten Gesundheitsrisiken und zu präventiven Leistungen in der integrierten Gesundheitsversorgung zur Verbesserung der Lebensqualität bereits erkrankter Personen.

Neue Wirkungen entfalten

Die NCD-Strategie ist als Transversalstrategie zur Optimierung der Prävention der wichtigsten nichtübertrag-

Projektorganisation zur Erarbeitung der NCD-Strategie

G2



Quelle: www.admin.ch/ncd

Entwicklung NCD-Strategie: Meilensteine

G3



Die Strategie ist kein Ersatz für krankheitsspezifische Strategien und Programme, zum Beispiel gegen Krebs, sondern sie ergänzt diese und stärkt ihre Präventionswirkung. Die Bereiche Sucht und psychische Gesundheit werden unter Koordination der Schnittstellen zur NCD-Strategie gesondert weiterentwickelt.

Die NCD-Strategie legt grossen Wert auf den Einbezug und die Beteiligung der Fach- und Betroffenenorganisationen bei der Entwicklung der NCD-Strategie. Der Erarbeitungsprozess soll partizipativ, sowohl top-down wie auch bottom-up erfolgen. Dies widerspiegelt sich in einer breit abgestützten Projektorganisation (siehe Grafik G2). Im Leitungsgremium sind der Bund, die Kantone und die Gesundheitsförderung Schweiz vertreten. Im erweiterten Leitungsgremium wirken auch die NGOs, Public-Health-Experten sowie weitere Akteure mit. In zwei Teilprojekten erarbeiten Arbeitsgruppen mit Vertretungen aus den verschiedenen Akteursbereichen Stossrichtungen für die nationale Strategie. Das Teilprojekt 1 umfasst die Risikofaktoren, nationale und kantonale Präventionsaktivitäten und sucht mögliche Synergien zu

den bestehenden krankheitsspezifischen Strategien (wie z.B. der Krebsstrategie). Das Teilprojekt 2 konzentriert sich auf die Stärkung der Prävention in der Gesundheitsversorgung.

Die beiden Arbeitsgruppen haben im März 2014 mit der Erarbeitung der Stossrichtungen für die Strategie begonnen. Sie werden in den kommenden Monaten verschiedene Themen vertiefen. Zu den zentralen Fragen gehören:

1. Welches sind Anknüpfungspunkte sowie Schnittstellen zwischen der bisherigen Präventionsarbeit und den bestehenden krankheitsspezifischen Strategien. Wo bestehen allfällige Synergien?
2. Wie kann eine Integration von Prävention in die Versorgung im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung gelingen?
3. Welche Ansätze und Massnahmen fördern den gleichen Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung für alle?

Die Berichte der Arbeitsgruppen zur Problemanalyse und den möglichen Handlungsoptionen sollen bis Ende 2014 vorliegen (vgl. Grafik G3). Sie dienen als Grundlage für die Strategie- und Massnahmenplanung 2015 und letztlich dann auch für den Entscheid des Bundesrats, der im 2016 abgeholt werden soll.

Informationen

Weiterführende Informationen: www.bag.admin.ch/ncd
 NCD-Newsletter: E-Mail an ncd-mnt@bag.admin.ch

Eva Bruhin, lic. phil., MPH, Leiterin Geschäftsstelle Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, BAG
 E-Mail: eva.bruhin@bag.admin.ch

Der Blick der GDK auf Gesundheit2020

Die GDK sieht in der bundesrätlichen Strategie Gesundheit2020 einen guten Wegweiser für die gemeinsame Gesundheitspolitik der nächsten Jahre. Ihre Zielsetzungen stimmen in den allermeisten Bereichen mit denjenigen des Bundesrates überein. Dabei wollen die Kantone, einen stärkeren Fokus auf die chronischen Krankheiten legen. Ebenfalls zentral ist es, die Kostenentwicklung und -verschiebungen zwischen den einzelnen Kostenträgern sorgfältig zu beobachten und nötige Steuerungsmassnahmen zu ergreifen.



Michael Jordi

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Wer inmitten in eines Gewirrs von Strassen steht, kann sich rasch einmal verlaufen oder in einer Sackgasse enden. Da verfügt man doch besser über eine Karte und einen Kompass oder ein GPS. Das ist im dichten Geflecht der schweizerischen Gesundheitspolitik nicht anders. Es braucht klare Zielsetzungen und Wegbeschreibungen als Orientierungshilfe. Die Strategie Gesundheit2020 lässt sich durchaus zur Navigation einsetzen, obschon nur die Hauptstrassen eingezeichnet sind. Vorab ist diese Agenda gut lesbar, angenehm kurz und bei vielen Zielen auch bereits konkretisiert. Aus Sicht der GDK sind jedoch die Schwerpunkte noch gezielter zu setzen.

Reformieren

Das schweizerische Gesundheitswesen ist von einer beeindruckenden organisatorischen Konstanz. Der Wan-

del vollzieht sich gemächlich. Erst seit gut zehn Jahren ist das KVG eine Dauerbaustelle und eigentliches gesundheitspolitisches Tummelfeld.

Dieser stabile Rechtsrahmen zeigt uns, dass es Gesundheitsreformen in der Schweiz nicht zuletzt aufgrund der direktdemokratischen Instrumente der Volksinitiative, aber insbesondere des Referendums, schwer haben. Und zwar in beide ordnungspolitischen Richtungen. So ist die Initiative für eine Einheitskasse mit einkommensabhängiger Finanzierung ebenso klar gescheitert wie der Verfassungsartikel, der auf eine deutlich marktwirtschaftlichere Organisationsform hinsteuerte. Offenbar ist der Königsweg über ein verbessertes Feintuning zu suchen. Auf Gesetzesebene sind dabei durchaus Verbesserungen wie das wohl mehrheitsfähige elektronische Patientendossier möglich. Zudem lässt sich schon heute vieles ohne Gesetzesänderungen tun. Und drittens sind schon einige konkrete Massnahmen am Laufen oder aufgegleist. Die Gesundheitsstrategie muss auf allen drei Ebenen ansetzen und die einzelnen Massnahmen bündeln.

Priorisieren

Die GDK anerkennt den gesundheitspolitischen Reformbedarf und teilt die Analyse der Ausgangslage, wie sie der Bundesrat mit der Formulierung der Hauptherausforderungen festhält. Demzufolge schliesst sie sich auch den zwölf Zielsetzungen an. Die daraus abgeleiteten Massnahmen bedürfen allerdings einer deutlicheren Priorisierung. Dabei sollte ein Fokus auf den geeigneten Umgang mit chronischen Krankheiten gelegt werden. Diese betreffen einen immer grösseren Teil der Bevölkerung und beeinträchtigen dessen Lebensqualität stark. Zudem sind sie kostenintensiv. Es ist also richtig, die Versorgungsstrukturen gerade auch in diesem Bereich entsprechend anzupassen und die verschiedenen Beteiligten in der medizinischen Massnahmenkette besser zusammenzuführen. Gleiches gilt für die medizinische Grundversorgung. Die Versuchung ist gross, nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes Gesundheitsförderung und Prävention hinten an zu stellen. Im Wissen um die grosse Bedeutung des Lebens- und Arbeitsumfelds, des Ernährungs- und Freizeitverhaltens, der Bildung oder der Umwelt für die Gesundheitsförderung, aber auch für die Gesundheitsausgaben, ist die medizinische Grundversorgung strategisch zu stärken. Mit der Nationalen Strategie nichtübertragbare Krankheiten begeben sich Bund und Kantone auf den richtigen Weg.

Vernetzen

Eine der Hauptaufgaben der diskutierten Strategie ist die Vernetzung der Akteure und die Sicherung von Kontinuität bei den Massnahmen: Dabei sind etwa die laufenden Reformen inhaltlich und strukturell mit zukünftigen zu verbinden. Die einzelnen Schritte einer medizinischen Behandlung sollen institutionell möglichst zusammengeführt werden. Die vorhandenen Strukturen sind so umzugestalten, dass die einzelnen Leistungserbringer ihre Arbeit zweckmässig aufteilen und miteinander kommunizieren können. Erst damit lässt sich der kostensteigernden Segmentierung der medizinischen Betreuung entgegenreten, die sich durch die Personalisierung der Medizin, die Fortschritte in der Diagnostik und der Behandlung sowie die damit einhergehenden Spezialisierung ergeben hat. Diese neu entstandenen Schnittstellen gilt es mit verbesserten Abläufen, interprofessionellen Prozessen, integrierten Versorgungsmodellen und einer vernetzten Informationstechnologie zu überbrücken. Im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und einer gezielten Angebotssteuerung können die Kantone künftig vermehrt zur verstärkten Vernetzung der Behandlungsabläufe beitragen.

Durchleuchten

Welcher ordnungspolitischer Ansatz auch immer vertreten wird, Grundlage für eine erfolgreiche Umsetzung der anstehenden Arbeiten ist die einheitliche Dokumentation von Leistungen, Kosten und Prozessen. Erst eine solche ermöglicht die Erarbeitung gemeinsam getragener Guidelines, eine gezielte Bildung von Kompetenzzentren, eine ausgewogene Preisbildung, eine wirkungsvolle Versorgungssteuerung oder eine zielführende Forschung und nicht zuletzt eine verständliche Kommunikation darüber. Dabei ist darauf zu achten, dass insbesondere bei datenbasierten Massnahmen ein nutzenorientierter Ansatz verfolgt wird. Das heisst: Bestehende Daten vernetzen und keine Daten auf Halde produzieren.

Ausbilden

Wir müssen mehr Gesundheitspersonal ausbilden. Verschiedene Massnahmen wurden hier bereits in Angriff genommen. Stichworte dazu sind: Masterplan Hausarztmedizin, Masterplan Pflegeberufe, Swiss School of Public Health, verbesserte Finanzierungslösungen für die praktische Ausbildung, Erhöhung der Studienplätze für Medizinalpersonen etc. Doch nicht nur Fördermassnahmen auch Steuerungsmassnahmen sollten weiterentwickelt werden. Im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheits-

politik und an zwei Runden Tischen brachte sich die GDK mit einer Anschlusslösung an die befristete Zulassungsbeschränkung für Ärzte ein. Dieses soll es erlauben, bei Über- oder Unterversorgung und unter Federführung der Kantone korrigierend einzugreifen. Neben quantitativen Fragen ist auch das Anliegen aufzugreifen, die beruflichen Kompetenzen besser und breiter auf zukünftige Anforderungen auszurichten. Die Fähigkeit der Gesundheitsfachleute zur Zusammenarbeit in der täglichen Praxis und zur bedürfnis- und situationsgerechten Kommunikation muss bereits in der Ausbildung gefördert werden.

Steuern

Der Bund ist in vielen Bereichen von Gesundheit2020 im Rahmen seiner Kompetenzen in der Pflicht. Er sucht aber zu Recht auch den Schulterchluss mit den Kantonen. Die Abstimmung der öffentlichen Regulatoren muss in Zukunft noch stärker zum Tragen kommen, wenn all die angedachten gesundheitspolitischen Zielsetzungen erreicht werden sollen. Aufgrund der verfassungsmässigen Aufgaben und Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung, die Finanzierung über Steuern und Sozialversicherungen sowie aufgrund der steigenden Komplexität der Gesundheitsversorgung gibt es einen ausgewiesenen Bedarf an zielgerichteter Steuerung durch den Bund. Die öffentliche Hand braucht aber die Unterstützung und Initiative aller involvierten Akteure. Ohne den Rückhalt durch die Leistungserbringer und Versicherer bleibt die Umsetzung noch so hehrer Ziele auf halbem Wege stecken. Aber auch die Bevölkerung ist in die Pflicht genommen, sei es als Versicherte oder Steuerzahlende, als Patienten oder als Angehörige. Denn nur wenn das Gesamtsystem solidarisch getragen wird, kann es auch weiterentwickelt und verbessert werden.

Bei den nächsten Schritten sollen die Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Kompetenzen klar benannt und geregelt werden. Sonst laufen wir Gefahr, zu viel anzuschieben und die Prozesse nicht richtig zu führen. Am Schluss der Reise, also im Jahr 2020, werden wir dann vielleicht feststellen, dass wir noch nicht ganz am Ziel angelangt, an einigen Orten durch Baustellen und Umwege gebremst oder in einen Stau geraten sind. Das passiert mit den besten Navigationsgeräten – und erst recht mit Politikstrategien.

Michael Jordi, lic.rer.pol., MPA, Zentralsekretär GDK
E-Mail: michael.jordi@gdk-cds.ch

Die Umsetzung der Strategie Gesundheit2020

Die Umsetzung der Strategie Gesundheit2020 stellt eine grosse Herausforderung dar. Es gilt 36 Massnahmen, die sich in rund 80 Projekten konkretisieren, parallel voranzutreiben und alle Stakeholder angemessen einzubeziehen. Der Erfolg von Gesundheit2020 wird entscheidend davon abhängen, wie gut das Projekt- und Umsetzungsmanagement gelingt. An der ersten Nationalen Konferenz Gesundheit2020 konnten wichtige Priorisierungen der Ziele vorgenommen werden.



Annegret Borcharde
Bundesamt für Gesundheit



Stefan Spycher

Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 wurde in einem Top-down-Verfahren entwickelt und im Januar 2013 veröffentlicht. Umgesetzt werden soll sie nun aber in einer Mischung von bottom-up und top-down. Wie begründet sich dies? Der Bundesrat liess sich von folgenden Überlegungen leiten: Erstens kann der Bund nicht alle Massnahmen in eigener Kompetenz umsetzen. Vielmehr sind die Zuständigkeiten und damit auch die Kompetenzen auf verschiedene Akteure verteilt. Der Bund ist bei vielen Aufgaben mitbetroffen, aber fast ebenso stark sind es die Kantone. Dann spielen auch die Leistungserbringer, Verbände, Nonprofitorganisationen, Krankenversicherer, Ausbildungsinstitutionen und Profitorganisationen eine wichtige Rolle. In einer solch komplexen Governance-Struktur ist es ausgeschlossen, dass eine Agenda top-down durchgesetzt wird. Vielmehr sind alle relevanten Akteure zu beteiligen. Zweitens ist auch das Wissen über die Stärken und Schwächen sowie über mögliche Problemlösungen über das ganze Gesundheits-

system verteilt. Es macht Sinn, dass Wissen zusammenzuführen und für die Weiterentwicklung nutzbar zu machen. Drittens schliesslich führt ein stark ausgeprägter Föderalismus in Verbindung mit den direktdemokratischen Instrumenten dazu, dass der Umsetzungsprozess partizipativ ausgestaltet werden muss. Alles andere würde rasch zu unüberwindbaren Hürden führen.

Vier Umsetzungsinstrumente

Der Bundesrat wünscht sich, dass die Strategie Gesundheit2020 breit getragen wird und sich alle Beteiligten mit starker Eigeninitiative in die Umsetzung einbringen. Um mit einem Bild zu sprechen: Es soll nicht so sein, dass der Bundesrat ständig am Wagen zieht, vielmehr sollen die Partner auch stossen. Um dieses Ziel zu erreichen, setzt der Bundesrat vier Instrumente ein: den Dialog Nationale Gesundheitspolitik, die Expertengruppe Gesundheit2020 sowie die Nationale Konferenz Gesundheit2020. Weiter werden Begleit- und Steuergruppen gebildet, in welche die jeweiligen Stakeholder eingebunden werden. Als Querschnittsinstrument eingesetzt, kommen sie bei allen Umsetzungsarbeiten gleichermassen zum Tragen.

Dialog Nationale Gesundheitspolitik

Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (www.nationalegesundheitspolitik.ch) ist als gemeinsame Diskussionsplattform der Gesundheitsdirektorenkonferenz sowie des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) konzipiert und existiert seit nunmehr 15 Jahren. Die involvierten Gremien treffen sich viermal jährlich zum Austausch über aktuelle Geschäfte und zur Abstimmung der Vorgehensweisen. Weiter lanciert und betreibt der Dialog verschiedene Projekte, die bei der Umsetzung von Gesundheit2020 eine zentrale Rolle spielen (z.B. eHealth, Plattform Zukunft ärztliche Bildung, NCD-Strategie, Qualitätsstrategie, Nationale Strategie Demenz, Nationale Strategie Palliative Care). Insgesamt soll der bestehende Dialog mit den Kantonen weiter gestärkt werden und das Rückgrat der Umsetzung bilden.

Expertengruppe Gesundheit2020

Die von Bundesrat Alain Berset eingesetzte Expertengruppe Gesundheit2020 (vgl. Kasten) dient der Stärkung der Innovation bei der Strategieumsetzung. Aufgabe der unabhängigen Expertinnen und Experten ist es, zu drängenden gesundheitspolitischen Problemen und Heraus-

forderungen Lösungsoptionen auszuarbeiten. Auch die wissenschaftlich neutrale und unabhängige Beurteilung gesundheitspolitischer Lösungsvorschläge aus dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) oder von Stakeholdern gehört zu ihrer Tätigkeit. Dazu verfasst die Expertengruppe die nötigen Gutachten und unterzieht vorhandene Vorschläge einer Bewertung. Einmal pro Jahr findet in diesem Rahmen ein Expertentreffen statt. Erste Gutachten wurden während der Strategieausarbeitung verfasst. Eine zweite Serie war dem Thema integrierte Versorgung gewidmet. In diesem Jahr nun folgen weitere Gutachten zu einer breiten Palette von Themen (z.B. Gesundheitskompetenz, gesundheitliche Ungleichheit, Fehlversorgung usw.)

Zusammensetzung der Expertengruppe Gesundheit2020 (in alphabetischer Reihenfolge):

- Prof. Dr. Luca Crivelli
- Prof. Dr. Samia Hurst
- Prof. Dr. Ilona Kickbusch
- Dr. Markus Moser
- Dr. Willy Oggier
- Prof. Dr. Peter Suter
- Prof. Dr. Thomas Zeltner

Nationale Konferenzen Gesundheit2020

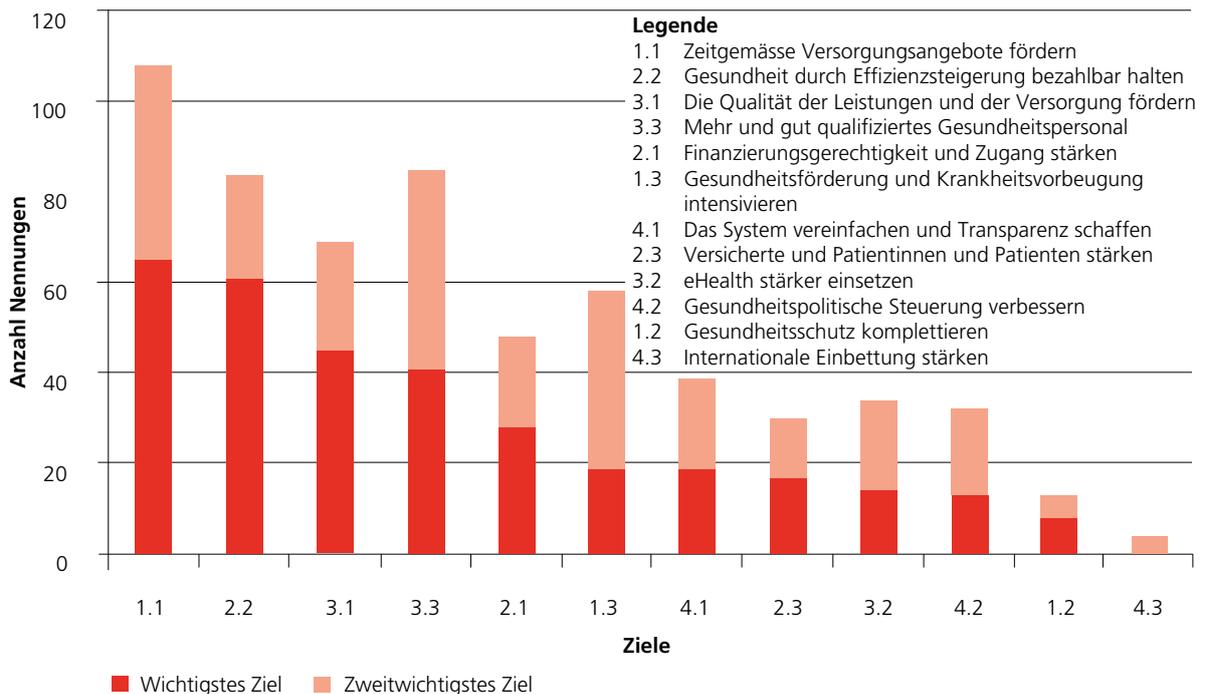
Um die Strategieumsetzung nachhaltig zu begleiten, organisieren das EDI und das BAG regelmässig eine breit angelegte nationale Konferenz; die erste fand 2013 statt, die zweite ist im Januar 2015 geplant. Zum ersten Treffen waren rund 450 Personen eingeladen, sie alle Präsidentinnen und Präsidenten oder Geschäftsführende wichtiger Stakeholder im Gesundheitswesen sowie politische Mandatsträgerinnen und -träger. Mit den Nationalen Konferenzen wird ein einmalig grossflächiges Netz geknüpft, in dessen Rahmen sich auch konkrete Fragestellungen und Themen bearbeitet lassen.

An der ersten Konferenz¹ wurden an 40 Tischen je zwei Round-Table-Gespräche durchgeführt. Zuerst wurden die Teilnehmenden gebeten, aus den zwölf Zielsetzungen von Gesundheit2020 die zwei wichtigsten zu nennen (vgl. Grafik G1). Die Förderung zeitgemässer Versorgungsangebote, die Kontrolle der Kostenentwicklung, die Qualitätssicherung und die Verbesserung der Personalsituation im Gesundheitswesen wurden dabei am häufigsten aufgezählt. Anschliessend wurden die Teilnehmenden nach ihrem konkreten Beitrag an die Zielerreichung gefragt und dazu aufgefordert, die jeweiligen Hauptverantwortungsträger zu identifizieren. Tabelle T1 fasst die Diskussion zu den vier wichtigsten Zielen zusammen.

1 www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheit2020 → Nationale Konferenz → Zusammenfassung und Auswertung der Round-Table-Gespräche

Gewichtung der Ziele durch die Konferenzteilnehmer

G1



Quelle: BAG

Die vier prioritären Ziele von Gesundheit2020

T1

Ziel 1.1 Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern

Für viele Konferenzteilnehmende ist die Förderung eines zeitgemässen Versorgungsangebots ein übergeordnetes Thema, das zur Umsetzung wesentlicher weiterer Ziele von Bedeutung ist. Die grosse gesundheitspolitische Herausforderung wird vor allem in der Zunahme der chronischen Krankheiten gesehen, die völlig neue Bedingungen an die Betreuung und die Versorgung stellt. Eine klare Prozessdefinition im Bereich der integrierten Versorgung ist dabei besonders wichtig. Dazu braucht es eine verbesserte und besser vernetzte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, Akteure und Organisationen. Als Datengrundlage werden dringend Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und der klinischen Forschung benötigt. Aus Sicht der Patienten- und Präventionsvertreter ist das Versorgungsangebot insbesondere in der Pflege und Patientenunterstützung zu verbessern. Hier spielt – nebst den regulären Versorgungsstrukturen – die informelle Pflege durch Angehörige sowie NGOs eine wichtige Rolle. Für die Leistungserbringer steht die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten an erster Stelle. Kombinierte Versorgungsangebote verschiedener Leistungserbringer müssen gefördert werden. Dabei darf die Pflege und deren Finanzierung nicht vergessen werden. Zwar ist die Pflegequalität hoch, gleichzeitig herrscht aber bereits jetzt Personalmangel. Patientinnen und Patienten müssen darauf vorbereitet werden, dass sie von unterschiedlichen Leistungserbringern versorgt werden. Wichtig für die Zielerreichung sind die Politik und Verwaltung, die Leistungserbringer sowie die Patienten- und Präventionsvertreter.

Ziel 2.2 Gesundheit durch Effizienzsteigerung bezahlbar halten

Politik und Verwaltung bekräftigen das Prinzip der Chancengleichheit im Gesundheitswesen. Die Gesundheitskosten sollen für alle bezahlbar bleiben. Die Stabilisierung der Kosten durch Effizienzgewinne verhindert mittelfristig die unerwünschte Verlagerung von OKP-pflichtigen Grundleistungen in den Bereich der Zusatzversicherungen. Unnötige Mehrfachbehandlungen müssen vermieden werden. Damit die Gesundheit bezahlbar bleibt, sollen die Prozesse im Gesundheitswesen standardisiert werden. Auch wäre zu überlegen, bisher ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen zu übertragen. Die Leistungserbringer beurteilen die Gewährleistung einer minimalen Leistungs- und Versorgungsqualität als besonders wichtig. Patientinnen und Patienten müssen bereit sein, für eine bestimmte Qualität den entsprechenden Preis zu bezahlen. Eine Effizienzsteigerung im System lässt sich insbesondere dadurch erreichen, dass derjenige Leistungserbringer eine bestimmte Aufgabe übernimmt, der dazu am besten qualifiziert ist. Aus Sicht der Konferenzteilnehmer sind insbesondere Politik und Verwaltung, Bildung und Internationales (Teilnehmende von Hochschulen, Expertinnen und Experten sowie Akteure aus dem internationalen Umfeld) die Hauptakteure in Effizienzfragen.

Ziel 3.1 Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern

Zur Bereitstellung einer qualitativ guten, wissensbasierten Versorgung ist es nötig, die Versorgungsforschung – insbesondere auch die klinische Forschung – zu intensivieren. Die Transparenz des Behandlungsprozesses ist dafür eine Voraussetzung. Auch umgekehrt kann durch die gezielte Fokussierung auf Qualität die Transparenz erhöht werden. Dies wirkt sich sowohl auf die Kosten als auch auf die Behandlungsergebnisse positiv aus. Besonders im Langzeitpflegebereich muss die Behandlungsqualität ausgebaut werden. Die Evidenzbasierung soll auch im Bereich der Prävention vorangetrieben werden. Wirtschaftsvertreter betonen, dass die Schweiz ein sehr gutes Gesundheitssystem hat, das auf den drei Säulen Qualität, Kostenkontrolle und Wettbewerb basiert. Für sie steht die Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit von Versorgungsangeboten im Vordergrund. Die Leistungs- und Versorgungsqualität muss nicht nur im Spitalbereich, sondern auch in der nachgelagerten medizinischen Betreuung gesichert werden. Dabei soll der Bund alle Leistungserbringer darin unterstützen, ihre Outcome-Messungen weiterzuentwickeln. Ein solchermassen verbessertes und transparenteres Qualitätsmanagement wird die Patienten und Patientinnen befähigen, insbesondere den in Bezug auf die Spitäler erwünschten Wettbewerb voranzutreiben. Dadurch sollte sich auch die erhoffte Effizienzsteigerung einstellen, die letztlich zu einer günstigeren Kostenentwicklung beiträgt. Die Patienten- und Präventionsvertreter betonen die zentrale Rolle der Qualitätssicherung nicht nur bei der Therapie, sondern auch bei der Diagnose. Für sie steht die Bewahrung der Chancengleichheit bzw. die Verhinderung einer Zweiklassenversorgung im Vordergrund. Sie verorten die Qualitätssicherung v.a. in der integrierten Versorgung. Als zentrale Akteure werden die Leistungserbringer, gefolgt von den Patienten- und Präventionsvertretern genannt.

Die vier prioritären Ziele von Gesundheit2020

Ziel 3.3 Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal

Die Ausbildung des Gesundheitspersonals und die Massnahmen gegen den Ärztemangel sind allen Teilnehmenden wichtig. Der bisher praktizierte Zuzug ausländischer Arbeitskräfte gerät als Option zur Kompensation des Mangels an qualifiziertem Gesundheitspersonal zunehmend unter Druck. Die grösste Herausforderung besteht darin, auch in Zukunft genügend geeignetes Gesundheitspersonal in der Schweiz auszubilden, um die Gesundheitsversorgung mit gleichbleibender Qualität gewährleisten zu können. Die Ausbildungsstätten müssen in der Lage sein, diejenigen Kompetenzen zu vermitteln, die zur Berufsausübung in interprofessionellen Versorgungsstrukturen befähigen (Skill-Mix). Die aktuellen und zukünftigen Rollen der medizinischen Berufsgruppen müssen geklärt und die Interaktion und Kooperation gefördert werden. Der Trend zur Teilzeitarbeit, auch unter den Ärztinnen und Ärzten, wird den Bedarf an in der Schweiz ausgebildeten Medizinerinnen noch zusätzlich vergrössern. Die Leistungserbringer betonen das Problem des Ärztemangels sowohl in der Peripherie als auch in Städten. Das Berufsbild des Grundversorgers muss verändert werden: weg von einer reinen Patientenbehandlung hin zum Krankheitsmanagement. Dabei ist mehr Gewicht auf Qualitätsaspekte, wie beispielsweise die Anpassung und Transparenz der Lernzielkataloge der Universitäten oder der Förderung der Interprofessionalität und Bildung gemeinsamer Ausbildungsmodule verschiedener Gesundheitsfachpersonen, zu legen. Es braucht aber auch dringend einen Bottom-up-Prozess, um die Ziele zu realisieren. Vor allem die Patientinnen und Patienten sind zurzeit in der Diskussion noch zu wenig präsent. Diese müssen darauf vorbereitet werden, dass nebst Ärztinnen und Ärzten andere Berufsgruppen im Behandlungsprozess beigezogen werden. Die ethischen Grundsätze und die Patientenrechte müssen fest in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen verankert werden. Als wichtigste Aufgabenträger werden die Politik und Verwaltung und die Leistungserbringer genannt.

Fazit

Der Bundesrat hat mit der Strategie Gesundheit2020 die Richtung vorgegeben, vieles bleibt nun aber zu konkretisieren und umzusetzen. Die Strategie ist ein Papier, die Realität soll ihm nun folgen. Der Bundesrat hat vier Umsetzungsinstrumente lanciert, die ihre Wirkung entfalten sollen. Darüber hinaus gibt es aber auch die Zuversicht, dass die Stakeholder von sich aus eigene Initiativen starten, um Gesundheit2020 als breitere Bewegung zu verankern.

Annegret Borchard, MPH, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Sektion Nationale Gesundheitspolitik, BAG
E-Mail: annegret.borchard@bag.admin.ch

Dr. Stefan Spycher, Ökonom, Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Vizedirektor BAG
E-Mail: stefan.spycher@bag.admin.ch

Gesundheit2020: Gut unterwegs

Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 ist erst knapp achtzehn Monate alt. Es lässt sich dennoch bereits feststellen, dass sie die gesundheitspolitische Debatte zielführend strukturiert, für alle Beteiligten Orientierung schafft, Wichtiges von weniger Wichtigem trennt und die Stakeholder einbindet. Ein Anfang ist gemacht, es verbleibt aber noch viel Arbeit.



Stefan Spycher
Bundesamt für Gesundheit

Die bundesrätliche Strategie Gesundheit2020 wurde gut aufgenommen. Die allermeisten Stakeholder zeigten sich zufrieden, dass der Bundesrat die Gesundheitspolitik der nächsten Jahre als umfassendes Projekt gestalten will. Die Handlungsfelder wurden als ausgewogen und sinnhaft eingeschätzt. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz erklärte sich bereit, Gesundheit2020 zusammen mit dem Bund als Hauptpartner umzusetzen. Gleichzeitig wurde von verschiedener Seite darauf hingewiesen, dass auf Stufe Einzelmassnahme ausführlichere Diskussionen notwendig sein werden und dass teilweise abweichende Vorstellungen vorhanden sind.¹ An der ersten Nationalen Konferenz Gesundheit2020 wurde die eingeschlagene Strategie nur von Santésuisse zurückgewiesen.² Nachfolgend werden vier ausgewählte Kritikpunkte an den Grundpfeilern der Strategie diskutiert.

Kritik 1: Der Prozess war bisher zu wenig partizipativ

Die Ausarbeitung von Gesundheit2020 erfolgte als verwaltungsinterner Prozess unter Einbezug von Expertinnen und Experten. Darin brachte der Bundesrat seinen Gestaltungswillen zum Ausdruck, der gesundheitspolitischen Debatte der kommenden Jahre eine klare Richtung zu geben. Er handelte aus der Überzeugung heraus, dass grosse Reformprogramme nur dann erfolgreich sein können, wenn ein Akteur den Lead übernimmt. Im Rahmen ihrer strategischen Mitverantwortung wurden anlässlich der Lancierung von Gesundheit2020 auch die Kantone via Gesundheitsdirektorenkonferenz begrüsst und als zentrale Partner für die Umsetzung gewonnen (Stichwort Dialog Nationale Gesundheitspolitik). Die Umsetzung der Strategie wird stark partizipativ erfolgen, indem den Stakeholdern über den Einbezug in Konferenzen, Expertengremien, Begleit- und Steuergruppen genügend Gestaltungsspielraum eingeräumt wird.

Als eine von verschiedenen Alternativen wäre es möglich gewesen, die wichtigsten Eckpunkte der Strategie im Rahmen eines breit abgestützten Stakeholderprozesses zu erarbeiten. Österreich hat anlässlich der Definition von zehn Gesundheitszielen nach diesem Modell gearbeitet.³ Der Bundesrat hat von einem solchen Prozess abgesehen, weil er zum einen befürchtete, dass das Ergebnis aufgrund der fragmentierten gesundheitspolitischen Interessenlage nur den kleinstmöglichen gemeinsamen Nenner wiedergegeben hätte. Zum anderen mochte er sich weder in theoretischen Diskussionen verlieren noch hochrangige, aber sehr abstrakte und luftige Ziele vereinbaren. Schliesslich wollte er bei der Beurteilung der Ausgangslage der gesamten gesundheitspolitischen Sachlage gerecht werden und die Diskussion nicht auf den Bereich der Krankenversicherung einengen.

Kritik 2: Gesundheitssysteme sind nicht steuerbar

Das Gesundheitssystem wird in einer kybernetischen Sichtweise oft nicht nur als kompliziert, sondern auch als komplex bezeichnet. Es wird dann daraus abgeleitet,

1 FMH: *Lit.* Wille et al.; Santésuisse: *Lit.* Santésuisse

2 www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheit2020 → Medien → Stellungnahmen wichtiger Akteure (Film, 9.9.2013)

3 www.gesundheitsziele-oesterreich.at

dass ein solches System kaum zu steuern ist oder dass das Steuerungssystem genauso komplex sein müsste wie das Gesundheitssystem selbst. In beiden Sichtweisen wird äusserste Zurückhaltung empfohlen, sich dieser Aufgabe überhaupt anzunehmen.

Der Bundesrat beurteilt dies anders. Es käme einer Kapitulation vor den Eigenschaften einer modernen, von Effizienz- und Wirkungsparadigmen geleiteten Politik und Gesellschaft gleich, wenn man das Gesundheitssystem sich ungesteuert entwickeln liesse. Richtig ist aber, dass sorgfältig überlegt werden muss, wie Steuerung erfolgreich sein kann. Erstens muss man wissen, wohin man will, es muss ein Soll-Zustand bestimmt werden. Dieser wurde mit Gesundheit2020 festgelegt. Zweitens braucht es ein hohes Mass an Transparenz über alle Prozesse und ihre Ergebnisse. Sie basiert auf ausreichend vorhandenen Datengrundlagen und Analysen. Drittens braucht es klare Zuständigkeiten, orientiert am Kongruenzprinzip, sowie ein breites Spektrum an geeigneten Steuerungsinstrumenten, deren Ausgestaltung sich an der strategischen Relevanz der jeweiligen Zielsetzung sowie an der angestrebten Wirkung orientieren. Demzufolge geht es bei der Steuerung eines solch komplexen Systems wie dem Gesundheitswesen eben gerade nicht um Zentralisierung oder Verstaatlichung, vielmehr geht es darum, die konkretisierten Ziele durch den jeweils kompetentesten Akteur in einer Vielzahl an möglichst effizient und wirkungsorientiert gestalteten Prozessen umzusetzen, die sich an dem im Rahmen der Strategie festgelegten Soll-Zustand orientieren. Viertens schliesslich braucht es Bescheidenheit, denn nicht alles ist planbar und schon gar nicht von einer zentralen Stelle aus. Vielmehr braucht es einen regelmässigen Diskurs unter allen Stakeholdern, damit die jeweils nächsten Schritte vernünftig festgelegt werden können.

Kritik 3: Die staatliche Steuerung soll nicht noch mehr zentralisiert werden

In den vergangenen zehn Jahren war die Gesundheitspolitik stark geprägt von einer ideologischen Diskussion: Die einen sahen die Lösung der anstehenden Probleme in der Verstärkung marktwirtschaftlicher Instrumente und Anreize, die anderen hingegen in einer weitreichenden staatlichen Planung oder zumindest Zuständigkeit. Analysen der OECD aus dem Jahr 2010 zeigen eindrücklich, dass die Performance eines Gesundheitssystems weniger von der grundsätzlichen Wahl

eines Systemtyps abhängt – die OECD unterscheidet deren sechs und ordnet die Schweiz mit Deutschland, den Niederlanden und der Slowakei derselben Gruppe zu. Entscheidend ist vielmehr die Fähigkeit eines Systems, sich weiterzuentwickeln und an die lokalen Gegebenheiten anzupassen.⁴ Mit anderen Worten: Jeder Systemtyp kann erfolgreich sein, wenn er breit getragen ist und klug weiterentwickelt wird. Entsprechend sieht der Bundesrat keinerlei Notwendigkeit für eine grundlegende Systemdebatte, für ihn steht die pragmatische Weiterentwicklung im Zentrum. Dies kann im Einzelfall «mehr Markt», im anderen «mehr Staat» bedeuten.

Zu den vermeidbaren Systemdebatten gehört auch die Diskussion um die Rolle des Föderalismus' im Gesundheitswesen. In Übereinstimmung mit dem Rest des politischen Systems ist auch das Gesundheitssystem föderalistisch strukturiert. Davon ausgehend stellt der Bundesrat fest, dass sowohl eine zentrale wie auch eine dezentrale Steuerung ihre Vor- und Nachteile haben und somit keine Form der anderen a priori überlegen ist. Somit gilt hier dasselbe wie bei der Markt-Staat-Debatte: Je nach Problemlage kann es angezeigt sein, eine Lösung zentraler (z. B. Datengrundlagen) oder dezentraler (z. B. Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich) zu konzipieren. Die Kompetenzaufteilung zwischen Kantonen und Bund soll somit punktuell und pragmatisch weiterentwickelt werden.

Kritik 4: Zu viel bzw. zu wenig Fokus auf die Kostenfrage

Der Bundesrat führt in der Strategie Gesundheit2020 aus, dass gemäss Expertenschätzungen rund 20 Prozent der Kosten ohne Qualitätseinbussen eingespart werden könnten.⁵ Diese Schätzung wurde verschiedentlich als zu hoch bezeichnet. Einsparungspotenzial ist jedoch durchaus vorhanden, vor allem durch Produktivitätssteigerungen. Sie lassen sich durch den vermehrten Einsatz von E-Health-Instrumenten, durch neue, integrierte und interprofessionelle Versorgungsformen, durch mehr ambulante statt stationäre Versorgung, durch eine höhere Qualität (weniger Fehl- und Überversorgungen) und durch die Korrektur von Fehlanreizen (mehr Pauschal- statt Einzelleistungsvergütungen) realisieren. In all diesen Bereichen hat der Bundesrat in Gesundheit2020 Massnahmen vorgesehen. Eine wirksamere Politik im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung kann darüber hinaus die Last auf das Gesundheitssystem generell reduzieren.⁶

Kritisiert wurde auch, dass die Kostenfrage nicht prominenter in der Strategie Gesundheit2020 verankert worden ist. Sie findet sich im Handlungsfeld Chancengleichheit. Mit dem Ziel 2.2. «Gesundheit durch Effizi-

4 Lit. Jourard et al.

5 Lit. Trageser et al.

6 Lit. Spycher

enzsteigerungen bezahlbar halten» gibt der Bundesrat klar seiner Haltung Ausdruck, dass es nie das Ziel einer Politik ist, keine Kosten entstehen zu lassen. Vielmehr werden inhaltliche Ziele angestrebt – beispielsweise mehr Gesundheit. Die Kosten sind dabei eine Nebenbedingung, wobei auf ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis zu achten ist.

Teilweise wurde auch auf den vermeintlichen Widerspruch hingewiesen, die Ausbildung von mehr Personal zu veranlassen und gleichzeitig Kosten sparen zu wollen. Die demografische Alterung wird einen erhöhten Bedarf nach medizinischen Leistungen auslösen. Dazu braucht es mehr Personal. Der Mehrbedarf soll nun aber nicht vollständig durch mehr Personen gedeckt werden, sondern auch durch eine Erhöhung der Produktivität des bestehenden Personals. Somit werden die zukünftigen Leistungen weniger personalintensiv und damit günstiger erbracht. Es gibt aber auch noch einen weiteren Grund für mehr Ausbildungskapazitäten in der Schweiz: Bereits heute ist unser Gesundheitssystem in einem zu hohen Ausmass vom Ausland abhängig (30 bis 40 Prozent der Beschäftigten sind Diplomausländer/innen). Neben anderen Faktoren – beispielsweise dem steigenden Lohnniveau im Ausland – könnte auch die Annahme der Masseneinwanderungsinitiative die bisherige Praxis erschweren, den ungedeckten Bedarf an Gesundheitspersonal mit Zuzug aus dem Ausland zu decken.

Umsetzungsprioritäten 2013 und 2014

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) setzt im Rahmen der 36 Massnahmen derzeit insgesamt 77 Teilprojekte um. Unter www.gesundheit2020.ch findet sich zu jedem Projekt ein Faktenblatt, das Informationen zum Inhalt, zum Stand der Umsetzung und zu den geplanten weiteren Schritten umfasst.

Am 26. März 2014 liess sich der Bundesrat detailliert über den Stand der Umsetzung von Gesundheit2020 informieren. Von den zehn Prioritäten, die er für das Jahr 2013 festgelegt hatte, konnten acht erfüllt werden (vgl. Tabelle T1), die beiden verbleibenden befinden sich in der Umsetzung. Der Bundesrat hat die Prioritäten des laufenden Jahres ganz im Sinne der Strategie weit gefasst: Sie reichen von der Krankenversicherung über die Prävention bis hin zur Definition der Rolle einzelner Berufsgruppen.

Voraussichtlich Anfang 2015 wird die zweite Nationale Konferenz Gesundheit2020 stattfinden. Anders als die erste Konferenz im September 2013 wird sie einem spezifischen Thema gewidmet sein.

Fazit

Knapp 18 Monate nach der Lancierung der Strategie Gesundheit2020 kann erst eine vorläufige und vorsichtige Bilanz gezogen werden. Die Umsetzung dauert noch sechs weitere Jahre. Verschiedene, auch grössere Projekte (z. B. zur integrierten Versorgung oder Langzeitpflege) sind noch in der Konzeptphase. Dennoch scheint es gelungen zu sein, mit der Strategie Gesundheit2020 ein Umfeld zu schaffen, das von vielen, wenn auch nicht von allen Stakeholdern als Arbeitsrahmen für die kommenden Jahre akzeptiert worden ist. Die ersten Diskussionen und Umsetzungsschritte sind gut und vielversprechend angelaufen. Es zeichnet sich bereits jetzt ab, dass der explizite und breite Einbezug der Stakeholder in die Ausgestaltungsarbeiten ein Schlüsselfaktor des Erfolgs sein wird. Dabei wird es – wie immer in politischen Aushandlungsprozessen – darum gehen, alle Meinungen zu berücksichtigen, zu verdichten, zu gewichten und schliesslich durch Bundesrat, Kantonsregierungen sowie nationale und kantonale Parlamente verabschieden zu lassen. Schliesslich muss das Resultat auch den Souverän überzeugen. Dies wird Kompromisse brauchen, kein Weg führt daran vorbei. Die Strategie Gesundheit2020 hält aber in allen Feldern und für alle Beteiligten Vorteile bereit, sie geht nicht einseitig zulasten einzelner Stakeholder, was zur Kompromissbereitschaft beitragen wird.

Literatur

Joumard, Isabelle, Christophe André und Chantal Nicq, «Health Care Systems: Efficiency and Institutions», in *OECD Economics Department Working Papers*, Nr. 769, 2010.

Santésuisse, Gesundheit2020 – *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundes, Positionspapier*, [Solothurn 2013]

Spycher, Stefan, «Kostensparen mit Massnahmen ausserhalb der Krankenversicherung?», in *Die Volkswirtschaft*, Nr. 11, 2009, S. 17–21

Trageser, Judith, Anna Vettori, Rolf Iten und Luca Crivelli, *Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Gesundheitswesens*, hg. von Akademien der Wissenschaften Schweiz, [Bern 2012]

Wille, Nora, Anne-Geneviève Bütikofer und Jürg Schlup, «Gesundheit2020»: ein tauglicher Weg für das Gesundheitssystem?, in *Schweizerische Ärztezeitung*, Nr. 11, 2014, S. 423–426

Dr. Stefan Spycher, Ökonom, Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Vizedirektor BAG
E-Mail: stefan.spycher@bag.admin.ch

Prioritäten des Bundesrates in der Umsetzung von Gesundheit2020

T1

Ziele 2013	Ziele 2014
1. Der Bundesrat hat die Botschaft ans Parlament zur Reduktion der Risikoselektionsanreize in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verabschiedet.	1. Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten (aus dem Jahr 2013 übernommenes Ziel)
2. Der Bundesrat hat die Botschaft zum Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier verabschiedet.	2. Eröffnung der Vernehmlassung zur Umsetzung der Qualitätsstrategie des Bundesrates für die Gesundheitsversorgung (aus dem Jahr 2013 übernommenes Ziel)
3. Der Bundesrat hat das Konzept zur Umsetzung seiner subsidiären Kompetenz bei der Anpassung der Tarifstrukturen im Ärztetarif TARMED genehmigt.	3. Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) hat dem Bundesrat einen Entwurf für die Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung vorgelegt. Der Bundesrat kann diese im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz verabschieden.
4. Der Bundesrat hat den Aktionsplan «Mehr Organe für Transplantationen» genehmigt.	4. Dem Bundesrat wird eine Vernehmlassungsvorlage für die Einführung einer verbesserten Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich vorgelegt.
5. Der Masterplan Ha usarztmedizin und medizinische Grundversorgung wurde von den beteiligten Akteuren umgesetzt; am 18. Mai 2014 wurde in einer Volksabstimmung über den neuen Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung entschieden.	5. Der Bundesrat hat die Vernehmlassung zum neuen Bundesgesetz über den Schutz vor nichtionisierender Strahlung und Schall eröffnet.
6. Das Parlament hat die Zulassungsbeschränkung im ambulanten Bereich wieder eingeführt; der Bundesrat hat den Prozess für die Einführung einer langfristigen Zulassungssteuerung gestartet.	6. Der Bundesrat hat die Vernehmlassung zum neuen Bundesgesetz über Tabakprodukte eröffnet.
7. Der Bundesrat hat die Vernehmlassung zum Gesundheitsberufegesetz eröffnet.	7. Der Bundesrat hat über das weitere Vorgehen im Bereich der Medikamentenpreise und in der Frage des Vertriebsanteils entschieden.
8. Der Bundesrat hat das Projekt und die Ressourcen für den Aufbau von Statistiken in der ambulanten Gesundheitsversorgung (Projekt Mars) verabschiedet.	8. Der Bundesrat hat die Botschaft zum Bundesgesetz über die Registrierung von Krebserkrankungen verabschiedet.
	9. Der Bundesrat hat den Bericht über Massnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger verabschiedet.
	10. Der Bundesrat hat Kenntnis genommen vom Bericht zur Zukunft der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz (Erfüllung Postulat 10.3255).
	11. Der Bundesrat hat den Bericht betreffend Stärkung der Patientenrechte verabschiedet (Erfüllung Postulate 12.3100, 12.3124 und 12.3207).
	12. Der Bundesrat hat aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse über das weitere Vorgehen beim neuen Gesundheitsberufegesetz entschieden.
	13. Der Bundesrat hat Kenntnis genommen vom Bericht zur künftigen Positionierung der Apotheken in der medizinischen Grundversorgung (Erfüllung Postulat 12.3864).
	14. Der Bundesrat hat Kenntnis genommen vom Resultat der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 über den Bundesbeschluss zur medizinischen Grundversorgung und er hat die konkrete Umsetzung geklärt.

Ausgeglichene Finanzhaushalte aller Sozialversicherungen

Erstmals seit 1990 wiesen 2012 alle Sozialversicherungen einen Rechnungsüberschuss aus. Nach 1990 waren zuerst die ALV, später die IV jahrelang defizitär gewesen. Gemäss der aktuellsten Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV) wuchsen die Einnahmen 2012 schwächer als die Ausgaben. Dank des weiterhin erfreulichen Rechnungssaldos von 21,5 Mrd. Franken und dank Kapitalwertänderungen an den Finanzmärkten von 35,9 Mrd. Franken stieg das zusammengefasste Finanzkapital 2012 auf 758 Mrd. Franken.



Salome Schüpbach

Bundesamt für Sozialversicherungen



Stefan Müller

Finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen 2012

Die Einnahmen der Sozialversicherungen beliefen sich 2012 auf 163,6 Mrd., die Ausgaben auf 142,1 Mrd. Franken (vgl. Tabelle **T1**). Die Einnahmen wuchsen somit gegenüber dem Vorjahr deutlich schwächer als die Ausgaben, was zu einem leicht tieferen Rechnungssaldo von 21,5 Mrd. Franken führte (–2,4 Mrd. Fr.). Dank Kapitalwertänderungen von 35,9 Mrd. Franken an den Finanzmärkten erhöhte sich das Finanzkapital trotz des tieferen Rechnungssal-

dos um 7,9 Prozent auf 757,9 Mrd. Franken. Noch 2011 waren die Kapitalwertänderungen deutlich negativ (–14,4 Mrd. Franken) gewesen und das Kapital hatte sich nur dank eines soliden Rechnungssaldos von 23,9 Mrd. um 8,8 Mrd. auf 702,4 Mrd. Franken erhöht.

2012 wuchsen die Ausgaben mit 4,7 Prozent deutlich stärker als die Einnahmen, die um 2,5 Prozent anstiegen (vgl. Grafik **G1**). Das Ausgabenwachstum überstieg damit die durchschnittliche Wachstumsrate seit 1990 von 4,4 Prozent. Das Einnahmenwachstum hingegen lag unter der

Der vorliegende Artikel basiert auf der **Sozialversicherungsstatistik, SVS 2014** des BSV. Sie erscheint im Winter 2014.

Bestellnummern: SVS 318.122.14D,
SVS 318.122.14F, gratis

Der Jahresbericht **«Sozialversicherungen 2013 – Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG»** basiert ebenfalls auf den hier verwendeten Daten. Er bietet zusätzliche Analysen und Informationen zu allen Sozialversicherungen.

Bestellnummern (je Fr. 10.–):
Sozialversicherungen 2013 318.121.13D
Assurances sociales 2013 318.121.13F
Assicurazioni sociali 2013 318.121.13I

Die **Taschenstatistik 2014** des BSV erscheint Ende Juni 2014. Auf knappem Raum sind die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Sozialversicherungen sowie zur Gesamtrechnung 2012 zusammengestellt.

Bestellnummern: Taschenstatistik 318.001.14D,
Statistique de poche 318.001.14F, Pocket statistics 318.001.14ENG, gratis

www.bsv.admin.ch → **Dokumentation**
→ **Zahlen und Fakten** → **Statistiken**

Bezug unter:
BBL, Verkauf Publikationen,
3003 Bern
oder per E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2012 (in Mrd. Franken)

T1

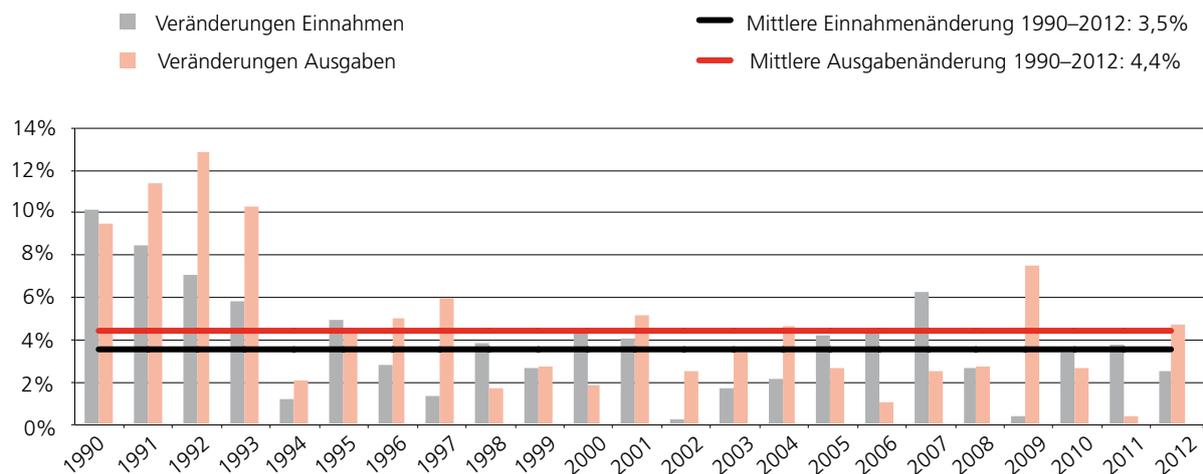
	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	BV	KV	UV	EO	ALV	FZ	Konsolidiertes Total
Einnahmen	39,9	2,5	9,8	1,9	63,4	25,0	7,6	1,7	7,0	5,5	163,6
davon Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	28,9	–	4,8	–	48,0	20,3	6,1	1,7	6,3	5,2	120,8
davon Beiträge der öffentlichen Hand	10,2	2,5	4,8	1,9	–	4,0	–	–	0,6	0,2	24,2
Ausgaben	38,8	2,5	9,3	1,9	47,5	23,6	6,2	1,6	5,8	5,4	142,1
davon Sozialleis- tungen	38,6	2,5	8,3	1,9	32,7	22,3	5,4	1,6	5,1	5,3	123,1
Rechnungssaldo	1,1	–	0,5	–	15,9	1,4	1,4	0,1	1,2	0,0	21,5
Veränderung des Kapitals	2,0	–	0,6	–	46,7	2,6	2,3	0,1	1,2	0,0	55,5
davon Kapitalwert- änderungen	1,0	–	0,1	–	33,7	0,0	1,1	0,0	–	...	35,9
Kapital	42,2	–	–9,4	–	667,3	12,2	47,2	0,7	–3,5	1,2	757,9

2012 stieg das Kapital der Beruflichen Vorsorge (+46,7 Mrd. Fr.) beinahe um eine ganze Jahresausgabe (47,5 Mrd. Fr.).

Quelle: SVS 2014

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Gesamtrechnung GRSV 1990–2012

G1



2012 übertraf das Ausgabenwachstum das Einnahmenwachstum deutlich.

Quelle: SVS 2014

durchschnittlichen Wachstumsrate seit 1990 von 3,5 Prozent. Der überdurchschnittliche Anstieg der Ausgaben ist vor allem auf das hohe Ausga-

benwachstum (9,7%) in der Beruflichen Vorsorge (BV) zurückzuführen, wesentlich bedingt durch den Anstieg der Netto-Freizügigkeitsleistungen

(33,2%). Das hohe Ausgabenwachstum 2012 hat somit nicht mit dem eigentlichen Versicherungsgeschäft der Sozialversicherungen zu tun: Es

beruht im Wesentlichen auf Nettokapitalabflüssen aus der BV.

Einnahmen

Die Einnahmen aller Sozialversicherungen stiegen 2012 insgesamt um 2,5 Prozent an, dies weniger stark als in den beiden vorangehenden Jahren (2010: 3,4%; 2011: 3,7%). Für die höheren Wachstumsraten der Vorjahre sind unter anderem die Beitragssatzerhöhungen und die Einführung eines Solidaritätsbeitrags für Besserverdienende in der Arbeitslosenversicherung (ALV; ab 2011), die befristete Beitragssatzerhöhung in der Erwerbsersatzordnung (EO; 2011–2015) zum Wiederaufbau des EO-Fonds, die befristete Erhöhung der MWST für die Sanierung der Invalidenversicherung (IV; 2011–2017) sowie ein ausserordentlicher Bundesbeitrag in der ALV (2011) verantwortlich.

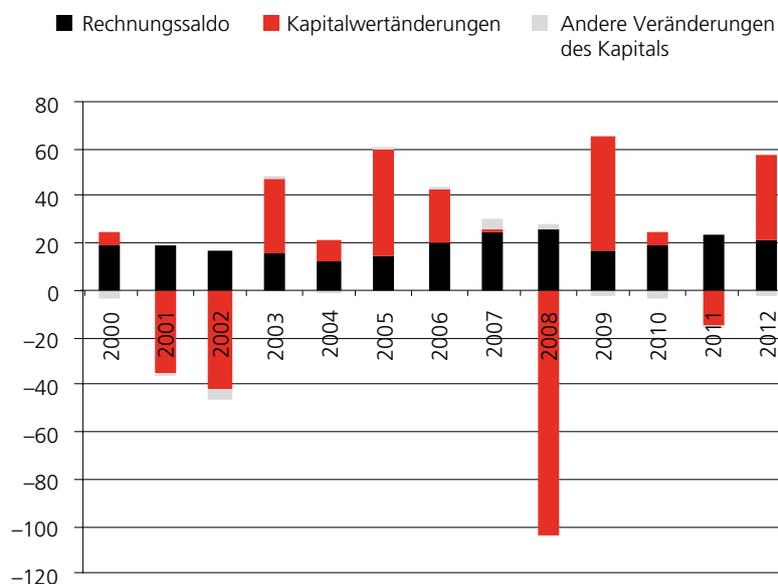
Ausgaben

Die Ausgaben aller Sozialversicherungen stiegen 2012 um 4,7 Prozent. Diese Wachstumsrate lag über dem langjährigen Durchschnitt seit 1990. Zum hohen Ausgabenwachstum 2012 trug vor allem die BV bei. Die Wachstumsraten der anderen Sozialversicherungen lagen mit Ausnahme der finanziell unbedeutenden Ergänzungsleistungen (EL) zur IV und der Familienzulagen (FZ) unter 4 Prozent. Das bedeutet, dass ohne den Ausschlag bei der BV die Ausgaben 2012 schwächer gewachsen wären als durchschnittlich seit 1990.

Die Ausgaben der BV wuchsen 2012 um 9,7 Prozent. Während die meisten ihrer Ausgabenkomponenten sich ähnlich wie in den Vorjahren entwickelten – die Sozialleistungen, weit aus grösster Ausgabenposten, stiegen um 3,3 Prozent und die Verwaltungs- und Durchführungskosten um 6,9 Prozent –, fielen die sogenannten «übrigen Ausgaben» mit einem Anstieg von 30,6 Prozent dagegen deut-

Veränderung des GRSV-Kapitals 2000–2012 (in Mrd. Franken)

G2



Krisenbedingte Kapitalwertverluste machen einen Grossteil der zuvor erzielten Kapitalwertgewinne wieder zunichte.

Quelle: SVS 2014

lich aus dem Rahmen. Zu Letzteren zählt neben den Barauszahlungen und den Nettozahlungen an die Versicherer auch der Saldo der Freizügigkeitszahlungen. Der beträchtliche Anstieg der BV-Ausgaben von 9,7 Prozent ist grösstenteils auf diesen Posten, besonders die Entwicklung der Freizügigkeitsleistungen, zurückzuführen. Der Nettoabfluss an Freizügigkeitsgeldern hat nicht direkt mit dem Versicherungsgeschäft der Vorsorgeeinrichtungen zu tun und schwankt von Jahr zu Jahr stark. Lässt man diesen unberücksichtigt, relativiert sich der Ausgabenanstieg auf 5,9 Prozent.

Veränderung des Kapitals

Die Veränderungen des gesamten Sozialversicherungskapitals werden vom Rechnungssaldo und den Kapitalwertänderungen aller Sozialversicherungen sowie von weiteren Veränderungen des Kapitals bestimmt. Diese Kapitalveränderungen werden allesamt von der BV dominiert. 88 Prozent des Kapitals aller Sozialver-

sicherungen lagen 2012 bei der BV, da sie nach dem Kapitaldeckungsverfahren finanziert wird. Demzufolge wird nachfolgend die Entwicklung der einzelnen BV-Komponenten vertieft dargestellt (vgl. Grafik G2). Die Berufliche Vorsorge hat hohe Rechnungssaldi, da sie noch im Aufbau ist und die Beitragseinnahmen somit deutlich höher sind als die Sozialleistungen. Ihre Rechnungssaldi lagen 1987–2012 häufig zwischen 15 und 20 Mrd. Franken. Sie entwickeln sich vergleichsweise stabil. Die Kapitalwertänderungen hängen von der Höhe des Kapitals und den darauf erzielten Gewinnen bzw. Verlusten an den Börsen ab. Sie schwanken von Jahr zu Jahr sehr stark. Bereits dreimal wurden die kumulierten Gewinne mehrerer Jahre durch Börsenkrisen (New-Economy-Krise 2001/02, Finanzkrise 2008 und Eurokrise 2011) grösstenteils wieder rückgängig gemacht. 2012 wurde mit 34 Mrd. Franken der bisher drittgrösste Börsengewinn verzeichnet. Die positive Börsenentwicklung 2012 basierte u.a. auf den Massnahmen zur Griechenland-Hilfe und zum

Euro-Rettungsschirm, der Ausweitung der Geldmenge durch die US-Notenbank sowie auf dem Entscheid der Europäischen Zentralbank (EZB), nötigenfalls Staatsanleihen zu kaufen.

Bei den anderen Veränderungen des Sozialversicherungskapitals handelte es sich hauptsächlich um nicht weiter erklärbare Schwankungen des Kapitalbestandes der BV, der Krankenversicherung (KV) und der Unfallversicherung (UV). Zudem sind darin auch die Bundesanteile aus dem Verkauf des Nationalbankgoldes zugunsten des AHV-Ausgleichsfonds von 2007 enthalten.

Sozialversicherungsquoten 2012

Die Sozialleistungsquote zeigt, welchen Teil der gesamten Wirtschaftsleistung (BIP) die Empfänger von Sozialleistungen beanspruchen könnten. Sie setzt die Verteilungstransaktionen der Sozialversicherungen in Relation zur volkswirtschaftlichen

Produktion (vereinfacht: Sozialleistungen in Prozent des BIP). Seit 1990 stieg die Sozialleistungsquote von 13,7 Prozent auf 20,8 Prozent (2012). Das ist ein Plus von 7,1 Prozentpunkten. Sowohl 1997 als auch 2008 lag die Quote bei 19,5 Prozent, erreichte zwischenzeitlich aber 21,4 Prozent (2004/05). 2009 schnellte sie auf 21,0 Prozent, da das BIP um 2,4 Prozent zurückging, während die Sozialleistungen um 5,1 Prozent zunahmen. 2010 nahm die Quote, begünstigt durch einen BIP-Anstieg von 3,3 Prozent, um 0,3 Prozentpunkte auf 20,7 Prozent ab. 2011 sank sie bei einem immer noch markanten BIP-Anstieg von 2,2 Prozent weiter auf 20,5 Prozent. Mit 20,8 Prozent lag die Quote 2012 im Bereich von 2009.

Die Soziallastquote, ein Indikator für die relative Belastung der Volkswirtschaft durch Sozialversicherungseinnahmen, stieg seit 2008 stetig an und erreichte 2012 einen neuen Höchstwert von 26,8 Prozent. Dieser ist auf das hohe Einnahmenwachstum (Beitragssatzerhöhung bei ALV und EO, Zusatzfinanzierung der IV über

Mehrwertsteuer und Übernahme ihrer Schuldzinsen durch den Bund) und auf das vergleichsweise tiefe BIP-Wachstum zurückzuführen.

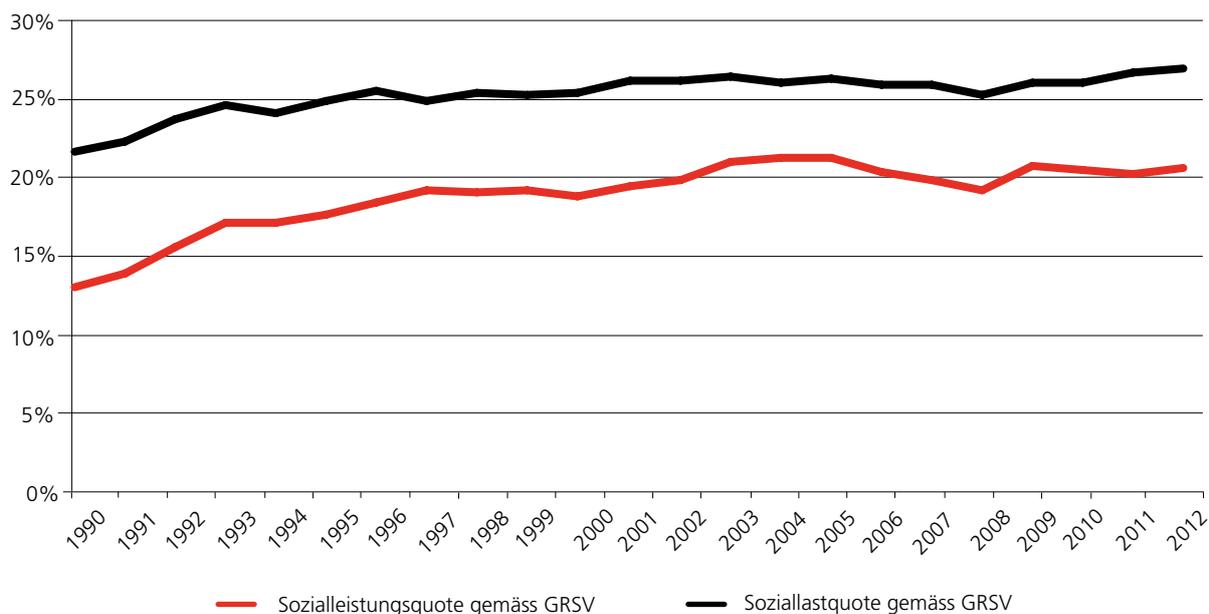
Finanzielle Entwicklung 2013 der zentral verwalteten AHV, IV, EO, ALV und EL

Die Finanzhaushalte 2013 der obligatorischen und zentral verwalteten AHV, IV, EO, EL und ALV sind im Gegensatz zu den Rechnungen, die später im Jahr veröffentlicht werden, bereits bekannt (vgl. Tabellen **T2** und **T3**). Ihre Entwicklung wird abschliessend kurz zusammengefasst.

Die **AHV** verzeichnete 2013 bei Einnahmen von 40884 Mio. und Ausgaben von 39976 Mio. ein Betriebsergebnis von 908 Mio. Franken. Die Einnahmen stagnierten trotz höherer Versichertenbeiträge (2,3%) und höherer Beiträge aus öffentlichen Mitteln (2,6%), da sich das Anlageergebnis (laufender Kapitalertrag, inkl. Zinsen auf IV-Forderung und Kapitalwertänderungen) um 49,4 Prozent

Soziallast- und Sozialleistungsquoten 1990–2012

G3



Die Entwicklung der Soziallastquote widerspiegelt die seit 2010 verbesserte Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherungen.

Quelle: SVS 2014

Finanzen der AHV, IV, EO, ALV und EL 2013 (in Mio. Franken)

T2

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	EO	ALV
Einnahmen	40 884	2 605	9 892	1 923	1 779	6 890
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	29 539	–	4 951	–	1 766	6 269
Beiträge der öffentlichen Hand	10 441	2 605	4 804	1 923	–	611
Laufender Kapitalertrag	732	–	56	–	10	4
Kapitalwertänderung	162	–	21	–	3	–
Übrige Einnahmen	9	–	59	–	–	5
Ausgaben	39 976	2 605	9 306	1 923	1 638	6 302
Sozialleistungen	39 781	2 605	8 354	1 923	1 635	5 617
Verwaltungs- und Durchführungskosten	195	–	664	–	3	674
Übrige Ausgaben	–	–	287	–	–	11
Betriebsergebnis	908	–	586	–	141	587
Umlageergebnis	14	–	509	–	128	583
Rechnungssaldo GRSV	746	–	565	–	138	587
Kapital	43 080	–	5 000	–	798	–2 886
Stand der IV-Schuld			–13 765			

Die Finanzreserve der AHV liegt weiterhin deutlich über dem Niveau einer Jahresausgabe. Quelle: SVS 2014

Finanzielle Entwicklung der AHV, IV, EO, ALV und EL 2013 (in Prozent)

T3

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	EO	ALV
Einnahmen	0,1%	3,2%	0,0%	0,6%	1,5%	–1,0%
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	2,3%	–	2,3%	–	2,3%	–1,3%
Beiträge der öffentlichen Hand	2,6%	3,2%	0,5%	0,6%	–	2,0%
Laufender Kapitalertrag	–9,5%	–	–20,5%	–	11,6%	–13,5%
Kapitalwertänderung	–83,1%	–	–83,6%	–	–84,2%	–
Übrige Einnahmen	44,6%	–	–13,6%	–	–	38,4%
Ausgaben	3,0%	3,2%	0,1%	0,6%	2,0%	8,7%
Sozialleistungen	3,0%	3,2%	0,2%	0,6%	2,1%	9,8%
Verwaltungs- und Durchführungskosten	5,1%	–	1,5%	–	–7,6%	1,3%
Übrige Ausgaben	–	–	–4,0%	–	–	–36,9%
Betriebsergebnis	–55,2%	–	–1,5%	–	–4,5%	–49,3%
Umlageergebnis	–94,8%	–	29,0%	–	5,9%	–
Rechnungssaldo GRSV	–30,3%	–	21,5%	–	6,3%	–49,3%
Kapital	2,2%	–	–6,3%	–	21,5%	–16,9%
Stand der IV-Schuld			–4,1%			

2013 hatte die ALV eine Sozialleistungszunahme von beinahe 10 Prozent zu verkraften. Quelle: SVS 2014

auf 894 Mio. Franken verringerte. Die Ausgaben stiegen 2013 – ein Rentenanpassungsjahr – um 3,0 Prozent. Insgesamt führte dies gegenüber dem Vorjahr sowohl zu einem tieferen Betriebs- als auch zu einem tieferen Umlageergebnis (Begriffe vgl. Kasten). Damit erhöhte sich das Kapital nur um 2,2 Prozent auf 43 Mrd. Franken.

Die IV weist für 2013 trotz Rentenanpassungsjahr eine ausgeglichene Entwicklung aus. Wie bei der AHV stiegen die Arbeitgeber- und Versichertenbeiträge um 2,3 Prozent. Die Subventionen der öffentlichen Hand erhöhten sich nur leicht, da sich die Schuldzinsen der IV gegenüber der AHV wegen tieferer Schulden reduzierten und die restlichen Komponenten nur leicht stiegen (ordentlicher Bundesbeitrag: 0,1%; MWST: 2,5%). Das Anlageergebnis (laufender Kapitalertrag und Kapitalwertänderungen) ging um 61,4 Prozent zurück, was dazu führte, dass die Einnahmen insgesamt bei 9,9 Mrd. Franken verharrten. Die IV-Ausgaben stiegen 2013 trotz Anpassung der Renten an die wirtschaftliche Entwicklung nur um 0,1 Prozent auf 9,3 Mrd. Franken. Die eigentlichen Rentenausgaben reduzierten sich sogar um 0,8 Prozent, was auf die weiterhin sinkende Anzahl IV-Rentner und -Rentnerinnen zurückzuführen ist. Damit ergab sich insgesamt ein leicht tieferes Betriebsergebnis (586 Mrd. Franken) und ein deutlich höheres Umlageergebnis (509 Mrd. Franken). Da der IV-Fonds seinen maximalen Betrag von 5 Mrd. Franken bereits im letzten Jahr erreicht hatte, konnte das gesamte Betriebsergebnis zum Schuldenabbau bei der AHV verwendet werden, die sich damit von 14,4 Mrd. auf 13,8 Mrd. Franken senken liessen.

Die ausschliesslich mit öffentlichen Mitteln finanzierten EL zur AHV und zur IV weisen definitionsgemäss eine ausgeglichene Rechnung auf, d.h. Einnahmen und Ausgaben sind immer gleich hoch. Seit 2007 wuchsen die EL zur IV deutlich schwächer als die EL zur AHV (Aus-

nahme 2012: Halbierung der Hilflosenentschädigung in Heimen). 2013 setzte sich diese Tendenz fort, die EL zur IV nahmen um 0,6 Prozent, die EL zur AHV um 3,2 Prozent zu. Verglichen mit den Vorjahren ist der Anstieg bei beiden Versicherungen aber tief. Die EL zur IV verzeichneten das schwächste Wachstum seit 1996.

Die Einnahmen der **EO** stiegen 2013 um 1,5 Prozent auf 1,8 Mrd., die Ausgaben um 2,0 Prozent auf 1,6 Mrd. Franken. Die Einnahmen wer-

den durch die Versicherten- und Arbeitgeberbeiträge (1,8 Mrd. Franken) dominiert, welche sich wie in der AHV und IV um 2,3 Prozent erhöhten. Eine untergeordnete Rolle spielt das Anlageergebnis, welches sich um 51,0 Prozent auf 13,0 Mio. Franken reduzierte. Wichtig auf der Ausgabenseite sind die Geldleistungen, die 2013 um 2,1 Prozent auf 1,6 Mrd. Franken zunahmen. Das Rechnungsjahr 2013 schloss die EO mit einem Betriebsergebnis von 141 Mio. Franken ab. Das EO-Kapital

hat sich gegenüber 2012 um 21,5 Prozent erhöht und liegt auf 798 Mio. Franken.

2013 wuchs die Schweizer Wirtschaft gemessen am BIP um 1,9 Prozent. 2012 waren es 1,2 Prozent. Trotzdem stieg die Anzahl registrierter Arbeitsloser 2013 weiter an und lag Ende 2013 bei 149 437. Die Ausgaben der **ALV** nahmen dementsprechend um 8,7 Prozent auf 6 302 Mio. Franken zu. Die Einnahmen reduzierten sich um 1,0 Prozent auf 6 890 Mio. Franken aufgrund einer neuen Verordnung betreffend Beitragsrückerstattungen für Grenzgänger. Der Rechnungsüberschuss der ALV verringerte sich somit auf 0,6 Mrd. Franken (-49,3%). Somit konnten die Schulden weiter auf 2,9 Mrd. Franken abgebaut werden. Um die ALV rascher zu entschulden, wird ab 2014 das Solidaritätsprozent auch auf Löhnen über 315 000 Franken erhoben.

Die finanzielle Berichterstattung zu AHV, IV und EO umfasst drei Darstellungsarten für die Einnahmen und damit auch für den Rechnungssaldo. Je nach Betrachtungsperspektive empfiehlt sich die eine oder andere Darstellungsart:

- Das **Betriebsergebnis** berücksichtigt in den Einnahmen sowohl den laufenden Kapitalertrag als auch die börsenbedingten Kapitalwertänderungen.
- Das **Umlageergebnis** klammert sowohl den laufenden Kapitalertrag als auch die börsenbedingten Kapitalwertänderungen aus den Einnahmen aus.
- Der **Rechnungssaldo GRSV** zählt den laufenden Kapitalertrag (dieser stammt aus dem Wirtschaftskreislauf) zu den Einnahmen, nicht aber die vom stark schwankenden Börsengeschehen abhängigen Kapitalwertänderungen.

Das Betriebsergebnis entspricht am ehesten einer betriebswirtschaftlichen Sicht, das Umlageergebnis folgt einer versicherungswirtschaftlichen Logik und der Rechnungssaldo GRSV widerspiegelt eine volkswirtschaftliche Perspektive (ausführlicher: CHSS 5/2010, S. 257f.). Da es sich bei den Sozialversicherungen um volkswirtschaftliche Sicherungs- und Umverteilungsinstrumente handelt, dürfte die Beurteilung ihrer finanziellen Entwicklung häufig in einer volkswirtschaftlichen Perspektive sachgerecht sein.

Salome Schüpbach, lic. rer. pol., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bereich Statistik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Stefan Müller, Dr. rer. pol., wissenschaftlicher Experte, Bereich Statistik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: stefan.mueller@bsv.admin.ch

IV-Statistik 2013: Zunahme der beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei sinkenden Rentenzahlen

Die letzten Jahre waren gekennzeichnet durch eine stetige Abnahme der Rentenzahlen. So ist die Neuberentungsquote seit 2003 um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Auch die Zahl der laufenden Renten ist rückläufig. Demgegenüber vergütet die Versicherung immer mehr berufliche Eingliederungsmassnahmen. In diesem Bereich hat sich die Zahl der Leistungsbezügerinnen und -bezüger seit 2007 mehr als verdoppelt.

haben nicht nur die neu eingeführten Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen, sondern auch die herkömmlichen Massnahmen beruflicher Art massgeblich beigetragen.

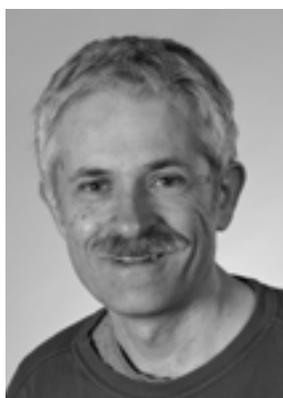
Rentenbezüger/innen und Rentenausgaben

Im Dezember 2013 richtete die IV rund 349 000 Renten in einer Gesamtsumme von 422 Mio. Franken aus (vgl. Tabelle T2). Bei 265 000 handelte es sich um Invalidenrenten (377 Mio. Franken), bei 84 000 um Kinderrenten (45 Mio. Franken). Auf Letztere haben IV-Rentenbezügerinnen und -bezüger mit minderjährigen Kindern oder solchen in Ausbildung (bis 25 Jahre) zusätzlich Anspruch. Im Vergleich zum Dezember 2012 hat sich der Rentenbestand um insgesamt 2,8 Prozent verringert. Trotz der per 1.1.2013 gewährten Rentenerhöhung

- 1 Der folgende Abschnitt schliesst auch die Massnahmen der Frühintervention ein, die gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung nicht zu den Eingliederungsmassnahmen zählen (vgl. Art. 7d IVG).
- 2 Integrationsmassnahmen wurden in erster Linie für versicherte Personen mit psychisch bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit konzipiert, um sie auf weiterführende berufliche Massnahmen vorzubereiten.



Markus Buri
Bundesamt für Sozialversicherungen



Beat Schmid

Eingliederungsmassnahmen¹

2013 vergütete die Invalidenversicherung IV Eingliederungsmassnahmen für gut 192 000 Personen (vgl. Tabelle T1). Die medizinischen Massnahmen, die v.a. die medizinische Versorgung von Kindern mit Geburtsgebrechen sicherstellen, kamen rund 103 000 Kindern zugute. 65 000 Personen erhielten Leistungen im Bereich der Hilfsmittel. Das am häufigsten finanzierte Hilfsmittel war das Hörgerät. 23 000 Personen bezogen Massnahmen beruflicher Art, welche die Eingliederung Behinderter in den Arbeitsmarkt fördern. Die 2008 in Kraft getretene 5. IV-Revision führte mit den Massnahmen der Frühintervention sowie den Integrationsmassnahmen² zwei berufliche Eingliederungsinstrumente ein, die 2013 von

13 000 Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Seit 2007 hat sich die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger beruflicher Massnahmen mehr als verdoppelt (vgl. Grafik G1). Zu diesem Wachstum

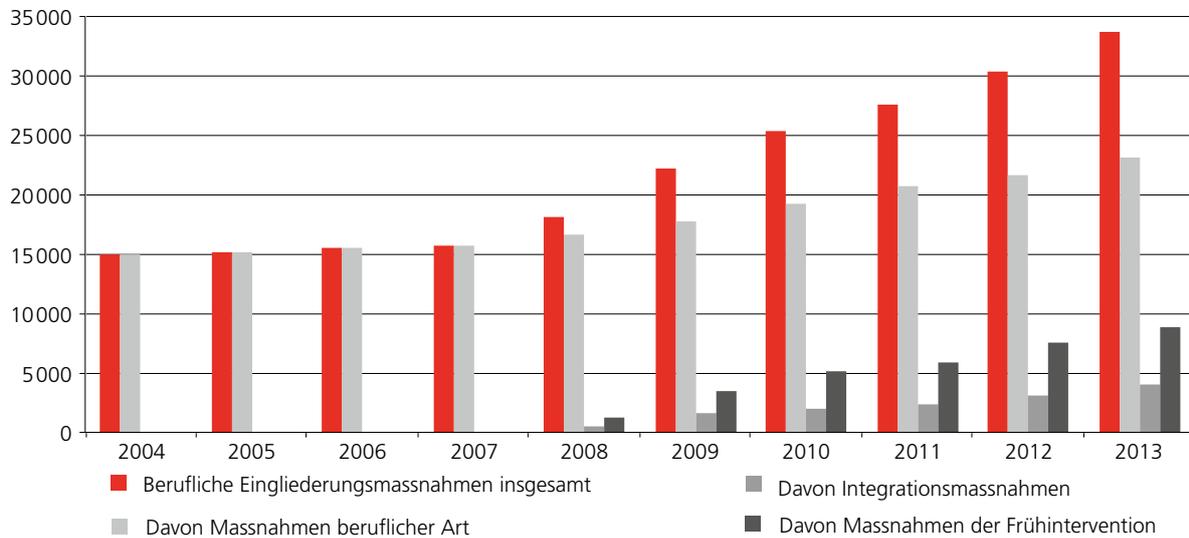
Eingliederungsmassnahmen der IV, Bezüger/innen und Kosten 2013 T1

Art der Massnahme	Anzahl	Kosten (in Mio. Fr.)	Durchschnittskosten (Fr.)
Medizinische Massnahmen	103 100	784	7 602
Massnahmen der Frühintervention	8 900	33	3 661
Integrationsmassnahmen	4 100	41	10 107
Massnahmen beruflicher Art	23 200	546	23 542
Abgabe von Hilfsmitteln	64 600	190	2 943
Massnahmen insgesamt	203 800	1 593	7 817
Leistungsbezüger/innen insgesamt	192 100	1 593	8 295

In den Kosten nicht enthalten sind die mit den Eingliederungsmassnahmen verbundenen Taggelder.

Entwicklung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen, 2004 bis 2013

G1



Da einige Versicherte im selben Jahr mehrere Arten der beruflichen Eingliederung in Anspruch nahmen, ist die Summe der drei Unterkategorien (graue Säulen) etwas grösser als die Gesamtzahl der Bezüger/innen (rote Säule).

Quelle: BSV

von 0,9 Prozent (ordentliche Anpassung an die Lohn- und Preisentwicklung im Rahmen eines Rentenanpassungsjahrs) sind auch die Rentenausgaben zurückgegangen (-1,7%)

Dynamik der IV-Renten

Zwischen Dezember 2012 und Dezember 2013 wurden 15 900 Eintritte und 21 700 Austritte registriert (vgl. Grafik G2). Die Austritte teilen sich folgendermassen auf: 15 200 (70%) IV-Rentnerinnen und -rentner erhielten eine AHV-Rente, 3 600 (17%)

verstarben und rund 2 900 Rentenbezügerinnen und -bezüger wurden reaktiviert. Als Folge der demografischen Alterung ist zu erwarten, dass die Austritte in die AHV künftig weiter an Bedeutung gewinnen werden. Nach Wohnsitz aufgeschlüsselt, liess sich im Vergleich zum Vorjahr ein Rückgang der Anzahl IV-Renten auch im Ausland feststellen. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Zahl der auswandernden IV-Rentnerinnen und -rentner jene der Einwanderer deutlich übertrifft. Per Saldo zogen im Jahr 2013 700 IV-Renten von der Schweiz ins Ausland.

Entwicklung der Neurenten in der Schweiz

Der Anteil der Neurenten an der versicherten Bevölkerung erreichte im Jahr 2003 mit 0,60 Prozent einen Höchststand. Bis 2013 ist diese Quote um mehr als die Hälfte auf 0,27 Prozent zurückgegangen (vgl. Grafik G3). Die Analyse der Invaliditätsursachen zeigt, dass das Rentenwachstum bis 2003 insbesondere auf einen überdurchschnittlichen Anstieg der Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist. Der starke Rückgang der Berentungs-

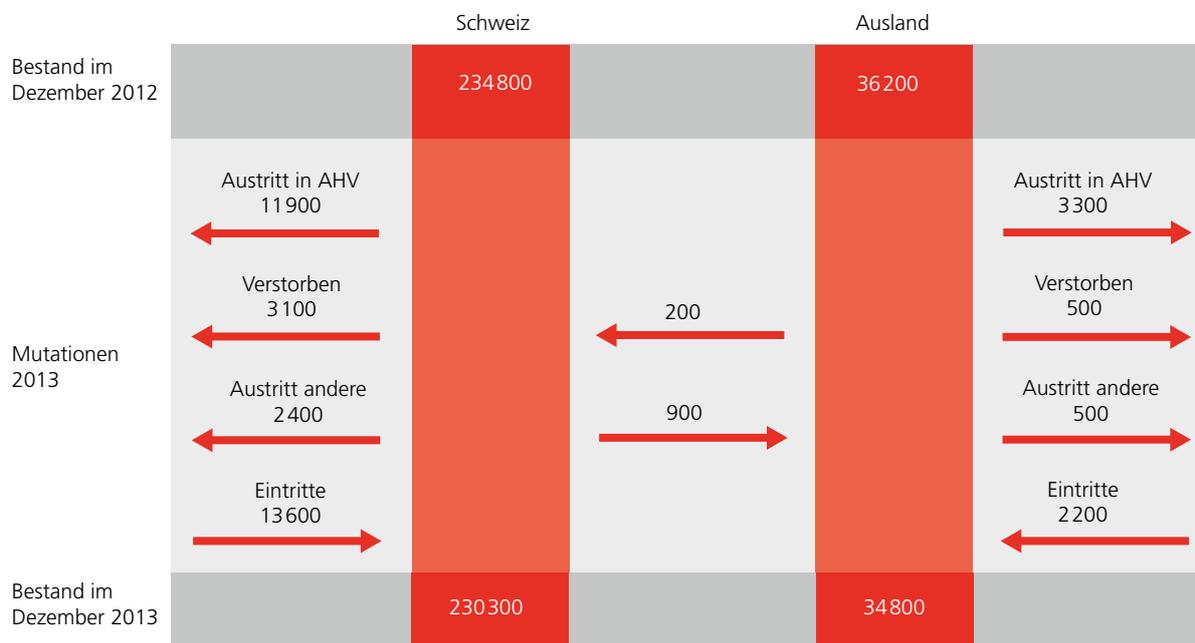
Renten der IV nach Bezüger/innen und Kosten

T2

Rentenart	Rentenbezüger/innen im Dezember			Rentensummen in Mio. Fr. im Dezember		
	2012	2013	Veränderung in %	2012	2013	Veränderung in %
Invalidenrente, Männer	150 184	146 571	-2,4%	213,9	210,1	-1,8%
Invalidenrente, Frauen	120 826	118 549	-1,9%	168,4	166,5	-1,1%
Total Invalidenrente	271 010	265 120	-2,2%	382,3	376,7	-1,5%
Kinderrente (Vater)	53 350	50 641	-5,1%	29,0	27,8	-4,1%
Kinderrente (Mutter)	34 464	33 119	-3,9%	18,1	17,6	-2,8%
Total Kinderrente	87 814	83 760	-4,6%	47,2	45,4	-3,8%
Total	358 824	348 880	-2,8%	429,5	422,1	-1,7%

Dynamik der IV-Renten: Bezüger/innen 2013

G2



Quelle: BSV

quote zwischen 2003 und 2013 hängt in erster Linie damit zusammen, dass die Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane markant zurückgegangen sind. Aber auch bei den übrigen Invaliditätsursachen sind die Berentungsquoten gesunken, wenn auch deutlich weniger stark. Einzig bei den Geburtsgebrechen ist der Anteil der Neuberentungen seit 2004 etwa gleich geblieben.

Hilflosenentschädigungen

Im Dezember 2013 erhielten 33 600 Erwachsene Hilflosenentschädigungen (HE) im Umfang von 21,4 Mio. Franken (vgl. Tabelle T3). Davon hatten 47 Prozent Anspruch auf eine Entschädigung für Hilflosigkeit leichten, 32 Prozent auf eine solche mittleren und 21 Prozent auf eine HE schweren Grades. Aufgrund der Abstufung der ausgerichteten Beiträge flossen über 70 Pro-

zent der Ausgaben den Fällen mittleren und schweren Grades zu. Rund 60 Prozent der HE-Bezügerinnen und -Bezüger wohnen zu Hause und verursachen gut 80 Prozent der Kosten. Dieser überproportional hohe Kostenanteil hängt damit zusammen, dass für die Pflege zu Hause wesentlich höhere Entschädigungsansätze gelten als für die Heimpflege. Die Ansätze für die Pflege im Heim wurden 2012 infolge der 6. IV-Revision von der Hälfte auf ein Viertel des Ansatzes herabgesetzt, der für die Pflege zu Hause gilt. Deshalb gingen die Ausgaben für die HE im Heim von 7,9 Mio. im Dezember 2011 auf 4,0 Mio. Franken im Dezember 2013 zurück. Die jährliche Entlastung der IV-Rechnung beträgt dadurch rund 45 Mio. Franken. Ferner wurden 2013 insgesamt 22 Mio. Franken für Assistenzbeiträge vergütet, die rund 800 Versicherten zugute kamen.

Im Gegensatz zu den Erwachsenen wohnen praktisch alle Kinder, die eine HE beziehen, zu Hause. Davon erhalten rund 30 Prozent einen Intensivpflegezuschlag (vgl. Tabelle T4).

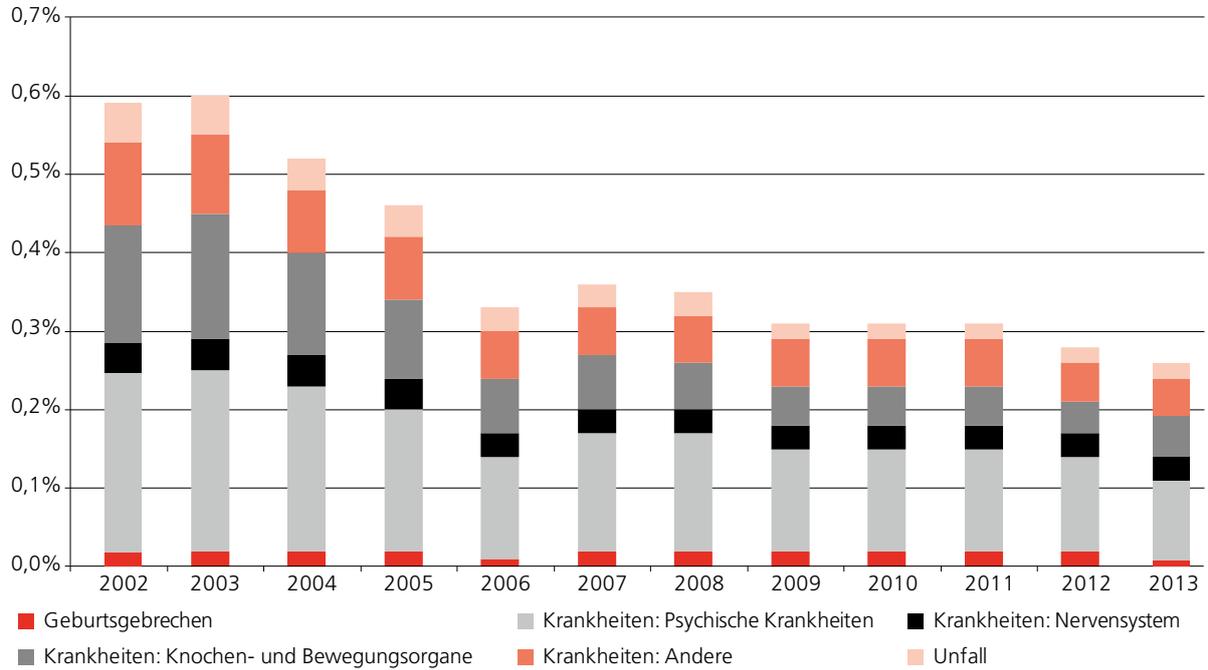
Bezüger/innen und Summe der Hilflosenentschädigung der IV (Erwachsene), Dezember 2013

T3

Hilflosigkeitsgrad	Bezüger/innen	Gesamtsumme (Mio. Fr.)
Leicht	15 700	6,0
Mittel	10 600	8,3
Schwer	7 200	7,1
Wohnsituation		
Zu Hause ohne lebenspraktische Begleitung	15 600	14,3
Zu Hause mit lebenspraktischer Begleitung	5 000	3,2
Im Heim	13 000	4,0
Total	33 600	21,4

Entwicklung der Neuberentungsquote in der Schweiz nach Invaliditätsursache, 2003–2013

G3



Die Neuberentungsquote entspricht dem Anteil der Neurentenbezüger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 63 bzw. 64 Jahren. Der starke Rückgang 2006 ist auf die Verzögerung der Geschäftsabwicklung durch die Wiedereinführung des Vorbescheids in der IV auf den 1. Juli 2006 zurückzuführen.

Quelle: BSV

Bezüger/innen und Summe der Hilflosenentschädigung (Kinder und Jugendliche), durchschnittliche Summe pro Monat, 2013

T4

Hilflosigkeitsgrad	Bezüger/innen	Gesamtsumme (Mio. Fr.)
Leicht	3 000	1,7
Mittel	4 700	5,6
Schwer	1 700	3,5
Wohnsituation		
Zu Hause ohne Intensivpflegezuschlag	6 700	5,9
Zu Hause mit Intensivpflegezuschlag	2 700	4,9
Total der Massnahmen	9 400	10,8
Anzahl Bezüger/innen	8 600	10,8

Als Datengrundlage der IV-Statistik dienen die Register der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf. Die ZAS sammelt alle Daten, die von den Ausgleichskassen der AHV und den IV-Stellen elektronisch gemeldet werden, arbeitet sie auf und stellt sie für die Statistik zur Verfügung.

Die IV-Statistik 2013 steht im Format PDF auf der Website www.iv.bsv.admin.ch gratis zur Verfügung. Zusätzlich können die einzelnen Tabellen des Tabellenteils auf derselben Site im Format Excel abgerufen werden. Die Website wird vom Bundesamt für Statistik betrieben und gewartet. Unter www.ahv.bsv.admin.ch ist die AHV-Statistik und unter www.el.bsv.admin.ch die EL-Statistik abrufbar.

Beat Schmid, lic. phil. I, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik, BSV
E-Mail: beat.schmid@bsv.admin.ch

Markus Buri, lic. phil. hist., wissenschaftlicher Mitarbeiter, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik, BSV
E-Mail: markus.buri@bsv.admin.ch

Umverteilung in der Krankenversicherung: Eine Mikrosimulationsstudie

Die obligatorische Krankenversicherung führt zu finanziellen Umverteilungen zwischen Personen- und Haushaltsgruppen. Mit einem Mikrosimulationsmodell wurden die vielfältigen Umverteilungseffekte erstmals aus einer gesamtheitlichen Perspektive erfasst. Auf der Finanzierungsseite wurden nicht nur die Krankenkassenprämien und Kostenbeteiligungen, sondern auch die über Steuern finanzierten Prämienverbilligungen und öffentliche Beiträge an Spitäler und Heime berücksichtigt.

Umverteilungsflüsse in der obligatorischen Krankenversicherung

Das Zusammenspiel der drei Elemente Krankenkassenprämie, staatliche Beiträge und Individuelle Prämienverbilligung (IPV), die kantonale sehr unterschiedlich sind, widerspiegelt sich in einem **komplexen System von Finanz- und Umverteilungsflüssen**. Selbst wenn nur diese drei Elemente berücksichtigt werden, lässt sich beispielsweise das Ausmass der finanziellen Belastung von Einelternfamilien mit zwei Kindern, aber unterschiedlichen Wohnkantonen nicht mehr ohne Weiteres beziffern. Noch schwieriger ist es, stichhaltige Vergleiche verschiedener Haushaltsgruppen (z.B. Rentner- oder Singlehaushalte) mit unterschiedlicher finanzieller Ausstattung aufzustellen.

Die komplexen Umverteilungseffekte in der OKP (wie alt – jung, reich – arm, gesund – krank) wurden schon mehrmals unter verschiedensten Gesichtspunkten in Studien thematisiert. Die bisherigen Arbeiten konzentrierten sich aber weitgehend auf Einzelaspekte der Finanzierung und erlauben daher keine vollständige Beschreibung oder Quantifizierung der Umverteilung in der OKP. Für eine umfassende Umverteilungsanalyse müssen neben der Prämienfinanzierung und der IPV **alle weiteren Finanzflüsse** (wie durch Steuergelder finanzierte Kantonsbeiträge an Spitäler) berücksichtigt werden.

Nettobetachtung: Finanzierung und bezogene Gesundheitsleistungen

Die Finanzierungsseite der OKP (Krankenkassenprämie, Selbstbehalte, Steuern usw.) beschreibt die dem OKP-System zugeführten Mittel. Ihr steht die Leistungsseite gegenüber, welche die von den Krankenkassen



André Müller
Ecoplan



Tobias Schoch

Umverteilung und Solidarität

Seit 1996 ist das **Krankenversicherungsgesetz (KVG)** in Kraft. Der Gesetzgeber verfolgt mit dem KVG neben einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung vor allem zwei weitere übergeordnete Ziele: Erstens soll die Beitragslast der Gesundheitsvorsorge für alle Personen finanziell tragbar sein und zweitens, benennt das KVG das **Solidaritätsprinzip** als massgebliche gesellschaftspolitische Maxime. Insbesondere beabsichtigt der Gesetzgeber, die Solidarität zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen zu stärken. Bei der obligatori-

schen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind diese Grundprinzipien u.a. in Form von Pro-Kopf-Prämien umgesetzt, deren Beitragshöhe weder von Einkommen, Alter, Geschlecht noch vom Gesundheitszustand abhängt. Die Pro-Kopf-Prämien berücksichtigen jedoch nicht die unterschiedliche finanzielle Leistungsfähigkeit der Individuen und Familien: Da einkommensschwache Haushalte durch die Pro-Kopf-Prämien einer erheblichen finanziellen Belastung ausgesetzt sind, sieht das KVG Individuelle Prämienverbilligungen (IPV) vor, welche die Prämienlast abfedern. Die IPV wirkt als eine, den Krankenkassenprämien nachgelagerte Transferleistung bzw. Umverteilung.

übernommenen Kosten für Gesundheitsleistungen der Grundversicherung umfasst (z.B. Kosten für Arztkonsultationen, Spitalbehandlungen). Der Vergleich von Finanzierungs- und Leistungsseite erlaubt es, **Nettofinanzierungsbeiträge** (Saldo aus Finanzierung und Leistung) für **Personen- und Haushaltgruppen** gesondert auszuweisen und die Umverteilungswirkung in ihrer gesamten Reichweite zu analysieren. Als Ergebnis kann aufgezeigt werden,

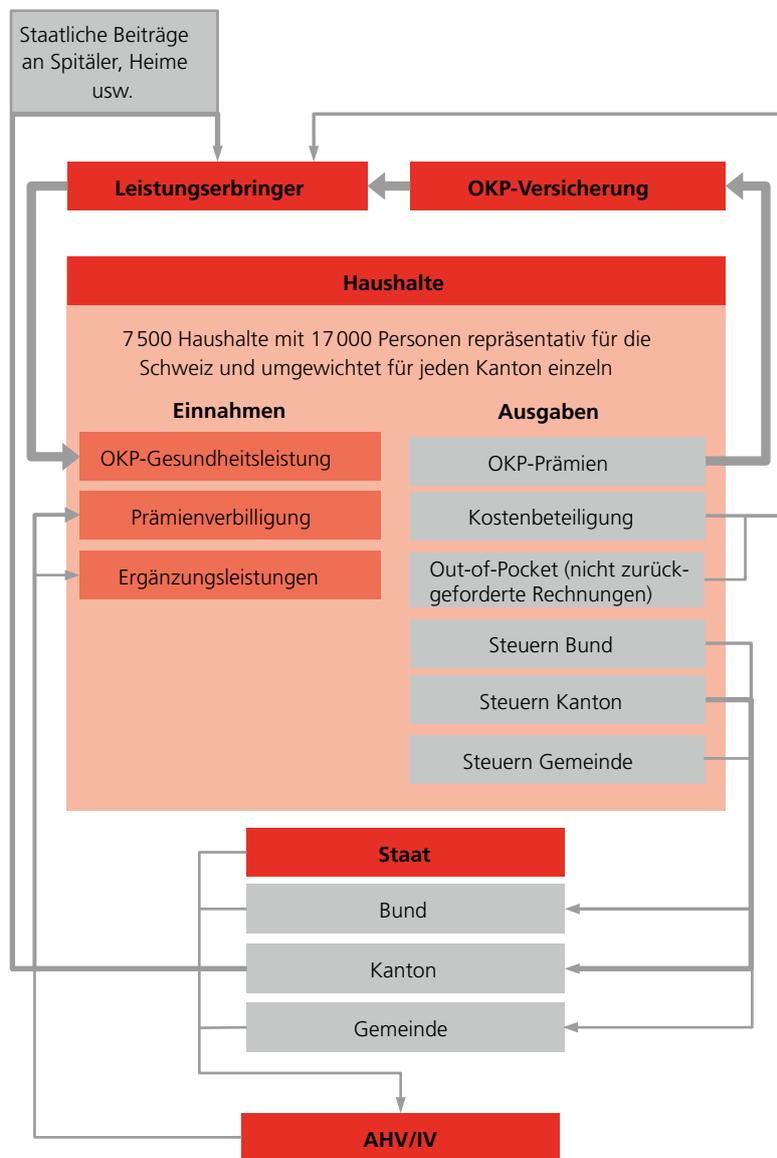
- wie hoch die Beiträge an das System sind, welche die Haushalte oder Individuen leisten, und/oder welche Leistungen sie vom System beziehen;
- wie stark das verfügbare Einkommen durch die OKP-Beiträge belastet wird (für Personen oder Haushalte).

Methodisches Vorgehen – Inzidenzmodell

Die grosse Anzahl an Umverteilungseffekten und Finanzflüssen und der damit verbundene umfangreiche Datenbedarf erfordern eine besondere Analysemethodik. Insbesondere die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den Finanzierungselementen (z.B. Einkommen, Wahl der Franchise, Steuern, Prämienverbilligung usw.) müssen bei der Modellierung berücksichtigt werden. Daher wurde ein **Inzidenzmodell** erstellt, das auf **Individualdaten** basiert und **alle Finanzierungs- und Leistungsaspekte der OKP pro Person** (und Haushalt) enthält. Weil die OKP-relevanten Daten (Prämie, IPV usw.) für alle Personen separat berechnet werden, wird die Analyse der Umverteilungseffekte nicht durch konstruktionsbedingte, vorgängig getroffene vereinfachende Annahmen eingeschränkt. Vielmehr ermöglicht dieser Ansatz, die Umverteilung in der OKP nach **demografischen** (Alter, Geschlecht, Nationalität usw.), **geografischen** (Schweiz und einzelne Kantone) und **haushaltsspezifischen Kriterien** (Einkommen-, Singlehaushalt usw.) differenziert auszuwerten. Es sind auch Kreuzauswer-

Die Umverteilungsflüsse im Modell

G1



Quelle: Ecoplan (2013, S. 5).

tungen möglich (z.B. Einkommen x Alter x Kanton).

«OKP-Inzidenzmodell 2010» – Mikrosimulationsmodell zur OKP

Beim «OKP-Inzidenzmodell 2010» handelt es sich um ein **statisches Modell** zur Analyse der **interpersonellen Umverteilung**. Alle Auswertungen beruhen auf Daten zum Stichjahr

2010. Das Modell erlaubt in der aktuellen Ausführung keine Auswertung zum Lebenszyklus einer Person (keine intrapersonellen oder intergenerativen Effekte).

Wirkungsmodell der Inzidenzanalyse

Im Kern des Inzidenzmodells befinden sich Personen in privaten Haushalten. Die OKP-Einnahmen und -Ausgaben jeder Person werden einander auf Haushaltsebene (in ei-

ner Kontodarstellung) gegenübergestellt (vgl. Grafik G1):

- Auf der Ausgabenseite des Haushaltskontos werden die Prämien, die Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalte), Out-of-Pocket-Beiträge¹ und die Steuerzahlungen verbucht. Die Steuerzahlungen (Bund, Kanton, Gemeinde) stehen als Sammelbegriff für alle Beiträge, die der Haushalt sowohl direkt über die Einkommens- und Vermögenssteuer als auch indirekt (beispielsweise über die Mehrwertsteuer im Rahmen des Konsums) an Bund, Kanton und Gemeinde leistet.
- Die Einnahmenseite des Haushaltskontos umfasst in erster Linie die bezogenen und über die OKP abgerechneten Gesundheitsleistungen. Bei den einkommensschwachen Haushalten werden zusätzlich die Beiträge der individuellen Prämienverbilligung und allenfalls der Ergänzungsleistungen zur AHV/IV auf der Einnahmenseite verbucht.

Die Interaktion der Haushalte mit den Leistungserbringern, der OKP-Versicherungen und der öffentlichen Hand ist in Grafik G1 in Form von Zahlungsflüssen (Pfeile) dokumentiert. Die **Krankenkassen** sind im Modell Intermediäre, die an der Abwicklung der Finanzflüsse beteiligt sind. Auch die **Leistungserbringer** werden im Modell als Intermediäre betrachtet, weil sie die nachgefragten Gesundheitsleistungen anbieten.

Datengrundlage

Um die Umverteilungsflüsse zu quantifizieren, wird eine Vielzahl von Datenquellen herangezogen. Im Kern beruht das Inzidenzmodell auf dem **Basisdatensatz** der Statistics on Income and Living Conditions (SILC; Bundesamt für Statistik, Stichjahr 2010). Aus den SILC-Daten bezieht das Modell die für Schweiz repräsentativen Bevölkerungscharakteristika zu den Personen und die Grundstrukturen der Familien und Haushalte. Für die Analyse werden **ausschliesslich empirische Daten** zu den Haus-

halten und Personen verwendet und keine synthetischen Haushaltsstrukturen oder Personen konstruiert. Die in SILC erhobenen Angaben (wie Haushaltseinkommen oder Gesundheitszustand) sind sehr umfangreich und decken einen grossen Teil der relevanten Daten ab. Diejenigen Angaben, die nicht originär in SILC erfasst sind, werden auf Basis der Mikrosimulationsmethode im Modell ergänzt.

Mikrosimulationsmethodik

Die SILC-Ausgabe 2010 enthält keine Individualdaten (bzw. keine Daten in der geforderten Qualität) zu den OKP-relevanten Variablen Franchise, Prämie, Selbstbehalt, Kostenbeteiligung, Out-of-Pocket-Beiträge, Prämienverbilligung und bezogene Gesundheitsleistungen. Hierzu müssen **Zubringerdaten** herangezogen werden. Die Einbindung der zusätzlichen Daten gestaltet sich schwierig, weil die aktuelle Rechtslage eine derart umfangreiche Datenverknüpfung auf dem Niveau von Personen untersagt.

An dieser Stelle kann jedoch mit der Methode der **Mikrosimulation** auf ein etabliertes Verfahren zurückgegriffen werden, um die fehlenden Daten im Basisdatensatz zu ergänzen. Die Mikrosimulation erfolgt dabei zweistufig.

- Im ersten Schritt werden die für das Inzidenzmodell fehlenden Angaben, gestützt auf andere Datengrundlagen (schweizerische Gesundheitsbefragung, BFS) mit **statistischen Modellen** geschätzt. Bei der Modellierung werden die **kantonalen Strukturen und Besonderheiten** implementiert (beispielsweise alle kantonalen IPV-Systeme). Die geschätzten Modelle werden anschliessend auf die SILC-Daten angewendet, um dort die fehlenden Variablen und Beobachtungen einzusetzen.
- Im darauffolgenden Schritt wird die Verteilung der modellierten und eingesetzten Werte an die beobachtete Verteilung in der Ge-

samtpopulation (sogenannten Makrogrössen) angepasst (kalibriert).

Die **Funktionsweise der Mikrosimulation** kann exemplarisch für die Franchisewahl aufgezeigt werden. Hierzu werden mit den Individualdaten der schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS, 2007) unter Einbezug der relevanten Erklärungsvariablen statistische Modelle zur Wahl der Franchisen geschätzt. Diese Modelle werden anschliessend auf den Basisdatensatz übertragen. Das heisst: Zu jeder in SILC erfassten Person wird unter Berücksichtigung der sozioökonomischen Ausstattung, des Alters, des Gesundheitszustands und weiterer Faktoren auf der Grundlage des Modells die gewählte Franchise eingesetzt. Im nächsten Schritt wird die Verteilung der eingesetzten Franchisen an die Populationsverteilung (Makrogrössen) aus der Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (BAG) angepasst.

Dieses methodische Verfahren stellt sicher, dass die simulierten Daten konsistent sind mit den beobachteten Makrogrössen. Hinsichtlich der Bedeutung für die Ergebnisse der Umverteilung kommt den Makrovorgaben eine zentrale Funktion zu, weil sie als Haupttreiber des Modells die Höhe der berechneten Nettoumverteilungseffekte massgeblich bestimmen. Demgegenüber liefert die Struktur in den Individual- und Haushaltsdaten die Information zur Verteilung und Korrelationsstruktur der Merkmale zwischen Personen- und Haushaltsgruppen.

Analysemöglichkeiten des Inzidenzmodells

Das Inzidenzmodell ermöglicht folgende Auswertungen zur OKP-

¹ Es wird nur der OKP-relevante Anteil des Out-of-Pocket-Beitrags miteinbezogen. Das sind Ausgaben, die von den Haushalten nicht der Krankenkasse gemeldet werden, da sie beispielsweise unter der Franchise liegen und somit ohne Weiterleitung an die Krankenkassen von den Haushalten bezahlt werden.

Umverteilung auf Bundes- und kantonaler Ebene:

- Transfers zwischen Personen und Haushalten nach Einkommen/Lebensstandard, Alter, Haushaltstyp (mit und ohne Kinder), Geschlecht, Gesundheitszustand und Nationalität;
- finanzielle Belastung der Personen und Haushalte durch die OKP (im Vergleich zum verfügbaren Einkommen).

Fazit

Mit dem «OKP-Inzidenzmodell 2010» können die vielfältigen Umverteilungseffekte in der obligatorischen Krankenversicherung erstmals umfassend analysiert werden. Das Modell zeichnet sich dadurch aus, dass einerseits die Nettofinanzierungsbei-

träge (Finanzierungs- und Leistungsseite) für Personen- und Haushaltsgruppen gesondert berechnet werden können. Andererseits basiert das «OKP-Inzidenzmodell 2010» auf den empirischen Daten der SILC-Erhebung 2010. Diese Datenbasis stellt sicher, dass die hochgerechneten Schätzwerte für die Schweiz repräsentativ sind. Die Erörterung der Umverteilungseffekte muss dabei nicht auf den schweizweiten Analysehorizont beschränkt bleiben, sondern kann für jeden Kanton separat angesetzt werden.

Das Inzidenzmodell 2010 ist als Werkzeugkasten konzipiert und modular aufgebaut. Diese Eigenschaften erlauben es, alternative Szenarien oder Reformvorhaben (z.B. Abschaffung der Kinderprämien) zu implementieren und hinsichtlich ihrer Umverteilungswirkung zu beurteilen.

Überdies kann das Modell für eine künftig verbesserte Datenlage angepasst werden und bleibt in Bezug auf eine Weiterentwicklung hin zu einem dynamischen Modell ausbaufähig.

André Müller, dipl. Ing. ETH und lic. rer. pol., Partner Ecoplan
E-Mail: mueller@ecoplan.ch

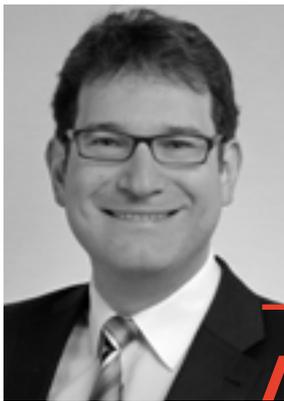
Tobias Schoch, lic. phil. hist., Senior Consultant Ecoplan
E-Mail: schoch@ecoplan.ch

Studie

Ecoplan, *Umverteilungseffekte in der obligatorischen Krankenversicherung. Mikrosimulation für die Schweizer Bevölkerung auf Basis der SILC-Erhebung unter Berücksichtigung der kantonalen Strukturen*, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit, Bern 2013

Krankenversicherung: Wer bezahlt, wer bekommt?

Die Mikrosimulationsstudie von Ecoplan beschreibt, wie die Krankenversicherung auf einzelne soziale Gruppen wirkt. Sie zeigt Stärken und Schwächen der aktuellen Finanzierung der Krankenversicherung auf und ermöglicht es dem Bundesamt für Gesundheit (BAG), geplante Massnahmen im Bereich der Grundversicherung im Hinblick auf die finanzielle Situation der Haushalte zu beurteilen.



Christoph Kilchenmann
Bundesamt für Gesundheit

Krankenversicherungsprämien stellen für Schweizer Haushalte eine unterschiedlich grosse Belastung dar. Wie gross diese ausfällt, hängt von der Familien- und Einkommenssituation ab. Umgekehrt beziehen die Versicherten Gesundheitsleistungen in unterschiedlichem Ausmass. Die Inzidenzanalyse von Ecoplan¹ unter-

sucht diese Effekte und trägt damit zum besseren Verständnis des Gesundheitssystems bei. Sie ermöglicht es dem BAG, allfällige Schwachpunkte der heutigen Finanzierung der OKP zu lokalisieren und die Auswirkung geplanter Massnahmen auf die Umverteilung zu analysieren, beispielsweise im Rahmen des Pro-

gramms Gesundheit2020. Aus der Fülle der Ergebnisse werden im Folgenden einige Erkenntnisse beispielhaft genannt:

- Die Umverteilung **von jungen zu alten Personen**, auf die die öffentliche Diskussion regelmässig fokussiert, kann mit dem Modell quantifiziert werden. Bekanntlich steigt der Leistungsbezug ab dem 25. Altersjahr an und nimmt ab dem 75. Lebensjahr sprunghaft zu. Das Modell zeigt, dass Versicherte bis zu einem Alter von 60 Jahren über Prämien und Steuern einen höheren Finanzierungsbeitrag leisten als sie Leistungen aus der OKP beziehen, später ist es umgekehrt. Dies steht durchaus im Einklang mit dem Solidaritätscharakter der Krankenversicherung. Interessant ist jedoch vor allem die finanzielle Belastung **im Verhältnis zum verfügbaren Einkommen**: Sie ist in allen Altersgruppen ähnlich und bewegt sich zwischen sieben und zehn Prozent des verfügbaren Einkommens. Bei den 31- bis 35-Jährigen ist sie am höchsten, danach sinkt sie, um im Rentenalter wieder etwas zuzunehmen.
- Vergleichbar gelagerte gruppenspezifische Zusammenhänge resultieren sich in den Ergebnissen nach **Haushaltstypen**. Während Rentnerhaushalte und – in geringerem Ausmass – Einelternfamilien mehr Leistungen aus der OKP beziehen als sie über Prämien, Kostenbeteiligung und Steuern finanzieren, ist es bei Haushaltstypen mit zwei erwachsenen Personen (Paare, Familien) umgekehrt. Die relative Betrachtung zeigt, dass grössere Haushalte einen höheren Anteil ihres

¹ Vgl. Müller, André und Tobias Schoch, *Umverteilung in der obligatorischen Krankenversicherung: eine Mikrosimulationsstudie*, in der vorliegenden CHSS.

Einkommens für die Krankenversicherung aufwenden als Einpersonenhaushalte. Im Vergleich zu anderen Haushaltstypen werden Zweielternfamilien mit mehreren Kindern nicht nur absolut, sondern auch im Vergleich zum verfügbaren Einkommen am stärksten belastet. Bei der Weiterentwicklung des Systems der OKP ist den Auswirkungen auf diese Bevölkerungsgruppe Beachtung zu schenken.

- In absoluten Zahlen leisten **einkommensstarke** Haushalte den massgeblich grössten Beitrag an die Finanzierung der OKP. Der Grund liegt in den höheren Steuerzahlungen, die diese Gruppe an die Finanzierung der individuellen Prämienverbilligung und der Ergänzungsleistungen erbringt. **Einkommensschwache** Haushalte zahlen dagegen dank der Prämienverbilligung einen unterdurchschnittlichen Beitrag. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn die **relative** Belastung zur Beurteilung der Finanzierungslast herangezogen wird: Obwohl die einkommensstärksten Haushalte

die grössten Zahler sind, ist ihre relative Belastung geringer als diejenige der einkommensschwachen Haushalte. Das Resultat der Analyse ist aus sozialpolitischer Warte zweischneidig: Einerseits ist der effektiv bezahlte Beitrag für die Krankenversicherung bei tieferen Einkommen geringer, im Verhältnis zum Einkommen stellt die OKP für Haushalte mit tiefen Einkommen jedoch eine grössere Belastung dar als für reiche Haushalte.

- Während das Leistungspaket in der OKP für die ganze Schweiz umfangmässig gleich ist, gibt es bedeutende Unterschiede zwischen Kantonen – sowohl hinsichtlich der bezogenen Leistungen und dadurch der zu entrichtenden Prämien als auch hinsichtlich Anspruch und Umfang von Prämienverbilligung und Steuerbelastung. Eine Erkenntnis aus der Inzidenzanalyse ist, dass die OKP Umverteilungswirkungen hervorruft, die sich von Kanton zu Kanton erstaunlich stark unterscheiden. In einigen Kantonen (namentlich Bern und Jura) zeigt

das Modell, dass die Existenz der OKP die Verteilung der verfügbaren Einkommen wesentlich ungleicher macht, was in anderen nur in geringem Ausmass der Fall ist. Eine vertiefte Analyse könnte zeigen, inwiefern sich mit einer Anpassung der Prämienverbilligung die Situation in den betreffenden Kantonen verbessern liesse.

Mit der Inzidenzanalyse liegt in Bezug auf die Krankenversicherung neu ein Instrument vor, mit dem das BAG Umverteilungswirkungen analysieren und geplante Massnahmen im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die verfügbaren Einkommen beleuchten kann.

Christoph Kilchenmann, Dr. rer. pol., Leiter der Sektion Prämien und Solvenzaufsicht, Abteilung Versicherungsaufsicht, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG
E-Mail: christoph.kilchenmann@bag.admin.ch

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2013

Mit einem Leistungsvolumen von rund 40 Mrd. Franken und 2,4 Millionen Rentnerinnen und Rentnern ist die AHV die zentrale Säule der schweizerischen Sozialvorsorge. Zwischen Dezember 2012 und Dezember 2013 ist die Zahl der Personen, die eine AHV-Rente beziehen, um 2,5 Prozent (+56 800) gestiegen.



Jacques Méry
Bundesamt für Sozialversicherungen

Personen und Rentensummen nach Rentenart

Im Dezember 2013 bezogen 2,4 Millionen Personen eine Rente der AHV: 2 142 800 Personen (90,3%) erhielten eine Hauptrente der Altersversicherung, 169 400 (7,1%) eine Hinterlassenenrente (Witwen-, Witwer- oder Waisenrente). Hinzu kommen vor allem Zusatzrenten (Zusatzrenten für Ehegatten und Kinder), die erneut merklich zurückgegangen sind (-2,2%). Der Grund dafür sind die Auswirkungen der 5. IV- sowie der 10. AHV-Revision.

Die Tabelle **T1** enthält eine Übersicht über die Struktur der Bezügerinnen und Bezüger sowie die Rentenarten im Dezember 2013 im Vergleich zum Vorjahr.

Entwicklung und Dynamik der Altersrentnerinnen und -Rentner

2013 nahm die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger einer Hauptrente um 5 400 Personen zu. Das entspricht einem Anstieg von 2,6 Prozent (vgl. Tabelle **T2**). Die Rentensumme stieg

um 3,1 Prozent, was hauptsächlich auf die Erhöhung der Minimalrente per 1. Januar 2013 zurückzuführen ist.

Dieser Anstieg versteht sich «netto». Für eine Gesamtsicht müssen die «Brutto»-Bewegungen der Versicherung untersucht werden. Mit Ausnahme des Jahres 2005, als das Frauenrentenalter von 63 auf 64 Jahre erhöht wurde, ist die Zahl der neu ausgerichteten Altersrenten in den letzten zehn Jahren praktisch jedes Jahr doppelt so stark angestiegen wie die Zahl der erloschenen Renten.

2013 kamen 131 000 neue Altersrenten hinzu (einschliesslich Übertritte aus IV und HV¹), was 6,3 Prozent des Bestandes zu Jahresbeginn ausmachte. 15 200 (oder 11,6%) der AHV-Neurentnerinnen und -Neurentner bezogen zuvor eine IV-Rente und 4 100 (3,1%) eine Witwen- bzw. Witwerrente.

Der Wohnort ist hier ein wichtiger Erklärungsansatz (Schweiz oder Ausland). Während das Verhältnis zwischen erloschenen Renten (21 100) und neuen Altersrenten (43 000) bezogen auf das Ausland bei etwa zwei zu fünf liegt, kommen in der Schweiz auf etwas mehr als zwei erloschene Renten (55 400) drei Neurentner (88 000). Festzustellen ist zudem eine leichte Zunahme der Abwanderung aus der Schweiz ins Ausland von Personen, die bereits eine Altersrente beziehen. Der Anstieg der Anzahl Altersrentnerinnen und -rentner im Ausland dürfte in den kommenden Jahren anhalten. Diese Entwicklung widerspiegelt die bedeutenden Migrationsströme der Schweiz in den letzten vierzig Jahren. Was die Hinterlassenenrenten anbelangt, werden in der Schweiz weniger

1 HV: Hinterlassenenversicherung

Bezüger/innen und Summe der AHV-Renten, nach Rentenart, Schweiz und Ausland, 2012 bis 2013 (Dezember)

T1

	Rentner/innen		Veränderung in%	Monatliche Rentensummen		Veränderung in%
	2012	2013		2012 in Tausend Fr.	2013 in Tausend Fr.	
Altersrente						
Hauptrenten						
• Männer	936 800	968 700	3,4%	1 282 800	1 333 500	4,0%
• Frauen	1 151 600	1 174 000	1,9%	1 724 600	1 767 800	2,5%
Total	2 088 400	2 142 800	2,6%	3 007 400	3 101 300	3,1%
Zusatzrenten						
• Ehegatten	39 900	37 400	-6,2%	6 000	5 300	-10,6%
• Kinder (Vater/Mutter)	21 400	22 600	5,4%	13 000	13 900	6,7%
Total	61 300	60 000	-2,2%	19 000	19 200	1,3%
Hinterlassenenrenten						
• Witwen	126 500	131 200	3,6%	122 900	125 600	2,2%
• Witwer	2 200	2 200	-0,5%	2 600	2 600	-0,9%
• Waisen	36 900	36 100	-2,2%	22 700	22 300	-1,9%
Total	165 700	169 400	2,3 %	148 300	150 500	1,5%
Total AHV-Renten	2 315 400	2 372 200	2,5%	3 174 600	3 271 000	3,0%

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Witwen- bzw. Witwerrenten ausbezahlt als im Ausland. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Ehepartner, die nie Beiträge bezahlt haben, keinen Anspruch auf eine AHV-Rente haben und deshalb beim Hinschied des Ehepartners eine Witwen- bzw. Witwerrente beziehen.

Bei der Leistungshöhe (vgl. Tabelle T3) sind zwei Punkte hervorzuheben: Neue Altersrenten sind durchschnittlich tiefer als erloschene Renten. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass die neuen Rentnerinnen und Rentner nicht mehr zur gleichen Personenkategorie gehören wie Personen, deren Rente erloschen ist. Zum Beispiel betreffen die erloschenen Renten (Todesfall) viele Witwen. Da verwitwete Personen Anspruch auf einen Zuschlag bei der Rentenberechnung haben, fällt ihre Rente durchschnittlich höher aus. Aus der

Entwicklung der Altersrenten und der Witwen-/Witwerrenten, 2012 bis 2013

T2

	Altersrenten		Witwen-/Witwerrenten	
	Schweiz	Ausland	Schweiz	Ausland
Bestand Dezember 2012	1 430 300	658 000	50 600	78 200
Erloschene Renten	-55 400	-21 100	-4 400	-1 600
davon: Anspruch erloschen			- 800	-1 100
Übertritt HV → AHV			-3 600	- 500
Neue Renten	88 000	43 000	4 400	6 200
davon: Erstrentner/in	72 600	39 100		
Übertritt IV → AHV	11 800	3 400		
Übertritt HV → AHV	3 600	500		
Wohnort CH → Ausland	-3 000	3 000	-200	200
Wohnort Ausland → CH	1 300	-1 300	100	-100
Bestand Dezember 2013	1 461 200	681 500	50 500	82 900

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

durchschnittlichen Höhe der neuen Renten lässt sich somit nicht ableiten, dass die neu ausgerichteten Renten «strukturell» tiefer sind. Der zweite Punkt ist der grosse Unterschied zwischen den durchschnittlichen Altersrenten, die in der Schweiz oder ins Ausland ausbezahlt werden. Der Grossteil der ins Ausland exportierten Renten geht an ausländische Staatsangehörige, die über unvollständige Beitragszeiten in der Schweiz verfügen und somit weniger hohe Teilrenten erhalten. Drei Viertel der Rentenzahlungen ins Ausland gehen an Personen, die nur während der Hälfte der für eine Vollrente notwendigen Zeit Beiträge bezahlt haben.

Entwicklung des Rentenbestands

Grafik G1 illustriert die wichtigsten Übertritte zwischen Alters- und Hinterlassenenversicherung und Invalidenversicherung nach Wohnsitz der Person. Vor dem Rentenalter löst der Tod des Ehepartners eine Witwen-/ bzw. Witwerrente aus; bei Invalidität besteht Anspruch auf eine Invalidenrente. Nach dem Übertritt ins Rentenalter beziehen praktisch alle in der Schweiz wohnhaften Personen eine Altersrente. In der Schweiz löst jede fünfte Altersrente eine andere Rente der 1. Säule ab. Im Ausland ist es jede zehnte neue Altersrente. Erlischt eine

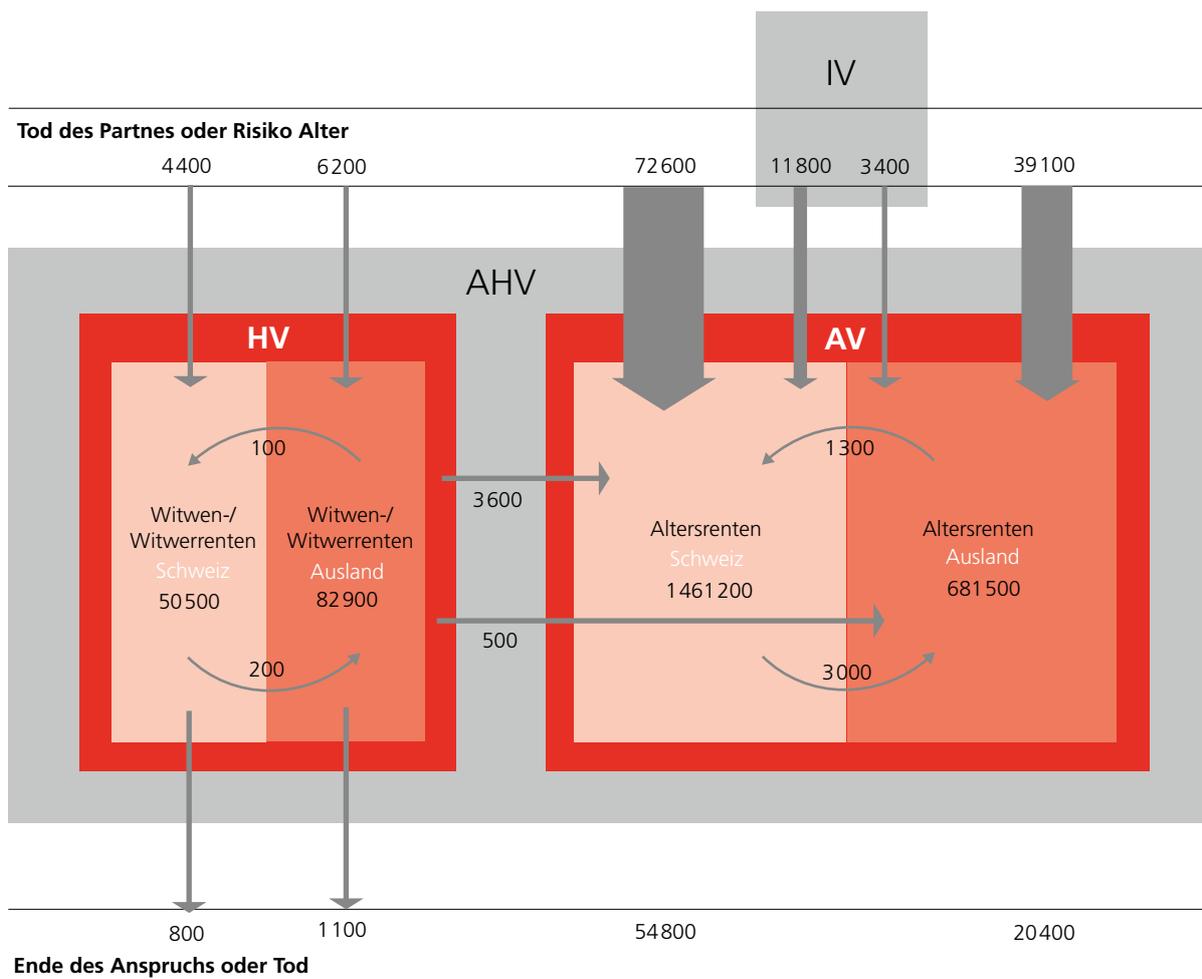
Durchschnittliche Höhe der Altersrenten im Dezember 2012 und 2013 T3

	Schweiz	Ausland
	Durchschnittsrente in Franken	
Dezember 2012	1838	575
Erloschene Renten (2012)	1911	654
Neue Renten (2013)	1817	552
Dezember 2013	1852	579

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Altersrente, ist dies in der Regel auf den Hinschied der rentenbeziehenden Person zurückzuführen.

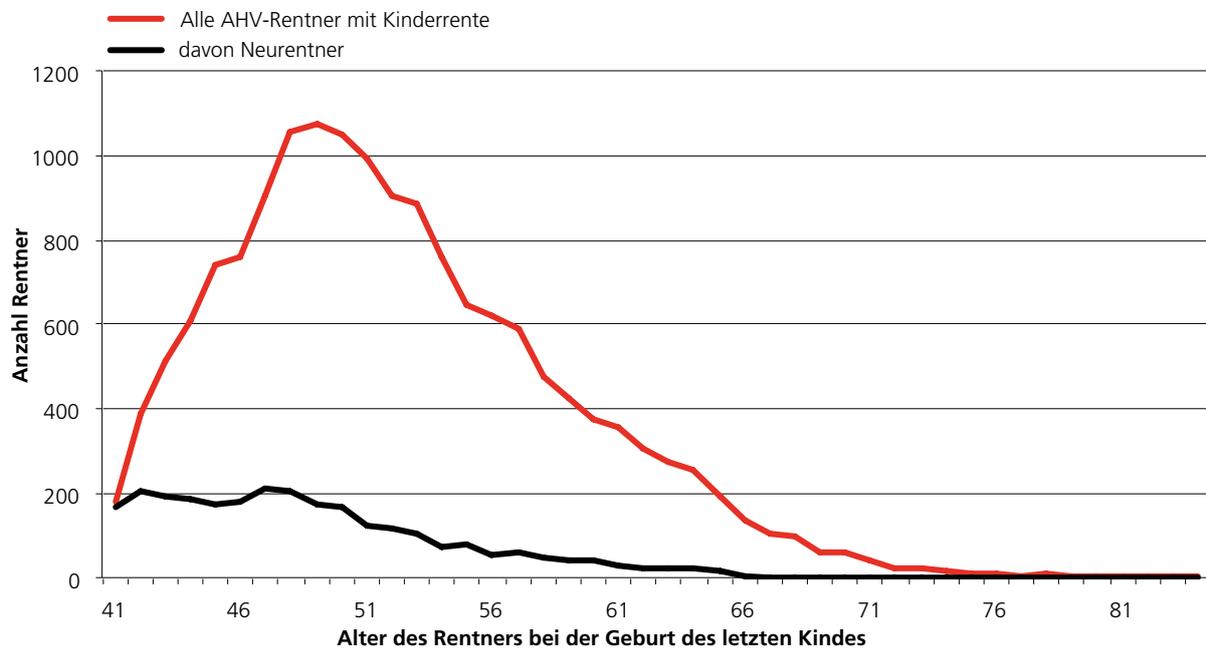
Dynamik der AHV-Renten 2013 nach Wohnsitz G1



Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes: Gesamtverteilung und neu in AHV (Dez. 2013)

G2



Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Zusatzrenten für Kinder von AHV-Rentnern

Personen, die eine AHV-Rente beziehen, haben für Kinder unter 18 Jahren (bzw. Jugendliche unter 25 Jahren in Ausbildung) Anspruch auf eine Zusatzrente. Im Dezember 2013 wurden insgesamt 22 600 Zusatzrenten für Kinder ausgerichtet (**T1**). Der Anstieg der Anzahl Kinderrenten war in den letzten zehn Jahren leicht höher als jener der AHV-Hauptrenten insgesamt (+5,8% gegenüber +2,8%). Dafür verantwortlich waren vor allem zwei Faktoren: das höhere Alter der Eltern bei der Geburt der Kinder und die längere Ausbildungsdauer der-

Kinder. In der Entwicklung der Kinderrenten widerspiegeln sich somit Prozesse, die dem Rentenanstritt weit vorgelagert sind.

Der Grossteil der Kinderrenten wird normalerweise an Väter ausgerichtet (94%). Im Zusammenhang mit diesen Renten taucht immer wieder die Frage auf, ob die betroffenen Männer – die je nach Alter der Kinder Anspruch auf mehrere Zusatzrenten haben können – erst im AHV-Alter Vater geworden sind. Analysiert man das Alter der Väter bei der Geburt des letzten Kindes, ergibt sich folgendes Bild: Die rote Kurve von Grafik **G2** illustriert für alle Väter, die 2013 eine Zusatzrente bezogen, die Gesamtverteilung nach Alter bei der Geburt des Kindes.

Die schwarze Kurve in Grafik **G2** entspricht der Altersverteilung bei Geburt für jene Väter, die im Verlauf des Jahres 2013 neu eine AHV-Rente bezogen (Untergruppe der Gesamtpopulation). Es zeigt sich, dass die Hälfte der Kinder, die Anspruch auf eine Zusatzrente verleihten, vor dem

51. Altersjahr und drei Viertel der Kinder vor dem 56. Altersjahr des Vaters geboren wurden. Rund drei Viertel der Väter, die 2013 das AHV-Rentenalter erreichten, waren bei der Geburt des letzten Kindes noch nicht 50 Jahre alt. Der Grossteil der Kinder, die Anspruch auf eine Zusatzrente verleihten, befand sich zum Zeitpunkt des Rentenanstritts des Vaters in Ausbildung. Fälle, in denen der Vater bei der Geburt bereits im Rentenalter ist, sind sehr selten. 2013 waren es rund 30 Fälle.

Die kürzlich vom BSV veröffentlichte AHV-Statistik enthält weitere Ergebnisse. Die neuste Ausgabe mit ausführlichen Tabellen ist abrufbar unter: www.ahv.bsv.admin.ch

Jacques Méry, dipl. Math., wissenschaftlicher Experte, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: jacques.mery@bsv.admin.ch

Arbeitsmarktpolitik

14.3009 – Motion Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur (WBK) vom 24.2.2014: Massnahmen zur Linderung des Fachkräftemangels aufgrund der neuen Ausgangslage

Die WBK des Ständerats hat folgende Motion eingereicht:

«Nach Annahme der Volksinitiative «gegen Masseneinwanderung» stellt sich für verschiedene Branchen unserer Volkswirtschaft im verschärften Masse die Frage nach der Rekrutierung genügend geeigneter Fachkräfte. In Anbetracht dieser neuen Ausgangssituation wird der Bundesrat aufgefordert, in Absprache mit den Kantonen und den Organisationen der Arbeitswelt (OdA) die Strategie zur Behebung des Fachkräftemangels zu überarbeiten und dem Parlament entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Darin soll er:

1. aufzeigen, in welchen Branchen sich die neue Ausländerpolitik im besonderen Masse auf den Fachkräftemangel auswirken wird;
2. prüfen, inwieweit die Erteilung von Ausländerkontingenten an Unternehmen an die Bereitschaft zur Ausbildung von Lernenden und Studierenden geknüpft werden könnte;
3. vorschlagen, wie der Bund im Rahmen seiner hochschulpolitischen Aktivitäten ein Schwergewicht auf die effektiven gesellschaftlichen Bedürfnisse legen kann;
4. Massnahmen vorschlagen, mit denen proaktiv junge Menschen motiviert werden können, sich für Berufe zu entscheiden, bei denen ein besonders hoher Mangel an Fachkräften besteht;
5. Massnahmen aufzeigen, wie man der Nachfrage von Medizinerinnen und Mediziner und von Fachpersonal in den Pflegeberufen gerecht werden kann;
6. ergänzende Möglichkeiten aufzeigen, wie bereits getroffene Mass-

nahmen angepasst oder intensiviert werden können, damit Arbeitsplätze besser besetzt werden können (Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Integration älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, Nachholbildung, Umschulung, Wiedereinstieg, freiwillige längere Erwerbsdauer).»

Antrag des Bundesrats vom 16.4.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

14.3235 – Postulat Heim, Bea vom 21.3.2014: Ältere Arbeitnehmende auf dem Arbeitsmarkt. Chancen und Perspektiven

Nationalrätin Bea Heim (SP, SO) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird gebeten, in einem Bericht aufzuzeigen, welche Massnahmen seit 2003 respektive 2006 getroffen wurden vonseiten des Bundes wie auch aufseiten der Wirtschaft zur Erhöhung der Chancen älterer Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt und mit welchem Ergebnis.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

Berufliche Vorsorge

14.3243 – Motion Leutenegger Oberholzer, Susanne vom 21.3.2014: Good Governance von Vorsorgeeinrichtungen. Transparenz bei Entschädigungen

Nationalrätin Susanne Leutenegger Oberholzer (SP, BL) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, bei den Vorsorgeeinrichtungen für Transparenz bei den Entschädigungen des operativen Personals und insbesondere der Leitung zu sorgen und falls erforderlich, dem Parlament

eine entsprechende Gesetzesänderung zu unterbreiten.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme der Motion.

14.3262 – Motion Jans, Beat vom 21.3.2014: Schutz der Gelder der 2. Säule und des Klimas

Nationalrat Beat Jans (SP, BS) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird gebeten, die gesetzlichen Grundlagen dahingehend zu ändern, dass die Vorsorgeeinrichtungen der beruflichen Vorsorge keine Anlagen in Konzernen tätigen dürfen, welche fossile Energieträger wie Erdöl, Erdgas oder Kohle fördern oder entsprechende Rohstoffreserven besitzen. Bestehende Investitionen (Aktien, Obligationen usw.) in solchen Unternehmen sollen innerhalb von 5 Jahren abgestossen werden.»

Antrag des Bundesrats vom 21.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Familie, Generationen und Gesellschaft

14.3068 – Motion Grünliberale Fraktion (Sprecherin Kathrin Bertschy) vom 12.3.2014: Elternurlaub statt Mutterschaftsentschädigung

Die Grünliberale Fraktion im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Gesetzentwurf für einen Elternurlaub mitsamt einer volkswirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Abschätzung vorzulegen. Der Elternurlaub orientiert sich an folgenden Parametern: Die Mutterschaftsentschädigung wird durch einen Elternurlaub abgelöst. Dieser beträgt mindestens 14 Wochen, kann

jedoch neu auf bis zu 20 Wochen ausgedehnt werden, sofern die Eltern den Elternurlaub ausgeglichen untereinander aufteilen. Anspruch auf Elternurlaub haben wie bis anhin nur Erwerbstätige (Mütter und neue Väter). Die Finanzierung erfolgt über die EO. Zudem soll festgelegt werden, in welchem Zeitraum der Elternurlaub zu beziehen ist.»

Antrag des Bundesrats vom 30.4.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.3109 – Motion Caroni, Andrea vom 18.3.2014: Elternurlaub. Mehr Wahlfreiheit bei gleichen Kosten

Nationalrat Andrea Caroni (FDP, AR) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, den Gesetzentwurf für einen Elternurlaub vorzulegen, der den heutigen Mutterschaftsurlaub als Ausgangspunkt nimmt, es jedoch ermöglicht, dass ein Teil der 14 Wochen statt durch die Mutter auch durch den Vater bezogen werden kann. Dadurch soll kein Ausbau des heutigen Systems erfolgen, sondern einzig eine Flexibilisierung.»

Antrag des Bundesrats vom 30.4.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.3184 – Postulat Amherd, Viola vom 20.3.2014: Schaffung eines Kompetenzzentrums für den Umgang mit neuen Medien

Nationalrätin Viola Amherd (CVP, VS) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird gebeten, im Hinblick auf das Auslaufen des nationalen Programms Jugend und Medien im Jahr 2015 die Schaffung eines Kompetenzzentrums zu prüfen, welches den sich rasant verändernden technologischen Entwicklungen der elektronischen Medien Rechnung trägt.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

14.3285 – Motion Rechsteiner, Paul vom 21.3.2014: Anpassung der Kinderzulagen

Ständerat Paul Rechsteiner (SP, SG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, eine Anpassung des Familienzulagengesetzes vom 24. März 2006 in dem Sinne vorzulegen, als die Kinderzulage auf mindestens 250 Franken und die Ausbildungszulage auf mindestens 300 Franken zu erhöhen ist.»

Antrag des Bundesrats vom 21.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gesundheit

14.3162 – Motion Schmid-Federer, Barbara vom 20.3.2014: Anreize zur Verminderung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen schaffen

Nationalrätin Barbara Schmid-Federer (CVP, ZH) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und der Wirtschaft die seit Jahren identifizierten Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich des Nachwuchses im Gesundheitswesen rasch umzusetzen und die identifizierten Potenziale im Inland diesbezüglich bestmöglich zu aktivieren und weitere Anreize zur Verminderung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen zu schaffen.»

Antrag des Bundesrats vom 21.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gleichstellung

14.3269 – Motion Golay, Roger vom 21.3.2014: Grössere Autonomie und bessere soziale Integration von Personen mit Behinderung ermöglichen

Nationalrat Roger Golay (MCR, GE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament einen Entwurf zu Gesetzesänderungen im Bereich der Sozialversicherungen (IV, EL, BVG, UVG, KVG usw.) vorzulegen, die zum Zweck haben, dass die Sozialversicherungen die Kosten für optimale Hilfsmittel für Personen mit einer Behinderung übernehmen.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Invalidenversicherung

14.3191 – Postulat vom 20.3.2014: Erwerbsintegration von Psychischkranken

Nationalrätin Maja Ingold (EVP, ZH) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, mit welchen Massnahmen er die psychischen Probleme der heutigen Erwerbsbevölkerung, insbesondere die Wiederintegration von psychischkranken IV-Bezüglern in den Arbeitsmarkt, wirkungsvoller angehen will.»

Antrag des Bundesrats vom 30.4.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

Migration

14.3071 – Motion Fraktion der Schweizerischen Volkspartei (Sprecher Pirmin Schwander) vom 12.3.2014: Einschränkung des Familiennachzugs für Personen aus der EU

Die Fraktion der Schweizerischen Volkspartei im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, mit der EU über eine Einschränkung des Familiennachzugs von Personen aus der EU/Efta zu verhandeln. Konkret sollen nur noch Ehegatten und Familienangehörige in direkt absteigender (Kinder) oder direkt aufsteigender (Eltern) Linie nachgezogen werden können, nicht aber andere Familienangehörige. Weiter soll kein Anspruch auf Familiennachzug bestehen. Unter anderem muss die «Unterhaltsfähigkeit» der nachziehenden Person dadurch gewährleistet sein, dass diese keine Sozial-, Arbeitslosen- oder Ergänzungsleistungen bezieht und die Wohnung eine bedarfsgerechte Grösse aufweist. Die Behörden haben dies vor der Erteilung der Bewilligung zu kontrollieren.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.3090 – Motion Brand, Heinz vom 13.3.2014: Teilzeitbeschäftigte Zuwanderer ohne Anspruch auf Unterstützungsleistungen

Nationalrat Heinz Brand (SVP, GR) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, gesetzliche Änderungen vorzulegen, damit Zuwanderer mit Teilzeitpensen, die eine ausländerrechtliche Bewilligung aufgrund einer Erwerbstätigkeit beantragen, vor der Erteilung der entsprechenden Bewilligung den Nachweis erbringen müssen, dass sie in der Lage sind, ihren Lebensunterhalt dauerhaft und selbstständig ohne staatliche Unterstützung zu bestreiten.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Sozialpolitik

14.3210 Postulat Zanetti, Roberto vom 20.3.2014: Reduktion des Mindestrückzahlungsbetrages gemäss Wohneigentumsförderungsverordnung

Ständerat Roberto Zanetti (SP, SO) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, eine direkte Reduktion des Mindestrückzahlungsbetrages gemäss Artikel 7 Absatz 1 der «Verordnung über die Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge

(WEFV)» (SR 831.411) zu prüfen bzw. zu prüfen, ob den einzelnen Vorsorgeeinrichtungen die Kompetenz eingeräumt werden soll, eine entsprechende Reduktion des Mindestrückzahlungsbetrags in ihren Reglementen vorsehen zu können.»

Antrag des Bundesrats vom 14.5.2014

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

14.3242 – Postulat Leutenegger Oberholzer, Susanne vom 21.3.2014: Strategie für eine schweizerische Alterspolitik aktualisieren

Nationalrätin Susanne Leutenegger Oberholzer (SP, BL) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, den Bericht des Bundesrats vom 29. August 2007 für eine schweizerische Alterspolitik zu aktualisieren und den neuen Anforderungen anzupassen. Zu verstärken und besonders zu beleuchten ist darin insbesondere der Aspekt der Langlebigkeit mit all ihren Folgen (u.a. Demenz, Betreuungsbedarf), die Bemühungen zur verstärkten Arbeitsmarktintegration älterer Menschen, die Koordination der subventionierten Altershilfe zwischen Bund und Kantonen, die Lebenssituation der Menschen im Rentenalter.»

Antrag des Bundesrats vom 21.5.2014

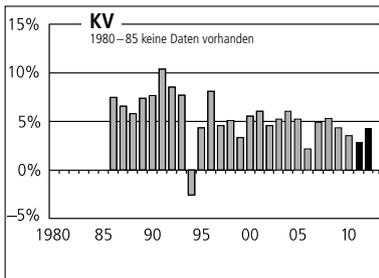
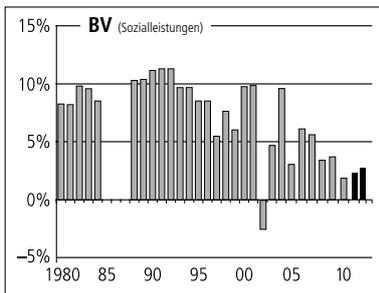
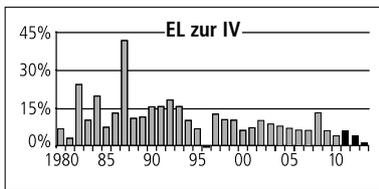
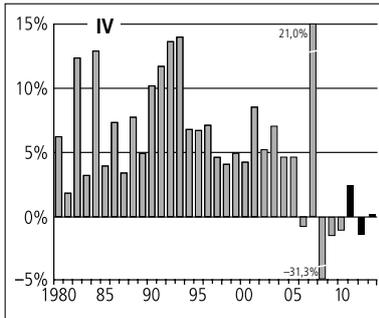
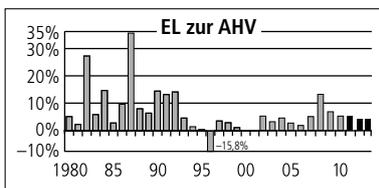
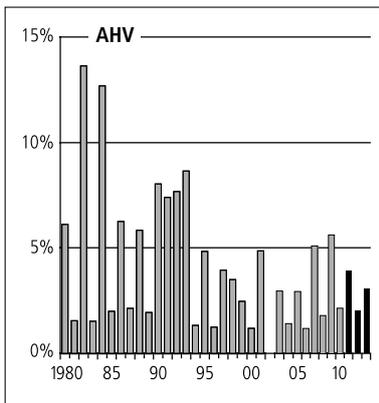
Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulats.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats (Stand 31. Mai 2014)

Vorlage: Geschäftsnr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung: 12.027	15.2.12	BBl 2012, 1941	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1.13	SR 18.3.13, 4.3.14 (Ablehnung Rückweisung)	SGK-N 23.5., 24./25.10.13, 20./21.2., 26./27.5.14	NR 4./5.12.13 (Rückweisung an den Bundesrat) 10.3.14 (Zustimmung; keine Rückweisung)		
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Korrektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämien): 12.026	15.2.12	BBl 2012, 1923	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1., 2.5., 2.7.13	SR 17.9.13, 11.3.14	SGK-N 24./25.10.13 20./21.2.14	NR 5.3.14	21.3.14	
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung): 13.080	20.9.13	BBl 2013, 7953	SGK-N 6./7./8.11.13		SGK-S 11.2.14			
Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung: 08.047	30.5.08	BBl 2008, 5395	SGK-N 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11. 08; 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09; 28.1., 24.6.10	NR 11.6.09 (Rückweisung Entwurf 1 an SGK-N, Sistierung Entwurf 2), 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-S 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung des Entwurfs 1 an den Bundesrat, Zustimmung zur Sistierung des Entwurfs 2)		
Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»: 13.079	20.9.13	BBl 2013, 7929	SGK-S 14.11.13	SR 9.12.13	SGK-N 24.1.14	NR 5.3.14	21.3.14	
Soziale Sicherheit. Abkommen mit den USA: 13.037	15.5.13	BBl 2013, 3377	SGK-N 15./16.8.13	NR 12.9.13	SGK-S 9./10.1.14	SR 11.3.14		
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Uruguay: 14.017	12.2.14	BBl 2014, 1733	SGK-S 3./4.4.14					
ZGB. Vorsorgeausgleich bei Scheidung: 13.049	29.5.13	BBl 2013, 4887	RK-S 1./2.7., 27.8., 14.11.13; 15.1.14					
Internationale Arbeitsorganisation. Übereinkommen Nr. 189: 13.067	28.8.13	BBl 2013, 6927	SGK-S 9./10.1.14	SR 20.3.14				
Volksinitiative «Familien stärken! Steuerfreie Kinder- und Ausbildungszulagen. Volksinitiative»: 13.084	23.10.13	BBl 2013, 8461	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4.14		FK-S 24./25.3.14			
Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe»: 13.085	23.10.13	BBl 2013, 8513	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4., 19./20.5.14		FK-S 24./25.3.14			
Volksinitiative «Erb-schaftssteuerreform»: 13.107	13.12.13	BBl 2014, 125	WAK-S 27./28.3.14					

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

Veränderung der Ausgaben in% seit 1980



AHV

		1990	2000	2010	2012	2013	Veränderung in% VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	38 495	40 824	40 884	0,1%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 461	28 875	29 539	2,3%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 776	10 177	10 441	2,6%
Ausgaben		18 328	27 722	36 604	38 798	39 976	3,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	36 442	38 612	39 781	3,0%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	1 891	2 026	908	-55,2%
Kapital²		18 157	22 720	44 158	42 173	43 080	2,2%
BezügerInnen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 088 396	2 142 753	2,6%
BezügerInnen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	120 623	128 744	133 343	3,6%
AHV-Beitragszahlende		4 289 839	4 548 926	5 217 000	5 364 000	5 423 000	1,1%

EL zur AHV

		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	2 324	2 525	2 605	3,2%
davon Beiträge Bund		260	318	599	644	668	3,7%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 725	1 880	1 937	3,0%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	184 989	189 347	2,4%

IV

		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	8 176	9 889	9 892	0,0%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	4 605	4 840	4 951	2,3%
Ausgaben		4 133	8 718	9 220	9 295	9 306	0,1%
davon Renten		2 376	5 126	6 080	5 941	5 892	-0,8%
Total Betriebsergebnis		278	-820	-1 045	595	586	-1,5%
Schulden gegenüber der AHV		-6	2 306	14 944	14 352	13 765	-4,1%
IV Fonds²		-	-	-	5 000	5 000	0,0%
BezügerInnen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	279 527	271 010	265 120	-2,2%

EL zur IV

		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 751	1 911	1 923	0,6%
davon Beiträge Bund		69	182	638	686	678	-1,2%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 113	1 225	1 245	1,6%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	110 179	111 400	1,1%

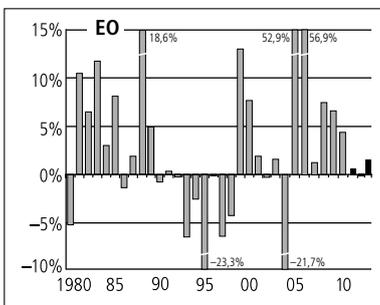
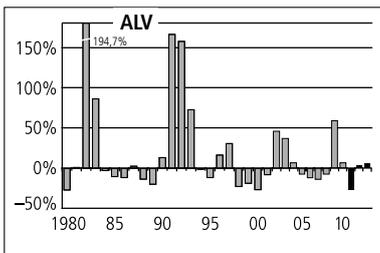
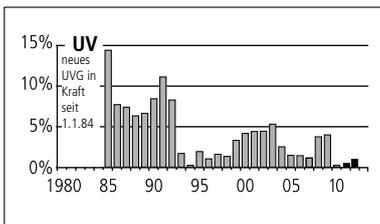
BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV

		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	62 107	63 427	...	3,0%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	15 782	16 944	...	3,2%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	25 432	25 196	...	-0,6%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	15 603	15 294	...	4,0%
Ausgaben		15 727	31 605	43 721	47 546	...	9,7%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	30 912	32 657	...	3,3%
Kapital		207 200	475 000	617 500	667 300	...	7,5%
RentenbezügerInnen	Bezüger	508 000	748 124	980 163	1 026 933	...	2,4%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	22 528	24 992	...	5,0%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	22 051	24 458	...	3,5%
Ausgaben		8 417	14 056	22 123	23 584	...	3,9%
davon Leistungen		8 204	15 478	24 292	25 901	...	3,9%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 409	-3 705	...	3,6%
Rechnungssaldo		451	-126	405	1 408	...	29,3%
Kapital		5 758	6 935	8 651	12 235	...	26,8%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 980	3 968	...	-2,5%

Veränderung der Ausgaben in% seit 1980



UV alle UV-Träger		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 181	5 992	7 863	7 599	...	-3,6%
davon Beiträge AN/AG		3 341	4 671	6 303	6 117	...	-3,6%
Ausgaben		3 259	4 546	5 993	6 199	...	2,2%
davon direkte Leistungen inkl. TZL		2 743	3 886	5 170	5 361	...	2,3%
Rechnungssaldo		923	1 446	1 870	1 401	...	-22,9%
Kapital		12 553	27 322	42 817	47 151	...	5,0%

ALV Quelle: seco		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 752	6 958	6 890	-1,0%
davon Beiträge AN/AG		609	5 967	5 210	6 350	6 269	-1,3%
davon Subventionen		-	225	536	599	611	2,0%
Ausgaben		452	3 295	7 457	5 800	6 302	8,7%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 705	1 158	587	-49,3%
Kapital		2 924	-3 157	-6 259	-3 474	-2 866	-16,9%
BezügerInnen ³	Total	58 503	207 074	322 684	279 023	296 151	6,1%

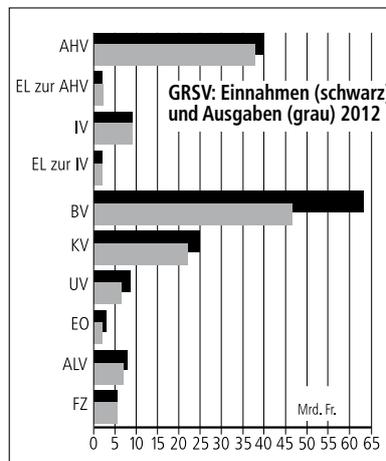
EO		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 006	1 753	1 779	1,5%
davon Beiträge		958	734	985	1 727	1 766	2,3%
Ausgaben		885	680	1 603	1 606	1 638	2,0%
Total Betriebsergebnis		175	192	-597	148	141	-4,5%
Kapital		2 657	3 455	412	657	798	21,5%

FZ		1990	2000	2010	2012	2013	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 689	3 974	5 074	5 465	...	6,5%
davon FZ Landwirtschaft		112	139	149	138	...	-2,6%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2012

Sozialversicherungsbranche	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	39 867	1,8%	38 798	2,0%	1 070	42 173
EL zur AHV (GRSV)	2 525	3,5%	2 525	3,5%	-	-
IV (GRSV)	9 760	2,7%	9 295	-2,0%	465	-9 352
EL zur IV (GRSV)	1 911	4,1%	1 911	4,1%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	63 427	3,0%	47 546	9,7%	15 880	667 300
KV (GRSV)	24 992	5,0%	23 584	3,9%	1 408	12 235
UV (GRSV)	7 599	-3,6%	6 199	2,2%	1 401	47 151
EO (GRSV)	1 736	1,5%	1 606	-0,3%	130	657
ALV (GRSV)	6 958	-3,7%	5 800	3,7%	1 158	-3 474
FZ (GRSV)	5 465	6,5%	5 435	4,6%	31	1 203
Konsolidiertes Total (GRSV)	163 623	2,5%	142 081	4,7%	21 542	757 894

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



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	19,1%	21,4%	21,0%	20,7%	20,5%	20,8%

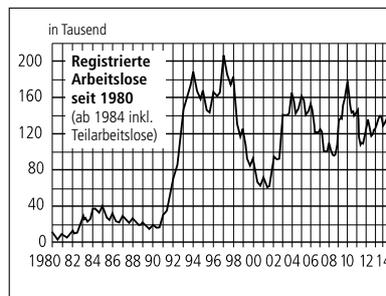
Arbeitslose

	Ø 2011	Ø 2012	Ø 2013	Mrz 14	Apr 14	Mai 14
Ganz- und Teilarbeitslose	122 892	125 594	136 524	142 846	137 087	130 310

Demografie

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

	2012	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁶	33,2%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Altersquotient ⁶	29,2%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



1 Veränderungsrate des letzten verfügbaren Jahres.
 2 Überweisung von 5 Mrd. Franken per 1.1.2011 vom AHV- zum IV-Kapitalkonto.
 3 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 4 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in%.
 5 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in%.

6 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: RentnerInnen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven. Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2014 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
21./22.8.2014	Berufliche Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung	KLZ, Zürich	Agogis Weiterbildung Röntgenstrasse 16 Postfach, 8031 Zürich Tel. 043 366 71 40, Fax 043 366 71 41 weiterbildung@agogis.ch, www.agogis.ch
21./22.8.2014	Swiss Public Health Conference 2014 «Public Mental Health» 3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz (Hinweis)	FHNW-Campus, Olten	Swiss Public Health Conference 2014 c/o Organizers Schweiz GmbH Obere Egg 2 4312 Magden Tel. 061 836 98 78, Fax 061 836 98 77 registration@organizers.ch, www.public-health.ch
26.8.2014	Sozialversicherungsrechts- tagung 2014; 2. Durchführung	Grand Casino Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel. 071 224 24 24, Fax 071 224 28 83 irp@unisg.ch, www.irp.unisg.ch
28./29.8.2014	Freiburger Sozialrechtstage – 20 Jahre Wohneigentumsför- derung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (Hinweis)	Universität Freiburg Miséricorde, Aula magna	Weiterbildungsstelle der Universität Freiburg Rue de Rome 6, 1700 Freiburg Tel. 026 300 73 47, Fax 026 300 96 49 formcont@unifr.ch, www.unifr.ch/formcont
2.9.2014	Internationales Arbeits-, Versicherungs- und Steuerrecht	Kongresshaus Zürich	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel. 071 224 24 24, Fax 071 224 28 83 irp@unisg.ch, www.irp.unisg.ch
5.9.2014	Offene Fragen zur Spital- planung und -finanzierung: Wie weiter?	Grand Casino Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel. 071 224 24 24, Fax 071 224 28 83 irp@unisg.ch, www.irp.unisg.ch
11.9.2014	5. St.Galler Pflegerechtstagung	Grand Casino Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel. 071 224 24 24, Fax 071 224 28 83 irp@unisg.ch, www.irp.unisg.ch
11./18.9.2014	Grundausbildung eidg. Sozialversicherungen	Hotel Arte, Olten	Fachschule für Personalvorsorge Seminare, Onlineanmeldung www.fs-personalvorsorge.ch
27./28.10.2014	Supported Employment in den Bereichen Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Migration	Agogis, Zürich	Agogis Weiterbildung Röntgenstrasse 16 Postfach, 8031 Zürich Tel. 043 366 71 40, Fax 043 366 71 41 weiterbildung@agogis.ch, www.agogis.ch

3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz

Wie können die Ideen, Konzepte, sowie die Evidenz zu Public Mental Health in der Schweiz aufgegriffen und umgesetzt werden? Welche Aufgaben soll die öffentliche Hand, welche Privatorganisationen übernehmen? Welche Rolle spielen die Unternehmen und welche die Gesellschaft? Und wie kann das Thema systematisch in die eigene Arbeit einfließen? Die volkswirtschaftlichen Kosten durch psychische Störungen werden auf über 11 Mrd. Franken pro Jahr geschätzt und die Behandlungskosten nehmen weiter zu. Mit dem Ansatz von Public Mental Health ist die Vorstellung verbunden, Risikofaktoren für psychische Belastungen zu erkennen, protektive Faktoren und Ressourcen zu stärken, die Lebensqualität zu verbessern und die Gesundheitsversorgung evidenzbasiert zu gestalten. Im Mittelpunkt stehen dabei ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis (sozio-psycho-biologisch), die Idee der Salutogenese sowie die Kooperation verschiedener Disziplinen und Professionen: Gesundheitswissenschaften, Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit und weitere. Ein spezielles Augenmerk gilt der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Verringerung von sozialen Ungleichheiten – auch mit Blick auf den psychischen Gesundheitsstatus.

Freiburger Sozialrechtstage

Wohneigentum in der Schweiz ist teuer. Um den Traum der eigenen vier Wände zu verwirklichen, greifen deshalb viele auf ihr Pensionskassenguthaben zurück. In ihrer heutigen Form existiert diese Möglichkeit nun seit bald zwanzig Jahren. Fachleute aus Recht und Ökonomie beschäftigen sich mit der geltenden Praxis zur vorsorgefinanzierten Wohneigentumsförderung und ihren Nebenwirkungen auf den Immobilienmarkt und den Bankensektor. Zur Sprache kommen auch die seitens des Gesetzgebers diskutierten Änderungsansätze.

Literatur

Gesellschaft

Das soziale Kapital der Schweiz, hg. von Markus Freitag, Zürich 2014, NZZ libro, CHF 36.–, ISBN 978-3-03823-882-9.

Sozialkapital beschreibt den Wert sozialer Beziehungen. Von diesem sozialen Kitt und Vitamin B können Einzelne wie ganze Gruppen, Gemeinden, Kantone oder Nationen profitieren und Erfolge in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft erzielen. Medialisierung, Individualisierung und veränderte Lebensgewohnheiten fordern die Entwicklung des Miteinanders aber zunehmend heraus und gefährden die Fundamente des sozialen Zusammenhalts. In diesem Band analysiert Markus Freitag mit seinen Mitautoren Wesen und Formen des Sozialkapitals in der Schweiz. Gehen den Vereinen die Mitglieder und den Institutionen die Freiwilligen aus? Wollen alle nur noch für sich sein? Wie tolerant sind die Menschen in der Schweiz? Wer vertraut wem? Wo hilft man sich gegenseitig am ehesten? Welchen Wert genießt das Sozialkapital in unserem Alltag? Wie gelingt soziales Miteinander? Auf diese und andere Fragen werden im vorliegenden Band erstmals Antworten gegeben und 150 Ideen zum Gemeinwohl in der Schweiz präsentiert.

Piketty, Thomas, **Le capital au XXI^e siècle**, Paris 2013, Editions du Seuil, ca. CHF 38.–, ISBN 978-2-02-112329-6 (auch als E-Book erhältlich, ca. CHF 24.–); ab April 2014 in englischer Übersetzung **Capital in the Twenty-First Century**, Cambridge, MA 2014, Belknap Harvard University Press, ISBN 978-06-744-3000-6.

La répartition des richesses est l'une des questions les plus débattues aujourd'hui. Pour les uns, les inégalités n'en finiraient pas de se creuser dans un monde toujours plus injuste. Pour les autres, on assisterait à une réduction naturelle des écarts et tou-

te intervention risquerait de perturber cette tendance harmonieuse. Mais que sait-on vraiment de l'évolution des inégalités sur le long terme? En réalité, les analyses économiques supposées nous éclairer se fondent plus souvent sur des spéculations théoriques que sur des faits établis. Fruit de quinze ans de recherches, cette étude, la plus ambitieuse jamais entreprise sur cette question, s'appuie sur des données historiques et comparatives bien plus vastes que tous les travaux antérieurs. Parcourant trois siècles et plus de vingt pays, elle renouvelle entièrement notre compréhension de la dynamique du capitalisme en situant sa contradiction fondamentale dans le rapport entre la croissance économique et le rendement du capital.

Gesundheit

Innovative Palliative Care. Für eine neue Kultur der Pflege, Medizin und Betreuung, hg. von Volker Schulte und Christoph Steinebach, Bern 2013, Huber, 53.90, ISBN 978-3-45685-338-3.

Eine Tour d'Horizon über aktuelle Fragen rund um das Thema Palliative Care. Im Spannungsfeld von steigendem Kostendruck im Gesundheitswesen, demografischer Entwicklung und gesellschaftlichen Veränderungen steht das Konzept auf dem Prüfstand: Welche gesellschaftliche Bedeutung hat Palliative Care? Welchen Einfluss hat die Politik? Wie hoch ist der Bedarf? Was sollten Pflegefachpersonen sowie Ärztinnen und Ärzte über die letzte Lebensphase schwer kranker Menschen wissen? Welche Rolle spielen Angehörige bei der Pflege und Betreuung schwer kranker und sterbender Menschen? Ein informativer Überblick über den heutigen Stand der Palliative Care und die Probleme, die sich bei der konkreten Umsetzung von Palliative-Care-Projekten ergeben.

Kinder und Jugendliche

Caduff, Claudio, **Wenig Interesse, geringe Partizipation, diffuse Orientierung?**, Zürich 2014, Orell Füssli, CHF 34.–, ISBN 978-3-280-04093-5

Die Studie von Claudio Caduff untersucht, wie es um die politische Sozialisation der Berufslernenden bestellt ist und geht dabei ihrem politischen Interesse, der Eigenwahrnehmung ihrer politischen Kompetenz und ihres politischen Einflusses, ihrer politischen Orientierung, ihrer politischen Partizipation und Partizipationsbereitschaft sowie ihrem Vertrauen in die politischen Institutionen, Akteure und Systeme nach.

Sozialpolitik

Private Macht im Wohlfahrtsstaat: Akteure und Institutionen, hg. von Monica Budowski und Michael Nollert, Zürich 2014, Seismo Verlag, CHF 38.–, ISBN 978-3-03777-121-1.

Wohlfahrtsstaaten sind Ergebnis und Garanten privater Macht. «Private Macht», verstanden als die Fähigkeit nichtstaatlicher Akteure, ihren Willen auch gegen Widerstand durchzusetzen, findet sich in verschiedenen Lebensbereichen – sei es am Arbeitsplatz, bei Rechtsstreitigkeiten, in der Politik oder in der Familie. Über private Macht verfügen jedoch nicht nur Menschen, sondern auch Organisationen (Unternehmen, Verbände) und die Massenmedien. Dabei verdeutlichen allen voran Analysen sozialer Ungleichheiten, dass private Machtverhältnisse sich in der Verteilung von Lebenschancen und Privilegien niederschlagen. Seit einigen Dekaden gewinnt zudem die Forderung nach einer Verstärkung privater Macht, konkretisiert in der Privatisierung öffentlicher Aufgabenbereiche, an Resonanz. Der vorliegende Sammelband bietet Beiträge zur Macht von Organisationen, zur Legitimität und Semantik des Machtbegriffs sowie zur Expansion von Wohlfahrtsmärkten und privaten Sozialleistungen.

Fürsorge und Zwang: Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, 1850–1980 (Itinera), hg. von Anne-Françoise Praz et al., Basel 2014 (April), Fr. 58.–, ISBN: 978-3-7965-3301-3.

Das Schicksal von Kindern und Jugendlichen aus armen Familien, die im schweizerischen Sozialstaat in Familien oder Heimen fremdplatziert wurden, hat in den letzten Jahren grosses mediales Echo ausgelöst und ist ins Zentrum gesellschaftspolitischer Diskussionen gerückt. Das Themenfeld hat sich zudem seit Kurzem zu einem neuen Forschungsschwerpunkt entwickelt. Dieser Band umfasst eine breite Sammlung von Beiträgen aus verschiedenen Sprachregionen und Landesteilen, die Einblick geben in kürzlich abgeschlossene oder laufende Forschungsprojekte. Der Band setzt so Akzente und beleuchtet die aktuelle Forschungslandschaft.

Gokhale, Jagadeesh, **The Government Debt Iceberg**, London 2014, Institute of Economic Affairs (IEA), Fr. 10.–, ISBN 978-0-255-36666-3; www.iea.org.uk → Publications (PDF, gratis).

The author reveals the extent to which western governments are keeping taxpayers in the dark about true levels of debt by hiding the magnitude of future spending commitments that cannot be met by future tax receipts. Official debt figures from both EU and US governments do not take into account future pension and healthcare obligations. As populations age, tax bases will grow more slowly while government spending rises faster. This is a direct result of the promises made to today's older and middle-aged generations. If countries fail to address their fiscal imbalances, the size of the necessary adjustment will increase over time, undermining investment opportunities and reducing growth potential. Countries cannot grow themselves out of these problems. Many of the projected expenditures would in fact increase with growth as the commitments are

linked to wage growth, and most are protected against inflation in retirement.

Ruckstuhl, Brigitte und Elisabeth Ryter, **Beraten – bewegen – bewirken. Zürcher Frauenzentrale, 1914–2014**, Zürich 2014, Chronos Verlag, CHF 38.00.–, ISBN 978-3-0340-1232-4.

Als der Erste Weltkrieg ausbrach, machte nicht nur die Armee mobil, auch die grossen Frauenverbände mobilisierten. Sie riefen die Frauenorganisationen auf, sich lokal zusammenzuschliessen und sich aktiv an der Bewältigung der Kriegsfolgen zu beteiligen. Zunächst als Zusammenschluss bestehender Frauenorganisationen geschaffen, um Nothilfe zu leisten, konstituierte sich die Frauenzentrale 1916 als einen auf Dauer angelegten Verein. Bis in die 1940er-Jahre rekrutierte die Frauenzentrale ihre Mitglieder vor allem in der Stadt Zürich. Danach entwickelte sie sich mehr und mehr zu einem kantonalen Dachverband. Wie es für die bürgerliche Frauenbewegung typisch war, engagierten sich die Frauen im sozialen Bereich: Sie organisierten Krisenhilfe, gründeten Institutionen und entwickelten neue Beratungsangebote. Ihre politischen Ziele reichten von der Einführung des obligatorischen Hauswirtschaftsunterrichts bis zum Kampf um das Frauenstimmrecht.

Wicki, Monika T. und Simon Meier, **Anders begabt und freiwillig engagiert!**, Zürich 2014, Seismo Verlag, CHF 32.–, ISBN 978-3-03777-138-9.

Freiwilliges Engagement ist ein Schlüsselfaktor der Gesellschaft, es fördert die Teilhabe an der Gemeinschaft und ist wichtig für die Integration der Gesellschaft. Doch nicht alle Menschen können sich gleichermaßen beteiligen. Personen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung müssen grosse Hindernisse überwinden, wenn sie sich freiwillig engagieren möchten. In diesem Buch wird untersucht, welche Herausforderungen das freiwillige Engagement für Personen mit einer intellektuellen Beeinträch-

tigung mit sich bringt und wie sie besser in ihrem Engagement unterstützt werden können. Praxisnahe Empfehlungen für die Freiwilligen, für Einsatzorganisationen und Vermittlungsstellen helfen, eine angepasste Unterstützung zu bieten. Ebenso wird ein mögliches Kursangebot skizziert, das Bildungsclubs und andere Bildungsanbieter zur Förderung des freiwilligen Engagements entwickeln und durchführen können.

Sozialversicherungen

Riemer-Kafka, Gabriela, **Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl.**, Bern 2014, Stämpfli Verlag, CHF 98.–, ISBN 978-3-7272-1563-6.

Sozialversicherungsrechtliche Fragen stellen sich sowohl im privaten Bereich als auch in der Arbeitswelt, von der Wiege bis zur Bahre. Da sich der Zugang zu den elf Sozialversicherungszweigen, dem allgemeinen Teil zum Sozialversicherungsrecht und den internationalen Abkommen als sehr schwierig und komplex erweist, kann sich der Leser mit der vorliegenden Gesamtdarstellung einen Überblick über die umfangreiche Gesetzgebung und die dazu ergangene Rechtsprechung verschaffen. Behandelt werden die sozialen, historischen und rechtlichen Grundlagen, die Risikobegriffe, die Unterstellungsbedingungen, das Beitragswesen, die verschiedenen Leistungen und ihre Koordination, das Verwaltungs- und Rechtsmittelverfahren sowie die Organisation und Haftung der einzelnen Sozialversicherungen. Die vierte Auflage bringt Gesetzgebung und Rechtsprechung auf den aktuellen Stand und eignet sich daher besonders gut für Studium, Rechtsanwendung oder als Nachschlagewerk.

Sozialversicherungsrechtstagung 2013, hg. von Ueli Kieser, St.Gallen 2014, IRP-HSG, 72.–, ISBN 978-3-906049-07-6.

Die Sozialversicherungsrechtstagung 2013 ging auf eine bunte Reihe

von aktuellen Fragestellungen im Sozialversicherungsrecht ein. Dabei wurden fassbare und begründete Lösungen für oft diskutierte oder besonders umstrittene Fragestellungen aufgezeigt und ein vertiefter Blick auf die Gutachten – sowohl mono- als auch bidisziplinär – geworfen. Zunächst wurde sowohl aus juristischer als auch aus medizinischer Sicht auf die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) fokussiert. Mit einem grundsätzlichen Blick auf die Rechtsprechung zu den Gutachten wurde der Leitentscheid BGE 137 V210 in seinen Konturen und Auswirkungen beleuchtet. Weiter wurden leistungsrechtliche Fragen, etwa bezogen auf die Hilflosenentschädigung, angesprochen und auch verantwortungsrechtliche Aspekte wurden thematisiert. Bei einem Streifzug durch das Verfahrensrecht kamen auch heikle Kostenfragen im kantonalen Beschwerdeverfahren zur Sprache.

Varia

Seitz, Werner, **Geschichte der politischen Gräben in der Schweiz**, Zürich und Chur 2014, Rüegger-Verlag, Fr. 22.–, ISBN 978-3-7253-0958-0.

Eine Gesellschaft ohne politische Gräben gibt es nicht, so wenig wie es ein einheitliches Volk gibt. Vielmehr weist jede Gesellschaft mehrere politische Gräben auf. Die vorliegende Publikation untersucht jene, die eine regionale Ausprägung haben und aufgrund der regionalen Abstimmungs- und Wahlergebnisse analysiert werden können. Es sind dies der konfessionelle, der sprachregionale und der Stadt-Land-Graben. Sie bestehen seit mehreren Jahrhunderten. In ihnen manifestiert sich manchmal gesellschaftliche Zerrissenheit, manchmal aber auch nur ein kultureller, politischer oder wirtschaftlicher Unterschied. Anhand der regionalen Ergebnisse der eidgenössischen Volksabstimmungen und der Nationalratswahlen von 1848 bis 2012 werden diese drei politischen Gräben systema-

tisch analysiert. Es wird ihr Ausmass, ihre Entwicklung und Veränderung beschrieben und in den geschichtlichen und gesellschaftspolitischen Zusammenhang eingebettet. Zur Illustration werden die Volksabstimmungen mit den tiefsten politischen Gräben ausführlicher dargestellt. Damit wird die Geschichte der politischen Gräben auch zu einem Streifzug durch die faszinierende, 150-jährige Geschichte der eidgenössischen Volksabstimmungen.

Vatter, Adrian, **Das politische System der Schweiz**, Baden-Baden 2014, Nomos Verlagsgesellschaft, ca. CHF 40.–, ISBN 978-3-82524-011-0.

Die Schweiz gilt in vielerlei Hinsicht als Vorzeige-, aber auch als Sonderfall einer funktionierenden Demokratie. Adrian Vatter erläutert nicht nur die wichtigsten politischen Institutionen wie Konkordanz, direkte Demokratie und Föderalismus, sondern auch bisher wenig untersuchte Bereiche wie das Wahlsystem und die Justiz. Er analysiert das politische System im internationalen Vergleich und verfolgt den Wandel durch die letzten Jahrzehnte.

Handbuch der Schweizer Politik, hg. von Peter Knoepfel et al., Zürich 2014, 5. Aufl., NZZ libro, ca. CHF 88.–, ISBN 978-3-03823-866-9.

Das «Handbuch der Schweizer Politik» behandelt in systematischer Form die direkte Demokratie, den Föderalismus, die Konkordanz, aber auch das weltweit einzigartige Regierungssystem der Schweiz mit einem Kollegialgremium an der Spitze. Neben Akteuren, Prozessen und Institutionen erörtern die 46 Autoren die inhaltliche Politikgestaltung in der Schweiz. Gegenüber der 4. Auflage sind drei neue Kapitel hinzugekommen: eines zur politischen Geschichte der Schweiz und je eines zur Familien- und Gesundheitspolitik, was der gewachsenen Bedeutung dieser Politikfelder Rechnung trägt. Alle anderen Kapitel wurden vollständig überarbeitet und aktualisiert.

Vorsorge

Amstutz, Esther, **Die Begünstigtenordnung der beruflichen Vorsorge**, Zürich 2014, Schulthess Verlag, CHF 79.–, ISBN 978-3-72556-975-5.

Die Begünstigtenordnung von Art. 20a BVG kann als sozialpolitische Errungenschaft betrachtet werden. Sie regelt die Voraussetzungen der Hinterlassenenleistungen für sogenannte weitere Hinterbliebene des Vorsorgenehmers, z.B. für seine Lebenspartnerin. Die vorliegende Arbeit bietet eine umfassende Darstellung der Begünstigtenordnung und nimmt zu damit verbundenen aktuellen Rechtsfragen Stellung. Nach einer Verortung von Art. 20a BVG im System der Berufsvorsorge, wird die reglementarische Umsetzung der Bestimmung in den Rechtsgrundlagen der Vorsorgeeinrichtung aufgezeigt. Schliesslich werden die Anspruchsvoraussetzungen der verschiedenen Begünstigtenkategorien dargelegt und dabei die reglementarischen Zusatzerfordernisse an den Leistungserwerb thematisiert.

Gerber, David, **Brevier zur beruflichen Vorsorge**, Bern 2014, Stämpfli Verlag, CHF 39.–, ISBN 978-3-7272-3117-9.

Obschon jede Arbeitnehmerin und jeder Arbeitnehmer namhafte Beiträge an seine Vorsorgeeinrichtung bezahlt, um im Alter von ihr eine Rente zu erhalten, stehen manche unter ihnen den zentralen Begriffen der beruflichen Vorsorge recht ratlos gegenüber. Die berufliche Vorsorge ist längst nicht mehr ein Instrument der Arbeitgeber, um Arbeitnehmende an das Unternehmen zu binden, sondern sie ist ein aktiv zu gestaltender Teil des persönlichen Vermögens der erwerbstätigen Personen. Das Brevier erläutert Begriffe und versicherungstechnische Zusammenhänge und stellt Gestaltungsoptionen dar, die sowohl vom Arbeitgeber wie auch vom Arbeitnehmenden in der beruflichen Vorsorge wahrgenommen werden können.

Stauffer, Hans-Ulrich, **Berufliche Vorsorge in a nutshell**, Zürich 2013, Dike Verlag, CHF 39.–, ISBN 978-3-03751-576-1.

Die Darstellung des Rechts der beruflichen Vorsorge ist eine Herausforderung. Die Aufspaltung der beruflichen Vorsorge in einen obligatorischen und einen über- oder ausserobligatorischen Teil bringt mit sich, dass die

Rechtsgrundlagen nicht nur im Sozialversicherungsrecht und damit im BVG und im FZG zu suchen sind, sondern auch im ZGB und im OR. Diese Verzahnung zwischen zwingendem öffentlichem Recht und dispositivem Privatrecht führt zu Fragestellungen, die oft nicht leicht zu beantworten sind und die auch in der Rechtsprechung immer wieder zu

überraschenden Ergebnissen führen. «In a nutshell» fasst eingangs die Entstehung und die Rechtsgrundlagen zusammen. Im Mittelpunkt stehen Fragen der Durchführung und des Leistungsrechts. Aber auch die ausserobligatorische Vorsorge, die Säule 3a und die steuerliche Behandlung werden dargestellt. Auf wichtige Entscheidungen des Bundesgerichts wird verwiesen.

Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Entwicklungs- und Nutzungstrends im Bereich der digitalen Medien und damit Verbundene Herausforderungen für den Jugendmedienschutz. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 9/13	318.010 9/13D kostenlos*
Evaluation Anstossfinanzierung. Nachhaltigkeit der Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung und Vereinbarkeit von Familie und Erwerbsarbeit oder Ausbildung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 15/13	318.010.15/13D kostenlos*
Evaluation chili – konstruktive Konfliktbearbeitung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 14/13	318.010.14/13D kostenlos*
Evaluation de la conciliation extrajudiciaire et des réseaux en matière de délinquance juvénile (VD) et perspectives pour la justice réparatrice (französisch mit deutscher Zusammenfassung). Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/13	318.010.7/13F kostenlos*
Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/14	318.010.1/14D kostenlos*
Formen interinstitutioneller Zusammenarbeit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Typologie. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/13	318.010.11/13D kostenlos*
Gesamtsicht über die Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen bis 2035. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/13	318.010.16/13D kostenlos*
Kooperationsmodelle im Bereich Prävention – Intervention – Repression. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/13	318.010.13/13D kostenlos*
Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz (OECD) Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/13	318.010.12/13D kostenlos*
Regulierungs-Checkup im Bereich der 1. Säule (EHV/IV/EO). Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/13	318.010.8/13D kostenlos*
Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2013	318.122.13D kostenlos*
Sozialversicherungen der Schweiz (Taschenstatistik 2013)	318.001.13D kostenlos*
Verläufe und Profile von IV-Neurentner/-innen 2010. Analysen anhand der SHIVALV-Daten 2005–2010. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 10/13	318.010.10/13D kostenlos*

* Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
 verkauf.zivil@bbl.admin.ch
 www.bundespublikationen.ch

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2012:

Nr. 1/12 Beruf und Angehörigenpflege
Nr. 2/12 Schweizerisches Gesundheitssystem
Nr. 3/12 10 Jahre Regressprozess AHV/IV – eine Bilanz
Nr. 4/12 Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen
Nr. 5/12 Ressortforschung Soziale Sicherheit
Nr. 6/12 Grundlagen der Reform der Altersvorsorge

Nr. 1/13 Soziale Sicherheit – gestern und morgen
Nr. 2/13 Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs
Nr. 3/13 Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal
Nr. 4/13 Jugendschutzprogramme des Bundes
Nr. 5/13 Reform Altersvorsorge 2020
Nr. 6/13 Kein Schwerpunkt

Nr. 1/14 Schulden und Sozialstaat
Nr. 2/14 Psychische Gesundheit und Beschäftigung
Nr. 3/14 Gesundheit2020

Die «Soziale Sicherheit» CHSS ist ab Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie).

Bestellung von Einzelnummern:

Bundesamt für Sozialversicherungen, CHSS, 3003 Bern, E-Mail: info@bsv.admin.ch

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktion	Suzanne Schär E-Mail: suzanne.schaer@bsv.admin.ch Telefon 058 462 91 43 Die Meinung BSV-externer Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Auflage	Deutsche Ausgabe 2 400 Französische Ausgabe 1 400
Redaktionskommission	Brigitte Gautschi, Stefan Kühne, Jérémie Lecoultre, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Xavier Rossmanith	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MwSt., Ausland Fr. 53.–, Einzelheft Fr. 9.–
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV	Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670 318.998.3/14d