

Schwerpunkt

Prävention und Gesundheitsförderung

Sozialpolitik

Neuerungen, Anpassungen und laufende Reformen
bei den Sozialversicherungen

Vorsorge

60 Jahre AHV

Soziale Sicherheit

CHSS

6/2008



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 6/2008

Editorial	321
Chronik Oktober/November 2008	322
Rundschau	324

Schwerpunkt

Prävention und Gesundheitsförderung

Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen stärken	325
Neue gesetzliche Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung (S. von Greyerz, BAG)	326
Stärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung: wirtschaftliche Argumente (M. Läubli, BAG)	328
Prävention und Gesundheitsförderung aus kantonaler Sicht (Th. Steffen, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt)	332
Mit vereinten Kräften zum Erfolg (B. Meili, Krebsliga Schweiz)	335
Lotsen in Gesundheitsfragen (Ch. Romann, Barbara Weil, FMH)	338
Die Rolle des Apothekers, der Apothekerin in der Prävention (M. Mesnil, pharmaSuisse)	340
Nationales Programm Alkohol 2008–2012 (P. Aemmer, D. Hess, A. Lévy, BAG)	343
Nationales Programm Tabak 2008–2012 (P. Aemmer, Ch. Eggenberger, A. Lévy, BAG)	347

Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (L. Bruggmann, BAG)	351
Prävention nicht übertragbarer Krankheiten: Beispiel psychische Krankheiten (R. Rička, BAG)	354
Präventionskampagnen: Millionen in den Sand gesetzt? (A. Kammer, BAG)	357

Sozialpolitik

Neuerungen, Anpassungen und laufende Reformen bei den Sozialversicherungen (R. Marolf, BSV)	360
Ergebnisse der schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2008 (S. Schüpbach, St. Müller, BSV)	366

Vorsorge

60 Jahre AHV – die Bedeutung dieser Sozialversicherung (M. Kolly, St. Müller, S. Schüpbach, BSV)	370
60 Jahre AHV – die Entwicklung dieser Sozialversicherung (F. Bag, St. Müller, S. Schüpbach, BSV)	374
60 Jahre AHV – die Zukunft dieser Sozialversicherung (M. Kolly, K. Schlupep, BSV)	379

Invalidenversicherung

Eingliedern ist besser als ausschliessen (C. Champion, BSV)	383
---	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	386
Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats	390

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	391
Sozialversicherungsstatistik	392
Wichtige Masszahlen im Bereich der beruflichen Vorsorge	394
Literatur	396
Inhaltsverzeichnis CHSS 2008	397

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz



Prof. Dr. med. Thomas Zeltner
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Das Augenmerk der Gesundheitspolitik galt in den vergangenen Jahren vornehmlich der kurativen Medizin und der Finanzierung der Versorgungssysteme. Seit einigen Jahren gibt es jedoch auf gesamtschweizerischer wie auf kantonaler Ebene Bestrebungen, die Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken. Diese Entwicklung ist auf aktuelle Herausforderungen wie demografische Entwicklung, Zunahme chronischer Krankheiten und Wiederkehr bzw. Neuauftreten von Infektionskrankheiten zurückzuführen.

Der Trend hin zu einer Stärkung der Prävention von Krankheiten und Unfällen wie auch der Gesundheitsförderung ist auf den Umstand zurückzuführen, dass zwei wichtige Prämissen der Gesundheitspolitik immer mehr in Frage gestellt werden:

- Während in den letzten Jahrzehnten mit einem weiteren Anstieg der (gesunden) Lebenserwartung der Bevölkerung gerechnet werden konnte, muss heute angesichts der starken Zunahme chronischer Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder stressbedingte Störungen, eine Trendwende befürchtet werden.
- Aufgrund der demografischen wie auch der medizintechnologischen Entwicklung dürften verstärkte Effizienzbestrebungen allein nicht mehr ausreichen, um den Anstieg der Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen.

In der Schweiz lancieren staatliche und private Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene eine Vielzahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen und realisieren sie mit viel Engagement. Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung machten in den vergangenen Jahren jeweils gut 2 Prozent

der Gesamtaufwendungen für das schweizerische Gesundheitssystem aus. Zudem besteht ein privat finanzierter Markt mit Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten (Wellness, gesundes Essen usw.), der in diesen Zahlen nicht erfasst ist.

Das heutige System der Prävention und Gesundheitsförderung hat viele Stärken: die nachweisliche Wirksamkeit der Bundesprogramme in den Bereichen «Drogen», «HIV/Aids» und «Impfungen», Erfolge in der Unfallprävention, in der Verhütung von Berufskrankheiten, bei der Bewegungsförderung und der Kariesprophylaxe. Ausserdem wurde die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz geschaffen und die Präventionsprojekte des Bundes werden dank guter Kooperation und Vernetzung von externen Partnern mitgetragen.

Jedoch weist das heutige System eine Schwäche auf: Es ist konzeptionell, politisch, organisatorisch und rechtlich nicht ausreichend verankert. (Ausnahmen sind die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die Verhütung von Berufskrankheiten und die Unfallprävention.) Diese Strukturschwäche führt dazu, dass es in vielen Bereichen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung an geeigneter Finanzierung, an Steuerung und Koordination sowie an Transparenz bezüglich Angebot und Leistung fehlt.

Aus diesem Grund initiierte das Eidgenössische Departement des Innern im Sommer 2005 einen Reflexionsprozess über die Notwendigkeit einer Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung. Als Ergebnis dieses Prozesses eröffnete der Bundesrat Ende Juni 2008 die Vernehmlassung zum Vorentwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz).

Bereits Anfang Juni 2008 hatte der Bundesrat die Nationalen Programme «Alkohol», «Tabak» sowie «Ernährung und Bewegung» verabschiedet und damit die Prioritäten in der Präventionspolitik des Bundes bestätigt und die Ziele bis 2012 festgelegt. Unausgewogene Ernährung und zu wenig Bewegung, problematischer Alkoholkonsum sowie Rauchen verursachen jährlich Kosten von rund 20 Milliarden Franken, die mittels Präventionsmassnahmen reduziert werden können.

Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung, und damit in den Erhalt des guten Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung, sind auch Investitionen in die wirtschaftliche und soziale Zukunft unseres Landes. Die Gesundheitspolitik muss diesen Aspekt zukünftig noch stärker berücksichtigen.

Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die Familienzulagen

Am 1. Januar 2009 wird das Bundesgesetz über die Familienzulagen vom 24. März 2006 (FamZG) in Kraft treten. Auf diesen Zeitpunkt hin werden auch die kantonalen Regelungen über die Familienzulagen angepasst. Nach dem neuen Bundesgesetz werden in allen Kantonen mindestens die folgenden Zulagen pro Kind und Monat ausgerichtet:

- eine Kinderzulage von 200 Franken für Kinder bis 16 Jahre;
- eine Ausbildungszulage von 250 Franken für Kinder von 16 bis 25 Jahre, die sich in Ausbildung befinden.

Die Kantone können höhere Ansätze vorsehen und auch Geburts- und Adoptionszulagen einführen. Der Anwendungsbereich des Bundesgesetzes beschränkt sich auf Arbeitnehmende und auf Nichterwerbstätige mit tiefem Einkommen. Je nach Kanton besteht aber auch Anspruch auf Familienzulagen für Selbstständigerwerbende.

Alle Arbeitgebenden müssen sich einer Familienausgleichskasse anschliessen und Beiträge bezahlen. Ob auch Beiträge von Arbeitnehmenden und von Selbstständigerwerbenden erhoben werden, entscheiden die Kantone. Über die Höhe der Beiträge entscheiden die Familienausgleichskassen im Rahmen der kantonalen Bestimmungen über die Finanzierung.

Beschäftigte in der Landwirtschaft erhalten weiterhin Familienzulagen nach dem Bundesgesetz über die Familienzulagen in der Landwirtschaft vom 20. Juni 1952 (FLG). Die Kinder- und Ausbildungszulagen entsprechen denjenigen nach dem FamZG, wobei im Berggebiet 20 Franken mehr ausgerichtet werden. Die Haushaltzulage von 100 Franken im Monat für Arbeitnehmende in der Landwirtschaft wird beibehalten.

In der CHSS 2/2008 wurde in mehreren Artikeln über die unterschiedlichen Aspekte und aus verschiedener Sicht zur Einführung einer Bundesregelung über die Familienzulagen berichtet. Seither wurde auch die Wegleitung zum FamZG erstellt und auf der Internetseite des BSV veröffentlicht. Dort finden sich auch andere Informationen zu den Familienzulagen, die laufend ausgebaut und ergänzt werden und insbesondere die folgenden Elemente umfassen:

- die Arten und Ansätze der Familienzulagen nach den Bundesgesetzen und den kantonalen Ausführungsbestimmungen;
- ein Katalog der häufig gestellten Fragen;
- eine Beschreibung des Systems der Familienzulagen in der Schweiz generell und nach dem FLG;
- Informationen über die Regelungen der Familienzulagen in den Kantonen.

Merblätter und weitere Informationen gibt es unter der Adresse www.ahv.ch.

Anpassung der Hinterlassenen- und Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge an die Preisentwicklung auf den 1.1.2009

Auf den 1. Januar 2009 werden jene obligatorischen Hinterlassenen- und Invalidenrenten der zweiten

Säule an die Preisentwicklung angepasst, die seit drei oder mehr Jahren ausgerichtet werden. Für jene Renten, die erstmals 2005 ausbezahlt wurden, beträgt der Anpassungssatz 4,5 %, für jene, die 2004 zum ersten Mal ausgerichtet wurden 2,9 % und für jene, die vor 2004 ausgerichtet wurden, 3,7 %.

Berufliche Vorsorge: Der Mindestzinssatz wird auf 2 % gesenkt

Der Bundesrat hat beschlossen, auf 1. Januar 2009 den Mindestzinssatz in der beruflichen Vorsorge von aktuell 2,75 % auf 2 % zu senken. Damit wird der seit längerem feststellbaren negativen Entwicklung wie auch den aktuellen Schwankungen der Finanzmärkte Rechnung getragen.

Neue AHV-Nummer: Einführung läuft erfolgreich

Seit dem 1. Juli 2008 arbeiten die Durchführungsorgane der 1. Säule (AHV, IV und Erwerbsersatzordnung EO) mit der neuen 13-stelligen AHV-Nummer. Die meisten Versicherten erfahren ihre Nummer mit der Zustellung des Versichertenausweises im Kreditkartenformat. Über 3 Millionen Karten, mehr als die Hälfte aller Ausweise, wurden bereits zugestellt. Bis Ende des ersten Quartals 2009 sollte die grosse Mehrheit der Versicherten ihren neuen Ausweis erhalten haben.

Internationale Betrugsbekämpfung in der IV

Die Bekämpfung des Betrugs in der Invalidenversicherung wird konsequent verstärkt. Zusätzlich zu den Anstrengungen in der Schweiz werden nun auch mutmassliche Betrüger im Ausland besser kontrolliert. Zwei Firmen mit ausgewiesener Erfahrung im Bereich Betrugsbekämpfung, Überwachung und Regress führen vorerst Observationen im Kosovo und in Thailand durch. Verläuft dieser Pilotversuch positiv, wird die Bekämpfung von Versicherungsbetrug zusammen mit spezialisierten Partnern auf weitere Länder ausgedehnt.

Michel Valterio geht in den Ruhestand

Michel Valterio, stellvertretender Direktor und Leiter des Geschäftsfeldes Internationales, verlässt das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) Ende 2008. Er tritt in den Ruhestand nach 18 Jahren beim BSV. Im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit leitete er insbesondere die Eidgenössische Arzneimittelkommission und vertrat das Amt in den Finanzkommissionen. Er leitete auch das Geschäftsfeld Planung und Ressourcen sowie die Arbeitsgruppe Soziale Sicherheit Bund/Kantone im Rahmen des neuen Finanzausgleichs, bevor er ab 2005 das Geschäftsfeld Internationales übernahm.



Michael Valterio
Stellvertretender Direktor
BSV

Welche Veränderungen in der Wahrnehmung der Sozialversicherungen sind Ihnen während der Zeit Ihrer Tätigkeit beim BSV aufgefallen?

Vor zwanzig Jahren sprach man wenig von intergenerationaler Solidarität. Heute steht diese Frage im Zentrum der Debatten. Dabei gibt es meiner Meinung nach zwei wichtige Aspekte: die Garantie der langfristigen Finanzierung und einen gesellschaftlichen Aspekt. Was kann man tun, damit die Kosten der sozialen Sicherheit gerecht auf die Generationen verteilt bleiben? Welche Massnahmen sind vorzuziehen, damit die personalisierten und arbeitskräfteintensiven Dienstleistungen, welche die sehr alten Menschen in einer Gesellschaft mit immer weniger Jungen benötigen, erbracht werden können? Die Frage der intergenerationalen Solidarität lässt sich also nicht auf einen versicherungstechnischen Ansatz allein reduzieren.

Vor etwa dreissig Jahren glaubten zahlreiche Fachleute, dass die auf dem Kapitaldeckungsverfahren beruhende berufliche Vorsorge wenig von der demografischen Alterung in Mitleidenschaft gezogen werde und die Schwächen des Umlageverfahrens (AHV) ausgleichen könne. Heute ist klar, dass sich die

Alterung der Bevölkerung auch auf die Finanzierung der Vorsorgeeinrichtungen auswirkt. Dennoch bleibt unsere auf dem Drei-Säulen-Konzept beruhende Altersvorsorge solide und ermöglicht die Konsolidierung jeder einzelnen Säule, ohne dabei die anderen zu gefährden. Als Beispiel können hier die teilweise Verwendung des MWST-Ertrags für die Finanzierung der AHV und die Sanierungsmassnahmen in der beruflichen Vorsorge genannt werden.

Einkommensabhängige Systeme, die lange als Aufweichung des Versicherungsprinzips und als Armutsfalle galten, sind immer weniger umstritten. In Anbetracht der finanziellen Schwierigkeiten und der unterschiedlichen Bedürfnisse kann und soll die Versicherung nicht alle Bedürfnisse decken und muss durch bedarfsabhängige Leistungen, wie zum Beispiel das Tessiner Familienmodell, ergänzt werden. Dieser Trend zeigte sich auch im Rahmen des neuen Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen, die es ermöglichte, die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in der Bundesverfassung zu verankern, und diesen damit einen definitiven Charakter verlieh.

Gewann die Frage der Finanzierung im Laufe der Jahre an Bedeutung?

Die Finanzierung der Sozialversicherungen spielte schon immer eine wichtige Rolle. Die Bedeutung nahm im Laufe der Jahre noch zu, was vor allem auf die demografische und die finanzmarktliche Entwicklung sowie auf die Defizite in der IV, die steigenden Prämien in der Krankenversicherung und die öffentlichen Defizite zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang ist eine sehr gute Information mehr denn je unerlässlich, um den Erfolg der Reformen zu sichern: Informationen zur Notwendigkeit, den Fortbestand der Systeme zu gewährleisten, und Informationen zu den «Verdiensten» der sozialen Sicherheit. Denn wenn gewisse schwierige Entscheidungen ge-

troffen werden müssen, um die Finanzierung des Ganzen zu gewährleisten, dann deshalb, weil unser Sozialversicherungssystem einen grossen Gewinn für die Sicherheit jedes Einzelnen und den sozialen Zusammenhalt in unserem Land darstellt.

Welches sind für Sie die einschneidendsten Änderungen in der Gesetzgebung?

Eine Krankheitsdeckung für alle durch das Inkrafttreten des KVG per 1. Januar 1996 und die gleichzeitige Einführung eines Prämienverbilligungssystems für die Schwächsten. Die Einkommensteilung bei Scheidung durch die Einführung des Splittings in der AHV (1997) und das Inkrafttreten des neuen Scheidungsrechts im BVG (2000). Nicht zu vergessen: die Anwendung einer einheitlichen Regelung im Sozialversicherungsbereich auf die Mitgliedstaaten der EU dank des Abkommens über den freien Personenverkehr, in Kraft seit 2002.

Wie nehmen ausländische Delegationen unser Sozialversicherungssystem wahr?

Ich glaube, dass ausländische Delegationen unser Sozialversicherungssystem als komplex, aber gut abgestützt wahrnehmen: komplex durch die grosse Zahl von Bundesgesetzen, aus denen es besteht, und gut abgestützt dank seiner Finanzierungsgrundlagen und der zwischen Bund und Kantonen geteilten Verantwortung. In ihren Augen bietet es einen umfassenden Grundschutz und steht privater Initiative offen. Gerade wegen des letzten Punktes bildet unsere Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge für viele ausländische Delegationen eine Referenz. Sie ist eines der am häufigsten angesprochenen Themen.

Interview: Brigitte Dumas, Kommunikation, BSV.

E-Mail: brigitte.dumas@bsv.admin.ch

Anpassung der Renten der Militärversicherung

Der Bundesrat hat beschlossen, die Renten der Militärversicherung (MV) auf den 1. Januar 2009 an die Lohn- und Preisentwicklung anzupassen. Damit kommt er der gesetzlichen Verpflichtung nach, mit der AHV/IV-Renten Anpassung Schritt zu halten.

Die Renten der Unfallversicherung werden an die Teuerung angepasst

Der Bundesrat hat beschlossen, den BezügerInnen von Invaliden- und Hinterlassenenrenten der obligatorischen Unfallversicherung auf 1. Januar 2009 eine Teuerungszulage von 3,7 Prozent zu gewähren. Er trägt damit der Anpassung der Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) auf den gleichen Zeitpunkt Rechnung.

Fortschritte in der Gleichstellung

Fortschritte bezüglich zunehmender Gleichstellung von Frau und Mann in den letzten beiden Jahrzehnten lassen sich in verschiedenen Bereichen nachzeichnen: Viel mehr Frauen als früher sind erwerbstätig, ihr Bildungsstand gleicht sich immer mehr demjenigen der Männer an und sie haben in vielen politischen Gremien Einzug gehalten. Diese Ergebnisse sind in der vom Bundesamt für Statistik (BFS) und dem Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) gemeinsam herausgegebenen Broschüre enthalten, welche zum Anlass des 20. Jubiläums des EBG veröffentlicht wurde.

Wertschwankungsreserven vor Bewährungsprobe

Nachdem die Pensionskassen in den beiden Vorjahren die Wertschwankungsreserven aufgrund der positiven Entwicklung auf den Finanzmärkten markant aufbauen konnten (2005: +85 %; 2006: +25 %), mussten sie diese im Berichtsjahr um 2,5 Prozent auflösen; sie erreichten per Ende des Berichtsjahres einen Stand von 51,4 Milliarden Franken. Das entspricht 8,5 Prozent der Bilanzsumme, welche gegenüber dem Vorjahr um 23,3 Milliarden auf über 606 Milliarden Franken (+4 %) anstieg. Dies geht aus den vom Bundesamt für Statistik publizierten provisorischen und mittels Stichprobe ermittelten Ergebnissen der Statistik der beruflichen Vorsorge 2007 hervor.

Frühförderung – Schweden als Modell?

Frühförderung – in der Schweiz vielfach gefordert, wenig verbreitet und unterschiedlich verstanden. Die Städteinitiative Sozialpolitik lancierte an ihrer Konferenz eine Diskussion als Basis zur besseren Verständigung. Die Städteinitiative Sozialpolitik versteht Frühförderung als wichtigen Beitrag für Chancengerechtigkeit. Alle Kinder, auch und gerade solche mit erschwerten Startbedingungen, sollen möglichst flächendeckend und möglichst früh Zugang zu entsprechenden Angeboten erhalten. Doch was sind die Ziele von Frühförderung? Wie sehen die Angebote aus? Wer finanziert und steuert sie?

Die renommierte Fachreferentin Ursula Armbruster aus dem schwe-

dischen Ministerium für Bildung und Forschung hat das System der Frühförderung von Schweden vorgestellt, das für viele Länder Modellcharakter hat. Ein nationales Gesetz gibt den ausführenden Kommunen Rahmenbedingungen vor. Zum Beispiel, dass Frühförderung bedarfsdeckend und allen Kindern ab dem ersten Lebensjahr zugänglich sein muss; dass Frühförderung spielerisch Entwicklungs- und Lernprozesse unterstützen soll; dass Betreuung, Pädagogik und Fürsorge integrativ verstanden werden; dass die Ausbildung des Personals Vorgaben entsprechen muss. Schweden investiert in die Frühförderung 5 Milliarden Euro (1,5 Prozent des Bruttonationalprodukts).

«Die Schweiz hinkt bei der Frühförderung andern Ländern gewaltig hinterher», konstatierte die Berner Gemeinderätin Edith Olibet, die einen Überblick über die Aktivitäten in der Schweiz gab. In Lausanne, St.Gallen und Bern beispielsweise, aber auch in manchen andern Städten sind Projekte am Laufen. Vereinzelt fliessen Bundesgelder – zum Beispiel im Rahmen des Impulsprogramms für familienergänzende Kinderbetreuung oder zur Gesundheitsförderung.

Die Städteinitiative Sozialpolitik misst der Frühförderung hohe Priorität zu. Sie fordert eine Bildungs- und Integrationsoffensive für Kinder in den ersten fünf Lebensjahren – zur Verbesserung der Zukunftschancen, insbesondere jene sozial benachteiligter Kinder. Die Städteinitiative Sozialpolitik erwartet, dass Bund, Kantone und Kommunen diese Forderung gemeinsam tragen und Mittel bereitstellen. Als beste Investition in die Zukunft.

Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen stärken



Foto: Christoph Wider

Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit? Gesundheit ist mehr, besteht aus einer ganzen Palette verschiedener Faktoren. Gesundheit resultiert aus dem Zusammenwirken von Individuum, Gesellschaft, Wirtschaft und Staat. Der Mensch und seine Umwelt – bei dieser Wechselwirkung setzt die moderne Gesundheitsförderung und Prävention an. Trotz des medizinischen Fortschritts beeinträchtigen neue Risiken und Probleme unsere Gesundheit. Wer Selbstverantwortung wahrnimmt und Sorge trägt zur eigenen Gesundheit, hat eine grosse Chance gesund zu bleiben.

Neue gesetzliche Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung

Nach Vorarbeiten von 2005 bis 2007 wurde zwischen Juni und Oktober 2008 die Vernehmlassung zum Vorentwurf für das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) durchgeführt. Der Bundesrat verfolgt mit dieser neuen gesetzlichen Grundlage das langfristige Ziel einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung. Gleichzeitig soll das neue Gesetz auch eine Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten ermöglichen.



Salome von Greyerz
Bundesamt für Gesundheit

Gesundheitspolitische Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung

Der gesellschaftliche Wandel im 20. Jahrhundert hat zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums und der Todesursachen geführt. Seit sich die sozialen und hygienischen Verhältnisse verändert haben und dank Impfstoffen viele Epidemien verhindert werden können, haben sich die Krankheitsbilder in der Bevölkerung stark verändert. Heute sind nicht mehr Infektions-, sondern Herz-Kreislauf- und Krebskrankheiten – nebst Unfällen und Suiziden – die Hauptgründe für einen vorzeitigen Tod. Aufgrund des demografischen Wandels wird die Bedeutung dieser Krankheiten für den Gesundheitszustand der Bevölkerung aber auch für die Entwicklung der Kosten des Gesundheitssystems weiter zunehmen.

Viele Krankheiten können durch einen gesunden Lebensstil und der Gesundheit zuträgliche Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dürfte längerfristig nur dann zu erhalten sein, wenn

die Prinzipien von Prävention und Gesundheitsförderung politisch gestärkt und im Gesundheitssystem, in der Gesundheitspolitik und in weiteren Politikbereichen (z.B. Bildungspolitik, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Umweltpolitik) besser verankert werden.

Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung verbessern jedoch nicht nur den Gesundheitszustand und die Lebensqualität des Einzelnen, sondern stärken auch die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft und bewahren die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung wie auch die Produktivität der Wirtschaft. Dadurch können neben vorzeitigen Todesfällen auch krankheitsbedingte Verrentungen vermieden, die krankheitsbedingten Produktionsverluste in den Unternehmen reduziert, die Autonomie im Alter bewahrt und die Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. hinausgezögert werden. Durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen wird zudem eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigt, was längerfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beiträgt.

Ausgangslage

Nach dem Scheitern des ersten Vorschlags für ein Präventivgesetz im Jahr 1984 galt das Augenmerk der Gesundheitspolitik vornehmlich der kurativen Medizin und der Finanzierung der Versorgungssysteme. Aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen – demografische Entwicklung, Zunahme chronischer Krankheiten und Wiederkehr bzw. Neuauftreten von Infektionskrankheiten – sind jedoch seit geraumer Zeit auf nationaler wie auf internationaler Ebene Bestrebungen zu erkennen, die Prävention und die Gesundheitsförderung zu stärken.

Sowohl eine vom Eidgenössische Departement des Innern (EDI) im September 2005 eingesetzte Fachkommission wie auch die Experten der Weltgesundheitsorganisation WHO und der OECD kommen in ihren jeweiligen Berichten zum Schluss, dass aufgrund der in der Schweiz bestehenden Strukturschwäche im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch eine Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten, nur durch den Erlass von neuen rechtlichen Grundlagen erreicht werden können.

Der Bundesrat folgte diesen Empfehlungen und erteilte am 28. September 2007 dem EDI den Auftrag,

einen Vorentwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) zu erarbeiten. Dieses soll folgende Ziele verfolgen: Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen; Schliessen der bundesgesetzlichen Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind; Anpassung der Modalitäten der Verwaltung der Präventionsabgaben an die Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrats; Vereinfachung der organisatorischen Strukturen auf Bundesebene.

Kernelemente der Vorlage

Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten: Da der Gegenstandsbereich des Gesetzesentwurfs alle in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b Bundesverfassung erwähnten Krankheiten umfasst, verfügt der Bund mit dem Vorentwurf des Präventionsgesetzes über eine neue gesetzliche Grundlage für Massnahmen im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind. Die bestehenden rechtlichen Regelungen in den Bereichen Unfallprävention, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz werden durch das neue Gesetz nicht tangiert.

Steuerungs- und Koordinationsinstrumente: Da der heutigen Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft eine Gesamtstrategie fehlt, sieht der Vorentwurf des Präventionsgesetzes zwei neue strategische Steuerungsinstrumente vor: die nationalen Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung (alle acht Jahre) und die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (alle vier Jahre). In der bundesrätlichen Strategie werden insbesondere die strategischen Vorgaben für die nationalen Programme, die strategischen Ziele für das zu schaffende Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung sowie die strategischen Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben (jährlich ca. 17 Millionen Franken aus der Tabakpräventionsabgabe und 18 Millionen aus dem Zuschlag auf der KVG-Prämie) festgelegt. Auf der Umsetzungsebene sollen die Vorgehensweisen in den einzelnen Themenbereichen auch in Zukunft in Form von nationalen Programmen für Prävention, Früherkennung oder Gesundheitsförderung festgelegt werden.

Aufgabenteilung Bund – Kantone: Gemäss der bundesstaatlichen Kompetenzaufteilung sind die Kantone für die Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zuständig. Sie sollen gesetzlich verpflichtet werden, die dazu notwendigen Einrichtungen zu schaffen. Der Bund wird nur dort aktiv, wo ein gesamtschweizerisch einheitliches Handeln sinnvoll

oder notwendig ist (nationale Programme, Informationstätigkeit und Kampagnen, internationale Zusammenarbeit). Gleichzeitig will der Bund in Zukunft die Kantone wie auch private Präventions- und Gesundheitsorganisationen auf methodologischer und fachlicher Ebene besser unterstützen (Unterstützungsmassnahmen, Förderungsmassnahmen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung).

Finanzierung und Verwendung der Präventionsabgaben: Jede Staatsebene (Bund oder Kantone) ist für die Finanzierung derjenigen Aufgaben verantwortlich, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Die Präventionsabgaben, d.h. die Tabakpräventionsabgabe und der Zuschlag auf der KVG-Prämie, sollen einerseits zur Finanzierung von nationalen Programmen und andererseits für Beiträge an Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Kantone sowie privater Präventions- und Gesundheitsorganisationen zur (Co)-Finanzierung eingesetzt werden. Im Weiteren sollen die gesetzlichen Voraussetzungen für Finanzhilfen an nationale Dachorganisationen geschaffen werden.

Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen auf Bundesebene: Neu soll das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut), eine öffentlich-rechtliche Anstalt des Bundes, den zentralen Ansprechpartner für die Kantone wie auch für private Präventions- und Gesundheitsorganisationen darstellen. Der zukünftige Aufgabenbereich des Instituts umfasst nicht nur den Wissenstransfer und die fachliche Unterstützung in den Bereichen Methodik und Evaluation, sondern auch die Konzeption und Durchführung von nationalen Programmen wie auch die Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben.

Als Konsequenz sind neben Aufgaben, die heute vom Bundesamt für Gesundheit wahrgenommen werden, sowohl die heute auf Grundlage von Artikel 19 des Krankenversicherungsgesetzes tätige privatrechtliche Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wie auch die heute beim Bundesamt für Gesundheit angegliederte Fachstelle zur Verwaltung der Tabakpräventionsabgabe (Tabakpräventionsfonds) in das Institut zu transferieren.

Nächste Schritte

Seit dem Abschluss der Vernehmlassung am 31. Oktober 2008 werden die beim BAG eingetroffenen Stellungnahmen gesichtet und ausgewertet mit dem Ziel, dass der Bundesrat im ersten Quartal 2009 über das weitere Vorgehen entscheiden kann.

Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Gesetzgebungsprojekt wie auch den im Text erwähnten Bericht der Fachkommission finden Sie unter: www.bag.admin.ch/pgf2010

Salome von Greyerz, Dr. pharm., MAE, NDS MiG, Leiterin Projekt Prävention und Gesundheitsförderung 2010, stv. Leiterin Abteilung Multisektorale Projekte, Bundesamt für Gesundheit. E-Mail: salome.vongreyerz@bag.admin.ch

Stärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung: wirtschaftliche Argumente

Mit dem Vorentwurf zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) beabsichtigt der Bundesrat, eine solide Grundlage für die künftige Organisation dieses Gesundheitsbereichs in der Schweiz zu schaffen. Während sich jedoch gesamtschweizerische Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung positiv auf die Volkswirtschaft auswirken können, sind für die Privatwirtschaft auch weniger vorteilhafte Folgen möglich. Im vorliegenden Artikel werden die wirtschaftlichen Argumente dargelegt, die für staatliche Massnahmen auf diesem wichtigen Gebiet der öffentlichen Gesundheit sprechen.



Marlène Läubli-Loud
Bundesamt für Gesundheit

folgenden Gründen nicht nur wünschenswert, sondern unabdingbar:

- *Grundsatz der Chancengleichheit:* In Analogie zum entsprechenden Grundsatz der Krankenversicherung ist auch hier für die gesamte Bevölkerung der Zugang zu allen qualitativ hochstehenden Einrichtungen und Leistungen zu gewährleisten. Dadurch werden gesellschaftlich bedingte Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut, was zum Erhalt des Solidaritätsprinzips in den Sozialversicherungen (insbesondere KVG) beiträgt.
- *Sicherung der Sozialversicherungssysteme:* Wenn weniger Kosten durch Krankheits-, Invaliditäts- und Pflegefälle entstehen, wird das Sozialversicherungssystem entlastet (insbesondere Kranken- und Invalidenversicherungen), was sich positiv auf die Staatsausgaben auswirkt. Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine solche Entlastung unabdingbar, um eine qualitativ hochstehende und finanzierbare Versorgung auch für künftige Generationen zu gewährleisten (siehe Grafiken **G1** und **G2**).
- *Vorteilhaftere wirtschaftliche Entwicklung:* Der gute Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz trägt dazu bei, dass die Arbeitnehmenden leistungsfähig bleiben und die Produktivität zunimmt (weniger krankheitsbedingte Absenzen). Für wirtschaftliches Wachstum sorgt zudem der Erhalt der Arbeitsfähigkeit, namentlich der älteren Arbeitnehmenden.
- *Allgemeines Interesse an einer gesunden Bevölkerung:* Es liegt im Interesse der Allgemeinheit, dass die Menschen möglichst lange ohne Krankheit und Behinderung leben können. Dies bedeutet mehr Lebensqualität für die Betroffenen, aber auch eine weniger grosse Belastung der Allgemeinheit durch Krankheit, Invalidität und Pflegebedürftigkeit.

Sind staatliche Massnahmen notwendig?

Die Akteure im Bereich der öffentlichen Gesundheit nehmen eine moralische und gesellschaftliche Verantwortung wahr, wenn sie in Massnahmen investieren, die zum Erhalt einer guten Gesundheit der Bevölkerung beitragen und/oder einer Verschlechterung entgegenwirken. Zwar befindet sich der Wellnessbereich weiterhin stark im Aufwind, dieser Markt wird jedoch vorwiegend durch private Mittel finanziert. Für Massnahmen zur Prävention, zur Gesundheitsförderung und zur Früherkennung von Krankheiten hingegen muss in erster Linie auf staatliche Gelder zurückgegriffen werden. Staatliche Massnahmen sind aus

Welche Massnahmen sind wirksam?

Der Entscheid, die staatlichen Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung zu verstärken, ist nur dann sinnvoll, wenn genügend Anhaltspunkte darüber vorliegen, ob sie wirksam sind: *Was funktioniert bei welcher Zielgruppe, weshalb und zu welchem Preis?* Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) engagiert sich seit Langem für wirksame Massnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In den vergangenen zwei Jahrzehnten lancierte das Bundesamt verschiedene nationale Programme, die riskante Verhaltensweisen

ändern und einen gesunden Lebensstil fördern sollen. Die Wirksamkeit dieser Aktionen wird regelmässig evaluiert, was auch für die Initiativen der meisten anderen Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention gilt. Die Ergebnisse dieser Evaluationen belegen, dass die getroffenen Massnahmen im Allgemeinen zweckmässig und wirksam sind. Ein Quervergleich mit mehreren Evaluationen hat zudem ergeben, dass für die Wirksamkeit von Massnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung folgende Faktoren zentral sind:

- Erarbeitung eines umfassenden Massnahmenpakets, das sich sowohl an die Bevölkerung als Ganzes als auch an bestimmte Zielgruppen oder Personen richtet;
- Einbettung von Medienkampagnen in Präventionsprogramme, Aktionspläne und gesundheitspolitische Strategien;
- Berücksichtigung verschiedener Settings (Schule, Arbeitsort usw.) und Einbezug von verschiedenen Partnern;
- Verwendung unterschiedlicher Botschaften und Strategien für die einzelnen Zielgruppen (Gesamtbevölkerung, Risikogruppen, Einzelpersonen);
- Umsetzung von Aktionen, die darauf abzielen, gesellschaftliche Normen zu verändern (z.B. Nichtrauchen als neue gesellschaftliche Selbstverständlichkeit) und die so präventives Verhalten und einen gesunden Lebensstil auf individueller Ebene fördern;
- Einführung von gesetzlichen Massnahmen und spezifischen Steuerungsinstrumenten (z.B. Lenkungsabgaben, marktregulierende Massnahmen wie Abgabebeschränkungen oder Gebühren, aber auch positive Anreize wie Subventionen und Projektbeiträge).

Auswirkungen der Investitionen auf die Gesamtwirtschaft

Die Gesundheit, vor allem *die gute Gesundheit* der Bevölkerung, hat einen beträchtlichen Einfluss auf die wirtschaftliche Lage eines Landes. Ein hoher Bildungsstand und ein guter Gesundheitszustand schaffen die Voraussetzungen für den Erwerb und die Nutzung von Wissen, Fertigkeiten und Erfahrungen (Humankapital). Aufgrund des technischen Fortschritts und der Kapitalressourcen (private und öffentliche Mittel) gehört das Humankapital heute zu den entscheidenden Wach-

tumsfaktoren. Durch die Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung wird einerseits das Ausgabenwachstum im Gesundheitswesen gebremst, andererseits erhöht sich das Produktionspotenzial, wenn die Lebenserwartung bei guter Gesundheit steigt und die Bevölkerung intensiver am Arbeitsmarkt teilnehmen kann. Dies ist angesichts der demografischen Herausforderungen («Alterung der Bevölkerung») zu begrüssen. Langfristig sind davon positive steuerliche und nicht-steuerliche Auswirkungen auf die Volkswirtschaft zu erwarten.

Erhöhte Gesundheitsrisiken gehen nicht nur mit umfangreicheren Behandlungskosten (direkte Kosten) einher, sondern auch mit Folgekosten (indirekte Kosten), zum Beispiel durch Arbeitsausfall (siehe Tabelle **T1**).

Folgekosten von Krankheiten und Unfällen (Daten zum Jahr 2003, Angaben in Milliarden Franken)¹ T1

Risikofaktor	Soziale Kosten insgesamt	Direkte Kosten (Anteil an den Gesundheitskosten)	Indirekte Kosten	Immaterielle Kosten
Berufsunfälle und Berufskrankheiten	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	nicht beziffert
Arbeitsbedingter Stress	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Strassenverkehrs-unfälle	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Tabakkonsum	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Psychische Störungen	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	nicht beziffert
Alkoholmissbrauch	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Drogenmissbrauch	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Übergewicht	2,85	1,20 bis 1,70 (2,4 bis 3,4 %)	1,14–1,65	nicht beziffert

Das kurzfristige Einsparungspotenzial von Massnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung ist schwierig abzuschätzen, da deren Wirkung erst lange nach der Einführung eintritt und komplexe Wechselwirkungen zwischen Verhältnisprävention (z.B. steuerliche oder strukturelle Massnahmen) und Verhaltensprävention bestehen.² Die Szenarien der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) für den Gesundheitsbereich ermöglichen jedoch eine Schätzung dazu, wie sich der

¹ Quelle: BAG, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004

² Das BAG hat eine Reihe wirtschaftlicher Studien zur Bestimmung des «Return on Investment» der Präventionsmassnahmen in Auftrag gegeben. Dazu werden in den Studien die direkten und indirekten Kosten der gesundheitlichen Wirkung gegenübergestellt. Die Ergebnisse werden Anfang 2009 erwartet.

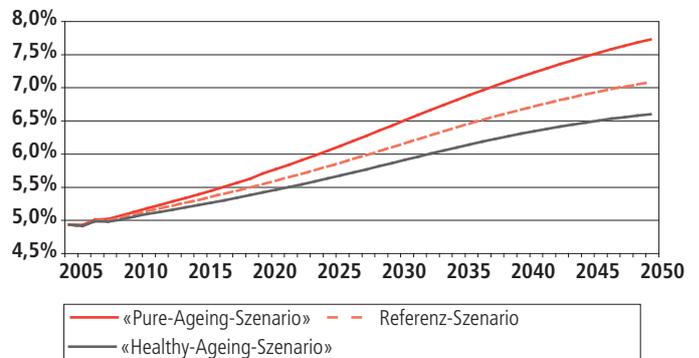
Einfluss der gesundheitlichen Verfassung der Bevölkerung in den kommenden 50 Jahren auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem auswirken wird.³ Dabei werden drei Szenarien unterschieden:

- Referenz-Szenario: Die Bevölkerung bleibt während der Hälfte der zusätzlichen Lebensjahre gesund (teilweise Ausweitung der Morbidität).
- «Pure-Ageing-Szenario»: Die Bevölkerung erlebt die zusätzlichen Lebensjahre in einem schlechteren Gesundheitszustand (Ausweitung der Morbidität).
- «Healthy-Ageing-Szenario»: Die Bevölkerung verbringt die zusätzlichen Lebensjahre in einem guten Gesundheitszustand (Verringerung der Morbidität).

Wie in Grafik G1 dargestellt, werden im Referenz-Szenario die Gesamtausgaben geschätzt, die in erster Linie in Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung stehen. Die Kosten steigen demnach von derzeit 52,76 Milliarden Franken (Basisjahr 2005; entspricht einem Anteil von 11,4 % am BIP) auf 220,89 Milliarden Franken im Jahr 2050 (BIP-Anteil von 15,5 %).⁴ Im «Pure-Ageing-Szenario» würden die Kosten sogar 232,07 Milliarden Franken erreichen (BIP-Anteil von

Entwicklung der Ausgaben der öffentlichen Hand, in Prozent des BIP, zwischen 2005 und 2050⁶

G2

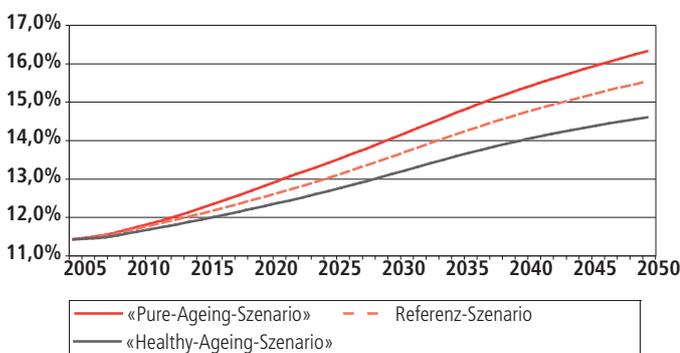


verglichen mit dem Referenz-Szenario um 0,5 Prozentpunkte reduziert werden (6,6 Prozent anstelle von 7,1 Prozent – in absoluten Zahlen beläuft sich diese potenzielle Einsparung auf 6,90 Milliarden Franken). Die Studie der EFV kommt deshalb zum Schluss, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung eine wirkungsvolle Massnahme darstellen könnten, um das im Referenzszenario beschriebene Kostenwachstum zu dämpfen. Prävention und Gesundheitsförderung stärken ausserdem die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, was eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von medizinischen Leistungen begünstigt. Dies würde zu einer weiteren – in den dargestellten Szenarien nicht enthaltenen – Eindämmung der Kosten im Gesundheitssystem beitragen.

Eine vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im April 2008 publizierte Studie zur Kostenentwicklung in der Langzeitpflege kommt zum gleichen Schluss wie die EFV⁷: Werden die 65-Jährigen und Älteren auch in Zukunft nicht später pflegebedürftig als heute, bleiben dies aufgrund der höheren Lebenserwartung aber länger, so steigen die Kosten für die Langzeitpflege von heute 7,3 Milliarden Franken (Basisjahr 2005) auf 17,8 Milliarden Franken im Jahr 2030.⁸ Tritt die Pflegebe-

Entwicklung der Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich, in Prozent des BIP, zwischen 2005 und 2050⁵

G1



16,3 %). Lässt sich hingegen der Gesundheitszustand der ältesten Bevölkerungsgruppe durch Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung verbessern («Healthy-Ageing-Szenario»), verringern sich die im Jahr 2050 zu erwartenden Kosten um 13,30 Milliarden Franken (BIP-Anteil: 14,6 %).

Da im heutigen Finanzierungssystem ein Grossteil dieser Kosten von der öffentlichen Hand getragen wird (Kantonsbeiträge an die Spitalpflege, Bundes- und Kantonsbeiträge an die individuelle Prämienvorbereitung), hat diese Entwicklung auch massgebliche Auswirkungen auf die für die öffentliche Hand zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen (siehe Grafik G2). Hier kann im «Healthy-Ageing-Szenario» der BIP-Anteil

3 Eidgenössische Finanzverwaltung: Legislaturfinanzplan 2009 bis 2011, Bern, Februar 2008, Seiten 115 ff.

4 In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die aus der allgemeinen Einkommensentwicklung resultierenden Nachfrage- und Angebots effekte im Gesundheitswesen im Referenzszenario für fast die Hälfte des realen Wachstums der gesamten Gesundheitsausgaben verantwortlich sind.

5 Quelle: Eidgenössische Finanzverwaltung

6 Quelle: Eidgenössische Finanzverwaltung

7 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Kostenentwicklung der Langzeitpflege von heute bis zum Jahr 2030 in der Schweiz (nur französisch, mit deutscher Zusammenfassung). Arbeitsdokument 34, Neuenburg, April 2008 – einsehbar unter www.obsan.admin.ch.

8 Ein Grossteil des Kostenwachstums, das direkt mit der demografischen Entwicklung zusammenhängt (wachsende Zahl von über 80-Jährigen), ist unvermeidbar.

dürftigkeit hingegen später ein (Abnahme der Inanspruchnahme), werden sich die Kosten auf 16,2 Milliarden Franken belaufen, was einer Kosteneinsparung von 1,6 Milliarden Franken pro Jahr entspricht. Diese Ergebnisse zeigen gemäss den Autoren der Studie klar, welche Rolle Massnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung bei der Eindämmung des Kostenanstiegs in der Langzeitpflege spielen könnten.

Wirtschaftliche Herausforderungen

Durch Mehrinvestitionen für verstärkte staatliche Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung können Konflikte mit anderen öffentlichen Interessen wie der Wirtschaftsfreiheit auftreten. Strukturelle Massnahmen zum Abbau der grössten Risikofaktoren wie Rauchen, problematischer Alkoholkonsum und schlechte Ernährung tragen erwiesenermassen⁹ viel zu einer wirkungsvollen und kosteneffizienten Prävention der daraus resultierenden Krankheiten bei. Diese Mass-

nahmen reduzieren die Krankheitslast und langfristig die damit verbundenen Kosten. Der Vorentwurf für das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) sieht vor, dass sowohl bei der Formulierung der strategischen Vorgaben für die nationalen Programme als auch bei der Erarbeitung der Programme selbst deren mögliche Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Umwelt berücksichtigt werden. Allfällige Interessenkonflikte zwischen dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und einer allfälligen Einschränkung der individuellen oder der unternehmerischen Freiheit sind anzusprechen und zu prüfen. Hier ist ein breit geführter politischer Diskurs notwendig, um sicherzustellen, dass es nicht zu einem Konflikt zwischen öffentlichen und privaten Ansprüchen kommt. Der Staat muss aber auch die Möglichkeit haben, private Interessen dort einzuschränken, wo das Gut der öffentlichen Gesundheit höher gewertet wird als die Interessen von Wirtschaftszweigen.

⁹ Auf internationaler Ebene ermöglicht die 1998 ins Leben gerufene Datenbank CHOICE der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Rentabilität zahlreicher Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zu berechnen; siehe: www.who.int/choice.

Marlene Läubli-Loud, Dr. phil., Leiterin Evaluation und Forschung, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, BAG.
E-Mail: marlene.laebli@bag.admin.ch

Prävention und Gesundheitsförderung aus kantonaler Sicht

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Für den einzelnen Menschen beinhaltet Gesundheit eine Vielzahl von Dimensionen, die unter anderem die Psyche, den Körper und das soziale Umfeld betreffen. Gesundheit entsteht nach heutigem Verständnis im Zusammenwirken von Individuum, Gesellschaft, Wirtschaft und Staat. Moderne Gesundheitsförderung und Prävention setzt deshalb an dieser Wechselwirkung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt an. Vor diesem Hintergrund kommt bei der Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention der strukturellen und rechtlichen Verankerung grosse Bedeutung zu. Hier haben die Kantone eine entscheidende Bedeutung, indem sie geeignete Massnahmen zur Umsetzung der Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen basisnahe einleiten können.



Thomas Steffen
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Voraussetzungen für Gesundheit

Die Gesundheit hat grosse Bedeutung sowohl für den Einzelnen, wie auch für die gesamte Gesellschaft. Das Gleichgewicht zwischen Mensch und Umwelt ist zunehmend fragiler geworden, bedingt u.a. durch neue Ernährungsgewohnheiten, gesellschaftliche Veränderungen oder Migrationsbewegungen. Trotz des medizinischen Fortschritts sind neue Gesundheitsrisiken die Folge dieser zahlreichen Veränderungen. Gesundheit ist aus dieser Sicht kein unabhängiger Einzelfaktor, sondern Teil eines Systems.

Die Bevölkerung kann nur gesund bleiben, wenn auch jeder und jede Einzelne Selbstverantwortung übernimmt und Sorge zu seiner oder ihrer Gesundheit trägt. Die staatlichen Institutionen fördern dabei die individuelle Gesundheit durch geeignete Massnahmen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit verschiedenen privaten Organisationen. Alle diese Massnahmen zielen darauf ab, die Gesundheit der Bevölkerung zu erhalten und zu fördern und werden unter dem Begriff «Public Health» zusammengefasst. Der Begriff «Public Health» umfasst sämtliche organisatorischen Anstrengungen, die sich mit dem Erkennen und Verhindern von Gesundheitsproblemen in der Bevölkerung befassen oder zur Verbesserung der Gesundheit beitragen. Modernes, prozessorientiertes Gesundheitsmanagement im Sinne von «Public Health» ist aber nur dann umsetzbar, wenn geeignete Koordinations- und Steuerstellen im Prozess sowohl auf nationaler wie auf lokaler Ebene vorhanden sind. Den Kantonen und Gemeinden kommt bei dieser gezielten Umsetzung eine entscheidende Schlüsselrolle zu. Sie haben dafür zu sorgen, wie in diesem Artikel aufgezeigt wird, dass aus theoretischen Steuerkonzepten praktische Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit wird.

Strategie moderner, kantonalen Gesundheitsförderung

Moderne Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien gehen von einem langfristig ausgerichteten, sich an der Entwicklung der Menschen und der Gesellschaft orientierten Ansatz aus, mit dem in bestehende Prozesse steuernd eingegriffen werden kann. Die Gesundheit wird als komplexes System wahrgenommen, weshalb die zentralen Instrumente der modernen Prozesssteuerung auch in der modernen Präventions- und Gesundheitsförderungsarbeit Einzug gehalten haben.

Die Planung und Leitung moderner Gesundheitsförderungs- und Präventionsarbeit für die Bevölkerung umfasst:

- die Definition von Zielen
- die Planung
- die gezielte Umsetzung mit integrierter Prozess- und Outcome-Analyse
- ein Kommunikations- und Koordinationskonzept

Grosse internationale wie auch nationale Gesundheitsförderungsprogramme sind heute nach diesen Prin-

zipien aufgebaut. So liefern beispielsweise die Gesundheitsziele des WHO-Regionalbüros Europa für das 21. Jahrhundert, resp. die davon abgeleiteten Gesundheitsziele für die Schweiz, eine breite, strategische Grundlage für die gezielte Einführung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen.

Heute verfügen alle mittleren und grösseren Kantone über Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, welche die internationalen und nationalen Strategien in Form von praktischer Präventionsarbeit umsetzen. Den Kantonen, Gemeinden und Städten kommt damit eine zentrale Bedeutung in der Umsetzung von breit angelegten Präventionsprogrammen zu.

Gesundheitsförderung und Prävention am Beispiel des Kantons Basel-Stadt

Wie aufgezeigt, bedarf moderne, prozessorientierte Gesundheitsförderung und Prävention geeigneter konzeptioneller Vorgaben (Leitthesen, Ziele) und der nö-

tigen Koordinations- und Steuerungsinstrumente. Nur so können die teilweise sehr komplexen, interaktiven Prozesse, welche zur Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung beitragen, gezielt gesteuert werden.

Vor diesem Hintergrund arbeitet die Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Basel-Stadt mit sieben Leitthesen zur Verstärkung nationaler und kantonally koordinierter Gesundheitsförderung und Prävention (vergleiche **K1**). Mit diesen sieben Leitthesen wird die kantonale Gesundheitsförderung in die regionalen, nationalen und internationalen Anstrengungen auf diesem Gebiet eingebunden. So kann gewährleistet werden, dass die praktische, regionale Umsetzung in einem grösseren Gesamtkontext steht.

Ein Beispiel für eine solche prozessorientierte abgestützte Vorgehensweise ist das seit anfangs 2007 laufende Schwerpunktprogramm «Gesundes Körpergewicht» im Kanton Basel-Stadt.

Die national wie auch international alarmierenden Zahlen zur Fehl- und Überernährung, v.a. bei Kindern und Jugendlichen, sind der Hauptgrund für die Ent-

Sieben Leitthesen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Basel-Stadt **K1**

Leitthese 1 zum Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind wesentlich für das Wohlergehen der Bevölkerung. Sie sind deshalb strukturell gleichwertig wie Behandlung, Rehabilitation und Pflege im Gesundheitssystem des Kantons Basel-Stadt zu verankern.

Leitthese 2 zur Ausrichtung der kantonalen Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen müssen stetig an die Bedürfnisse und Lebenswelten der Menschen (Schule, Arbeit, Familie, Freizeit etc.) angepasst werden. Es sind sowohl verhaltens- wie auch verhältnisbezogene Massnahmen zu ergreifen, welche attraktiv und bevölkerungsnahe ausgestattet werden müssen.

Leitthese 3 zur strukturellen und rechtlichen Verankerung der Gesundheitsförderung und Prävention

Sämtliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten bedürfen einer klaren, strukturellen Verankerung.

Leitthese 4 zu den Gesundheitszielen als Grundlage der Prioritätensetzung

Kantonale Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen müssen auf klaren Zielen aufbauen. Im Zielsetzungspro-

zess wird auf die internationalen und nationalen Erkenntnisse zurückgegriffen und eine lokale, praxisnahe Umsetzung vorgenommen.

Leitthese 5 zur Finanzierung der Gesundheitsförderung

Die kantonale Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen werden angemessen und aus verschiedenen Quellen finanziert, damit Nachhaltigkeit gewährleistet ist.

Leitthese 6 zur Auswahl, Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen

Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen werden anhand der Kriterien der Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ausgewählt und durchgeführt. Dabei werden systematisch Methoden des Projekt- und Qualitätsmanagements eingesetzt.

Leitthese 7 zur Vernetzung und Koordination

Gesundheitsförderung und Prävention bedarf einer starken Vernetzung und Koordination aller beteiligten Stellen. Auf diese Weise können Synergien genutzt und Massnahmen praxisnahe umgesetzt werden.

wicklung dieses Programms. Die Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Basel-Stadt zeigen diesen eindrücklichen Trend: Waren 1980 noch rund zehn Prozent der Schulkinder übergewichtig, so sind es heute rund ein Viertel.

Der Kanton Basel-Stadt hat deshalb, ausgehend von den nationalen Strategien des Bundes und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, ein kantonales Schwerpunktprogramm «Gesundes Körpergewicht» gestartet. Im Rahmen dieses Massnahmenpakets wird die gesamte Bevölkerung für gesunde Ernährung und Alltagsbewegung sensibilisiert. Besonderer Wert wird auf die Gesundheitsförderung im Kinder- und Jugendbereich gelegt. So wird beispielsweise im Rahmen dieses Schwer-

punktprogramms die gesunde Zwischenernährung in allen Kindergärten und Schulen des Kantons Basel-Stadt eingeführt, oder es werden im Rahmen des Projekts «Burzelbaum» alle Kindergärten des Kantons Basel-Stadt bewegungsfreundlicher gestaltet und die Lehrpersonen entsprechend weitergebildet.

Da die kantonale Umsetzung im Rahmen eines nationalen Programms zum gesunden Körpergewicht, getragen von Gesundheitsförderung Schweiz, geschieht, können die Strategien, wie auch die praktische Vorgehensweise heute breit mit gegen 20 beteiligten Kantonen weiterentwickelt werden. So haben beispielsweise die beiden Basler Projekte «Znüni-Box» und «Burzelbaum» für gesunde Ernährung und viel Bewegung in Kindergärten heute verschiedene Partnerprojekte in anderen Kantonen ausgelöst. Innerhalb dieses Prozesses haben sich beispielsweise auch die Städte Basel, Bern und Zürich zusammengefunden, um die schulärztlichen Gewichtsdaten gemeinsam zu analysieren. Dies ist eine gute Basis, um die Analyse der Übergewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen auch auf nationaler Ebene weiter zu entwickeln. Weitere Kantone planen bereits, sich in den nächsten Jahren an diesem Gewichtsmonitoring-System zu beteiligen.

Alle Kantone vereint hinter dem PräVG? K2 Ja, aber ... !

Im neu geschaffenen Haus der Kantone löst der Vorentwurf zum Gesetz über die Prävention und Gesundheitsförderung (PräVG) angeregte Diskussionen aus, bei denen Standpunkte sich gegenüberstehen, sich herausfordern und (manchmal) zu einer Übereinstimmung gelangen...

Das neue Gesetz vereint zwar in den meisten der betroffenen Konferenzen eine befürwortende Mehrheit auf sich, aber es gibt auch einige Wermutstropfen ... Der Hauptstreitpunkt betrifft den Anteil der teilweise noch unbekanntem öffentlichen Gelder, der direkt in die Kasse der Kantone fließen sollte. Die vorbehaltenen Punkte betreffen die Rolle, welche die Kantone im Schweizer Präventionsinstitut zu spielen haben, die Aufnahme der sekundären Prävention im Gesetz sowie die Einhaltung des Subsidiaritäts- und des Äquivalenzprinzips.

Gleichzeitig bleiben mehrere andere Fragen offen. Wer sind die Hauptakteure in der Prävention? PolitikerInnen, Fachleute des Gesundheitswesens, Schulen, Zivilgesellschaft oder alle diese Akteure gemeinsam in einem umfassenden Konzept, das auf Zusammenarbeit, Synergien und Wissensmanagement beruht? Wie kann man verhindern, dass man von einer gesundheitsfördernden Prävention (Synonym von Investition in die Zukunft) in eine einschränkende, mit Verboten gespickte Moralpredigt abrutscht? Die Antworten auf diese Fragen sind weder einfach noch sofort zu finden. Nicht nach Antworten zu suchen ist das Schlimmste, was wir tun können.

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Ausblick

Gegenwärtig ist der Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung in der Vernehmlassung. Das Gesetz soll unter anderem die modernen Steuerungs- und Koordinationsinstrumente zur gezielteren Prävention- und Gesundheitsförderung regeln. Den Kantonen käme im Rahmen des Präventionsgesetzes die Aufgabe zu, aktiv an der Seite des Bundes die nationalen Strategien im Bereich der Prävention zu definieren. Zudem wären sie an der Erarbeitung der nationalen Programme beteiligt und für deren Umsetzung – wie heute schon – zuständig.

Der Entwurf für das Präventionsgesetz nimmt dabei die wichtigsten Elemente modernen Gesundheitsmanagements auf, was für die weitere Entwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz von zentraler Bedeutung ist. Den Kantonen kommt dabei weiterhin die Schlüsselrolle zwischen strategischer Konzeptentwicklung und praktischer, bevölkerungsnaher Umsetzung zu.

Thomas Steffen, Dr. med., MPH, Abteilungsleiter Gesundheitsförderung und Prävention, Bereich Gesundheitsdienste, Gesundheitsdepartement Basel Stadt.
E-Mail: thomas.steffen@bs.ch

Mit vereinten Kräften zum Erfolg

Gesundheitsförderung und Prävention sind den Kinderschuhen entwachsen. Die Gesundheitsligen bringen beste Voraussetzungen mit, um neue Erkenntnisse auf diesem Gebiet erfolgreich umzusetzen. Der angemessene Einsatz von Prävention und Gesundheitsförderung für eine gesunde Schweiz erfordert jedoch einen stärkeren politischen Rückhalt. Zudem braucht es klare gesetzliche Grundlagen für die Aufgaben des Staates in diesem Bereich.



Bruno Meili
Krebsliga Schweiz

Prävention und Gesundheitsförderung sind heute wesentliche Pfeiler im Portfolio jeder Gesundheitsorganisation. Das war nicht immer so. In der Gründerzeit, d.h. in den Anfängen des 20. Jahrhunderts, war die soziale Sicherheit noch nicht staatlich organisiert, sondern von der privaten Fürsorge abhängig. Krankheit und Armut waren synonyme Begriffe. So wurde von den damals gegründeten Organisationen vor allem Geld gesammelt und an notleidende Patienten verteilt.

Das Sozialsystem der Schweiz entwickelte sich, die NGOs veränderten sich dementsprechend. Das ursprüngliche Kerngeschäft, die soziale Hilfe, besteht heute noch in Form der Beratung von PatientInnen und Angehörigen sowie ergänzender Finanzhilfe, wo das nötig ist. Hinzugekommen sind aber die neuen Themen: **Prävention und Gesundheitsförderung**. Der Charakter der Gesundheitsligen hat sich geändert: Die Pannenhelferinnen wurden zu Innovationsagentinnen. Die auf Individuen ausgerichteten Fürsorgestrukturen wurden zu Kompetenzzentren der Gesundheitsförderung für die breite Bevölkerung (bzw. deren Risikogruppen). Die

Perspektive wechselte vom Individuum mit einer spezifischen Krankheit zur Gesamtgesellschaft mit multiplen Risiken, aber gemeinsamen Ursachen, die es nun zu bekämpfen galt. Dieser Paradigmawechsel war und ist Voraussetzung und Anlass für den Zusammenschluss der Gesundheitsligen- und organisationen in verschiedenen Zusammensetzungen und Formen.

Gemeinsam auftreten

Seit einigen Jahren treten die Gesundheitsligen vermehrt gemeinsam auf, sei es in Programmen und Projekten, sei es, wenn es darum geht, gemeinsame Anliegen politisch durchzusetzen. Die neuen Themen «Gesundheitsförderung» und «Prävention» haben wesentlich dazu beigetragen, weil die entsprechenden Massnahmen und Methoden für viele Krankheitsbilder dieselben sind.

Die Gesundheitsligen bearbeiten heute alle Themenbereiche mit Ausnahme der Therapie: Forschungsförderung, Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, psycho-soziale Beratung, Rehabilitation, palliative Pflege und Behandlung.

Die Gesundheitsligen sind **zum Ersten** durch inhaltliche Gemeinsamkeiten verbunden. Gesund essen und sich viel bewegen sind Postulate, die für die Prävention vieler chronischer Krankheiten gültig sind. Die Erkenntnis, dass Tabakkonsum sehr viele schwere Krankheiten (mit-)verursacht ist ein verbindendes Element. Alle sind auch damit konfrontiert, dass diese Krankheiten zunehmen, das Überleben auch, und die Preise der Medikamente für deren Behandlung noch viel schneller. Umso dringender wird es, diese Krankheiten zu vermeiden, respektive früher zu erkennen, um sie besser behandeln zu können. Daraus ergeben sich viele gemeinsame Interessen und Aktionen.

Zweitens verbindet uns auch unser Verhältnis zum Staat. Das schweizerische Gesundheitswesen leistet sich den Föderalismus. Auf dem Hintergrund unserer naturwissenschaftlich ausgerichteten Bemühungen, die jeweiligen Krankheiten zu bekämpfen, mutet es mehr als seltsam an, dass die Umsetzung dieser Bemühungen spezifisch appenzellisch oder jurassisch zu geschehen hat. Krebskranke und DiabetespatientInnen haben die gleichen Gesundheitsprobleme, ob sie nun in Helsinki oder in Athen zu Hause sind.

So gibt es bei uns Kantone, die die NGOs kaum wahrnehmen («Ihr seid ja privat, also geht uns das nichts an») bzw. als Konkurrenz betrachten und solche, die

sich in ihr Gesundheitsgesetz hineinschreiben, dass sie sich subsidiär zum zivilen Sektor verhalten wollen und ihn entsprechend unterstützen.

Typisch für unser Staatsverständnis ist es aber, dass diese letztere Variante die Ausnahme bildet. Sei es kantonal oder national, die Zusammenarbeit zwischen den zivilen Organisationen und den staatlichen Organen hat noch grosses Entwicklungspotenzial, das wohl erst mit den zunehmenden wirtschaftlichen Engpässen ausgeschöpft werden wird. Ansätze dazu werden sichtbar.

Die Entwicklung der nationalen Tabakpräventionsstrategie ist ein Beispiel enger Zusammenarbeit und im Entwurf zum Präventionsgesetz wird die strategische Entwicklung als gemeinsame Aufgabe von Bund, Kantonen und NGOs dargestellt, jedenfalls kann das so verstanden werden.

Die Subsidiarität immer wieder neu einzufordern und zu definieren, ist ein gemeinsames Anliegen der Gesundheitsorganisationen und hat nur Erfolg, wenn wir es auch gemeinsam angehen.

Die Entwicklung gemeinsamer Strategien in der Prävention zeigt aber auch die Grenzen unserer Zusammenarbeit. NGOs sind naturgemäss zu mehr oder weniger grossen Teilen privat finanziert. Auf der Einnahmenseite sind wir daher Konkurrenten in einem hart umkämpften Markt. Verständlich daher das Bedürfnis jeder Organisation, sich von den anderen abzuheben, wenn es darum geht, private Mittel zu gewinnen. Dieser Wunsch kann sich darum sehr leicht auch in der Strategiediskussion niederschlagen.

Alles spricht dafür

Gesundheitsförderung ist **ein breiter Begriff**. Für die Gesundheitsligen hört die Gesundheitsförderung nicht auf, wenn jemand krank wird. Auch die (verbleibende) Gesundheit von Kranken muss gefördert werden. Die (noch) vorhandenen Ressourcen zu pflegen resp. wieder aufzubauen ist bei Kranken entscheidend, damit sie sich mindestens teilweise wieder eingliedern können in das soziale und wirtschaftliche Leben und mit ihrem Leiden so gut wie möglich leben können.

Mit diesem salutogenetischen Ansatz unterscheidet sich dieser Teil der Tätigkeit der Gesundheitsligen grundsätzlich von allen anderen Aktivitäten, die mehr auf die «Reparatur» eines Fehlers oder die Behebung eines Mangels ausgerichtet sind.

Dank Fortschritten in der Forschung sind in den letzten Jahren die Überlebenschancen bei vielen schweren Krankheiten gestiegen. Aus diesem Grund steigt die Zahl der chronisch Kranken. Damit steigt auch die Bedeutung der Gesundheitsförderung, vor allem für kranke Menschen, um ihre Ressourcen und ihre Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten.

Es gibt noch einen Grund, warum die Gesundheitsförderung und die Prävention wichtiger geworden sind. Nicht nur im Bereich der Therapie, auch in der Prävention hat die **Forschung** wesentliche Fortschritte gemacht. Wir wissen heute besser Bescheid, wo und wie es sich lohnt, die Mittel einzusetzen.

Kritik überholt

Unsere Präventionsarbeit ist oft der **Kritik** ausgesetzt, ihre Wirkung sei ungewiss, mit dem Aufwand kaum zu rechtfertigen und greife erzieherisch in die Freiheit des Individuums ein.

Unsere Präventionsarbeit ist **nicht zeigfingerpädagogisch**. Sie geht von mündigen BürgerInnen aus, die daran interessiert sind, industrieunabhängig informiert zu werden über die aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisse, wie Krankheiten vermieden werden können. Wir gehen davon aus, dass Gesundheit ein hoher, allgemein anerkannter Wert ist, der allerdings nicht von allen Teilen der Bevölkerung gleich geschätzt wird und für alle gleich zugänglich ist. Diese Defizite verpflichten uns zum Handeln.

Darüber hinaus verstehen wir das gesellschaftliche Gesundheitsproblem so, dass die **Integration und Solidarität**, auf der unser Gesundheitssystem aufgebaut ist, mehr und mehr in Frage gestellt ist. Um die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken aufrecht zu erhalten, ist der Staat gezwungen, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu favorisieren, respektive schädigendes Verhalten zu erschweren oder gar zu verhindern. Dadurch werden nicht nur Kosten vermieden (was nicht von allen gleichermassen erkannt wird), die solidarisch zu tragen sind, sondern auch Opfer eingefordert (z.B. nicht überall rauchen) von jenen, die diese Solidarität in Anspruch nehmen.

Dies ist umso mehr angebracht, als die Forschungsarbeiten der letzten Jahre klar gezeigt haben, dass die Verhältnisprävention mit den geeigneten Massnahmen ungleich wirksamer ist, als unsere hergebrachten Programme, die auf Verhaltensänderungen ausgerichtet sind.

Unsere Präventionsarbeit hat also **zwei Säulen**: Gesundes **Verhalten** durch Programme aller Art bekannt machen und dazu motivieren (Verhaltensprävention) und staatliche **Regelungen** (Verhältnisprävention) politisch einfordern, die gesundes Verhalten fördern und schädigendes verhindern.

Erfolgskriterien

Der Gesundheitsförderung und der Prävention vorwerfen, das sei wirkungsloser Aktivismus, weil keine wissenschaftlichen Nachweise für die Wirkung unserer

Massnahmen vorlägen, ist überholt. Allerdings gehört zu den Erkenntnissen der letzten Jahre auch, dass diese Programme bestimmte Bedingungen erfüllen müssen, damit sie erfolgreich sind:

- Alle beteiligten Akteure (Kantone, Bund, NGOs) teilen die Ziele und Methoden der Aktion.
- Der Leader der Aktion (Bund) ist unbestritten.
- Die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse werden respektiert und umgesetzt.
- Das Monitoring ist sichergestellt.
- Die Aktion ist langfristig angelegt.

Werden einzelne oder alle Voraussetzungen missachtet, gilt allerdings der oben erwähnte Vorwurf. Jeder Franken ist verschwendetes Geld, wenn in jeder Ecke unseres Landes Projekte ins Kraut schiessen. Da haben die national ausgerichteten Gesundheitsligen eine enorm wichtige, integrative Funktion zu erfüllen. Sie sind ein wichtiges Potenzial, wenn es darum geht, eine nationale Strategie zu entwickeln, die überall umgesetzt wird. Die Gesundheitsligen sind lokal sehr gut verankert durch ihre hergebrachten Aufgaben im Sozialbereich und sie haben gleichzeitig eine nationale Perspektive. Sie verbinden die nationale und die lokale Ebene und sie verbinden den sozialen Bereich und den Gesundheitsbereich. Sie sind durch ihre umfassenden Kontakte mit PatientInnen und hunderttausenden von privaten SpenderInnen und Freiwilligen mit der Bevölkerung eng verbunden. Sie sind durch ihre schlanke Organisation flexibel und sie arbeiten interdisziplinär. Mit all diesen Vorteilen und Stärken tragen sie aber auch eine nicht unbedeutende Verantwortung für die Umsetzung nationaler Strategien. Ihre oft monopolistische Stellung in ihrem angestammten Thema verlangt einen behutsamen und bewussten Umgang mit den Ressourcen.

Wir sind in doppeltem Sinne daran interessiert, dass die oben angeführten Bedingungen erfüllt sind: um die angestrebten Wirkungen zu erzielen einerseits, um die Anerkennung unserer Arbeit in Politik und Öffentlichkeit zu erwerben und sicherzustellen andererseits.

Das Gesetz: ein Meilenstein

Leider ist unser Gesundheitssystem so angelegt, dass gerade die ersten beiden wichtigen Bedingungen kaum zu erfüllen sind. Unsere Hoffnung liegt im Präventionsgesetz, das uns in dieser Hinsicht einen wichtigen Schritt weiterbringen könnte.

Das Präventionsgesetz schlägt vor, dass **Strategien** in einem breit angelegten Prozess entstehen sollen. Bereits in den letzten Jahren wurden unter der Leitung des BAG erste Prozesse im Sinne der offenen Planung durchgeführt. Das sind vielversprechende Anfänge, die

durch das neue Gesetz legitimiert und institutionalisiert werden. Man kann einwenden, dazu sei kein Gesetz notwendig. Formaljuristisch mag das stimmen, ist aber nicht das Erfolgskriterium. Es geht darum, dass diese Prozesse ernst genommen werden, Gewicht bekommen, wenn es um die Umsetzung geht und dass der Bund als Leader in diesem Prozess anerkannt wird. Das ist nur mit einer gesetzlichen Grundlage zu erreichen.

Ein weiteres, oben erwähntes Erfolgskriterium ist erfüllt, wenn die wissenschaftlichen Erkenntnisse handlungsleitend sind. Wenn es gelingt, den **Institutsrat** des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention so zusammensetzen, dass er von Interessenvertretern frei bleibt und dafür ExpertInnen und ManagerInnen Einfluss gewinnen, dann ist immerhin an einer entscheidenden Schaltstelle dafür gesorgt, dass Sachkenntnisse den Mitteleinsatz bestimmen. Dies ist im Gesetz so vorgesehen.

Ob jemand Autos verkauft oder das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung beeinflusst: Ohne zuverlässige, aussagekräftige **Daten über das Resultat** seiner Bemühungen wird er nie erfolgreich sein können. Wer blind nachts im Nebel herumtappt, findet sein Ziel nicht. Was für das Management von jedem Betrieb selbstverständlich ist, muss auch für die Prävention und die Gesundheitsförderung gelten. Das Monitoring, insbesondere von langfristig angelegten Prozessen, die in unserem Fall bis zu 20, 30 Jahren dauern können, muss sichergestellt sein. Auch das wird im Gesetz verlangt und ersetzt einen Flickenteppich, der kein rationales Handeln zulässt.

Die Eternit-Opfer sind erst 20 und 30 Jahre nach ihrer Arbeit mit diesem Material krank geworden. Viele Krankheiten entwickeln sich über viele Jahre, die Wirkung wird erst spät sichtbar. Häufig verhält es sich im umgekehrten Fall ebenso: Wer risikohaftes Verhalten vermeidet oder einstellt, geniesst die Folgen erst viel später. Wer von der Prävention rasche Erfolge erwartet, verlangt Unmögliches. Auch aus diesem Grund ist das lückenlose Monitoring unerlässlich.

Das Wichtigste, was uns das neue Gesetz bringt, ist die Tatsache, dass unsere Bemühungen, Krankheiten zu vermeiden und Gesundheitsressourcen zu stärken, zu einer anerkannten, staatlichen Aufgabe werden. Es wird nicht nur geduldet, nein, es wird erwartet, dass wir uns als Gesellschaft vor vermeidbaren Schäden an unserer Gesundheit schützen. Diese **politische Anerkennung** brauchen wir, darauf warten wir schon seit Jahrzehnten und nun ist sie in greifbare Nähe gerückt. Wir haben den Erfolg erarbeitet und verdient.

Bruno Meili, Geschäftsleiter Krebsliga Schweiz,
Vorstandsmitglied GELIKO (Gesundheitsligen Konferenz).
E-Mail: meili@swisscancer.ch

Lotsen in Gesundheitsfragen

Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige und unumgängliche Bestandteile ärztlicher Praxis. Die Ärztinnen und Ärzte nehmen ihre Verantwortung wahr und bringen ihre Kompetenzen in diesem Bereich ein.



Christine Romann

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)



Barbara Weil

HausarztInnen sind hauptsächlich kurativ tätig; sie überprüfen den erhöhten Blutdruck und Cholesterinwert, verbinden verstauchte Knöchel, geben Medikamente gegen Fieber, Magen-Darm- und Schlafprobleme ab – kurz: «heilen» die Krankheiten ihrer PatientInnen. Dies die landläufige Meinung. Aber: Welche Patientin, welcher Patient kommt je aus der Praxis ohne einen Ratschlag des Arztes oder der Ärztin? Sei es «was kann ich tun, damit mein Blutdruck nicht hoch klettert» – über «Anregungen zu meinem Ess- und Trinkverhalten», «vorsichtiges Muskelaufwärmen vor dem Grimpelturnier» bis hin zu «was kann ich tun, um meine Schlafprobleme in den Griff zu bekommen?» Solche Beratungen sind eigentliche präventive Massnahmen – auch wenn sie nicht als solche deklariert sind.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Sprechstunde sind eine wichtige Aufgabe für den Hausarzt, die Hausärztin. ÄrztInnen sind berufene Akteure in diesem Feld: Über ein Drittel der Bevölkerung sucht regelmässig den Arzt, die Ärztin auf. Menschen mit einem kleineren Schulsack gehen öfter zum Arzt, zur Ärztin als Menschen mit höherer Bildung. Innerhalb der verschie-

denen Berufsgruppen im Gesundheitswesen bringen PatientInnen dem Arzt oder der Ärztin das grösste Vertrauen entgegen; 58 % der Bevölkerung legen grossen Wert darauf, ihren Arzt, ihre Ärztin frei wählen zu können. Zudem werden ÄrztInnen von den BürgerInnen als die sachkundigsten Akteure in Fragen der Gesundheit wahrgenommen.

Kompetente Beratung

Frauen und Männer in der modernen Gesellschaft möchten kompetent beraten werden, wenn es um ihre Gesundheit geht. Sie wissen, dass sie mit ihrem Verhalten ihre eigene Gesundheit wesentlich beeinflussen können und fassen entsprechende Vorsätze – um anschliessend immer wieder erleben zu müssen, dass sie in ihrem Verhalten von Wirkkräften ausserhalb ihres individuellen Einflussbereichs beeinflusst werden. Sie haben beispielsweise Arbeitsstress und kurze Mittagspausen, die den Trend zu Fast Food begünstigen. Sie sind einer Dauerberieselung durch mannigfaltige Werbung ausgesetzt, greifen zu Alkohol oder Tabletten, um sich zu entspannen. Es braucht mehr als guten Willen, um das Verhalten zu ändern! Um ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit wahrnehmen zu können, wünschen sich PatientInnen individuellen Rat aus vertrauenswürdiger Quelle – als solche wird in erster Linie der Arzt, die Ärztin angesehen! PatientInnen informieren sich auch über Zeitungen und Internet, am meisten aber vertrauen sie ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, die ihnen die Informationen auch verständlich aufbereiten können und ihnen so ermöglichen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln.

Gesundheitscoaching

So können die ÄrztInnen ihren PatientInnen als Lotsen in Gesundheitsfragen dienen.

Durch verhaltensbezogene individuelle Beratung werden die Botschaften der Präventionsprogramme transportiert und tragen dazu bei, dass die PatientInnen dies auch umsetzen können. Das vom KHM (Kollegium für Hausarztmedizin) initiierte «Gesundheitscoaching» beispielsweise holt den Patienten, die Patientin bei der individuellen Verhaltenskonstellation ab. Der Hausarzt, die Hausärztin erarbeitet mit dem Patienten oder der Patientin zuerst die Prioritäten und

Motivationen und ermöglicht so, die individuellen Gesundheitskompetenzen und Ressourcen zu entwickeln. Das Projekt «Gesundheitscoaching» hat Methoden entwickelt, die es dem Arzt oder der Ärztin ermöglichen, die PatientInnen systematisch auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen, sie zu sensibilisieren und zu motivieren, damit sie sich eigene Gesundheitsziele setzen und auch erreichen, begleitet von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin. Das «Gesundheitscoaching» operationalisiert erstmals moderne Gesundheitsförderungs- und Beratungskonzepte (u.a. Gesundheitskompetenz, Empowerment, Shared Decision Making, Motivational Interviewing).

So finden die nationalen Präventionsprogramme, die Hinweisplakate zu Alkohol, zu Übergewicht und Rau-

chen ihre Entsprechung in der individuellen Beratung in der Arztpraxis, wo jeder und jede Einzelne davon überzeugt werden kann, dass er oder sie das persönliche Verhalten ändern muss – und kann.

Christine Romann, Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes FMH, Verantwortliche des Ressorts Gesundheitsförderung und Prävention.

E-Mail: christine.romann@bluewin.ch

Barbara Weil, Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention, Generalsekretariat FMH.

E-Mail: barbara.weil@fmh.ch

Die Rolle des Apothekers, der Apothekerin in der Prävention

Die Schweizer Apotheken gehören zum kurativen System, doch ihr Tätigkeitsbereich umfasst auch die Gesundheitserhaltung. Sie werden täglich von 300 000 Personen aufgesucht, von denen ein Teil keine Beschwerden hat. In der Apotheke stehen der Bevölkerung ständig ein Vertreter oder eine Vertreterin der Medizinalberufe sowie Fachpersonal zur Verfügung. Aufgrund dieser Merkmale und der noch hinzukommenden Rolle einer Gesundheitspolizei, vor allem im Kampf gegen Missbräuche und die unsachgemässe Verwendung von Medikamenten, ist die Apotheke dazu prädestiniert, von den eidgenössischen und kantonalen Gesundheitsbehörden einen offiziellen Präventionsauftrag zu erhalten. Ein weiteres wesentliches Merkmal der Apotheke ist der Kontakt mit Personen, die sich um die Gesundheit von Dritten kümmern – vor allem Mütter oder Menschen, die Kranke, Behinderte oder Betagte zu Hause pflegen. Solche Personen sind die idealen AnsprechpartnerInnen, um Informationen zum Gesundheitswesen in der Bevölkerung zu verbreiten.



Marcel Mesnil
pharmaSuisse

Apotheken und primäre Prävention

Aktionen zugunsten der Umwelt

Um die Umweltbelastung so gering als möglich zu halten, nehmen seit je die Apotheken Medikamente sowie kaputte Thermometer zur fachgerechten Entsorgung zurück. Kürzlich lancierten sie eine Sammel- und

Entsorgungsaktion für alle Instrumente, die das sehr giftige Quecksilber enthalten.

Unfallverhütung

Eine gemeinsame Aktion mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) ermöglichte den Austausch von gebrauchten Fixerspritzen gegen ungebrauchte. Damit wurden zwei Ziele verfolgt: Einerseits sollte die Verbreitung des HIV unter Drogenabhängigen aufgehalten werden, andererseits wollte man vermeiden, dass in öffentlichen Parks und Gärten herumliegende Spritzen zu Unfällen führen. Bei dieser Aktion zeigte sich die vielfältige Kompetenz der Apotheken: Sie handelten direkt durch den Austausch der Spritzen sowie indirekt durch die Abgabe von Unterlagen zur Sensibilisierung. Damit stiessen sie ins Herz der Drogenszenen vor, denn sie konnten mit KundenpatientenInnen zusammenarbeiten, die mit Methadon behandelt werden und aus ihrer Abhängigkeit herauskommen wollen. Diese Menschen trugen den Kampf gegen die Drogenabhängigkeit weiter und spielten damit eine wichtige Rolle, die ihr Selbstwertgefühl steigerte, was ein weiterer positiver Aspekt ist.

An dieser Stelle zu nennen ist auch die Bereitstellung von Verpackungen für Haushaltsapotheken oder alltägliche Medikamente. Die Verpackungen sind so konzipiert, dass sie nicht von Kindern geöffnet werden können.

Verhaltensprävention

Schon für den Start ins Leben geben die Apotheken aktuelle Ratschläge zur Ernährung von Säuglingen, um zum Beispiel kurzfristige Intoleranzen und langfristige Auswirkungen einer falschen Ernährung zu vermeiden.

Auch gegen den von der Mode diktierten Schlankheitswahn kann in der Apotheke effizient vorgegangen werden. So lassen sich die schlimmsten Verhaltensfehler zu einem grossen Teil vermeiden. Auch bei dieser Art von Problemen sind es häufig Dritte, die in der Apotheke Rat suchen, um anschliessend die betroffene Person dazu zu bringen, ihrer Gesundheit nicht zu schaden.

Mit unermüdlicher Aufklärung zu den Darmfunktionen gelang es, schlechte Essgewohnheiten – zu viele raffinierte Nahrungsmittel und übermässige Einnahme von Abführmitteln – auszurotten. Heute nehmen die Menschen wieder mehr Nahrungsfasern zu sich.

Mehrere Kampagnen für den Verzehr von Obst und Gemüse und zur Förderung von körperlicher Bewegung

wurden in Zusammenarbeit mit Krankenversicherern und dem Westschweizer Konsumentenverband erfolgreich lanciert (z.B. «Allez hop»-Kampagne).

Streben nach Leistungsfähigkeit und Jugendlichkeit

Der berufliche Stress nimmt mit den raschen Veränderungen in unserer Gesellschaft zu. Nicht nur SportlerInnen, sondern auch Erwerbstätige möchten ihre Leistungsfähigkeit in bestimmten Situationen verbessern.

Proportional zur Lebenserwartung steigen auch die Anforderungen an die Lebensqualität im Alter.

In beiden Bereichen informiert die Apotheke objektiv und macht es sich zur Aufgabe, den Unterschied zwischen Werbung oder sogar Scharlatanerie und dem realistisch Machbaren aufzuzeigen.

Vorbeugung von Krankheiten

Apotheken engagieren sich im Rahmen von Kampagnen zur Vorbeugung von Osteoporose, Parodontose und bösartigen Melanomen¹, um nur einige Beispiele zu nennen.

Die meisten Apotheken geben auch stets aktualisierte, auf das Reiseziel abgestimmte Prophylaxeempfehlungen ab.

Ein Programm zur Verwaltung von Impfplänen (via-*vac*) befindet sich in der Pilotphase. Damit erhalten Benutzerinnen und Benutzer einen Überblick über ihren Impfschutz und profitieren von der Betreuung und Beratung durch ihren Apotheker, ihre Apothekerin.

Für die Zukunft ist es sinnvoll, die Impfmöglichkeiten in der Apotheke mittels Ausbildung und Bereitstellung der erforderlichen Ausrüstung auszuweiten. Das gilt für alle Bereiche, in denen das Risiko bekannt und eine vorherige ärztliche Diagnose nicht notwendig ist. Die sehr gute Zugänglichkeit der Apotheken könnte zu einer besseren Impfabdeckung in der Bevölkerung beitragen.

1 Hautkrebskampagne 2007 und 2008: Partner: Krebsliga Schweiz, Schweiz. Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie; 40 000 Kontakte / Beratungen bezüglich Risiken.

2 Kampagne 2003. Partner: Action D, BAG, Industrie. Ca. 80 000 Kontakte in einem einzigen Monat. Methode: Messen von Blutzucker und BMI, Fragebogen.

3 Kampagne 2007. Partner: Unispitäler Bern, Lausanne, Zürich. Ca. 2000 untersuchte Personen. Methode: Messung des Lipidprofils mit Cholestech (Triglyceride, HDL, LDL, TC), der Glukose und des BMI. Kampagne 2008: Partner: Schweiz. Herzstiftung, dieselben Unispitäler + HUG

4 Kampagne 2005. Partner: Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie, Lungeligen, SGIM, SGAM. Ca. 20 000 Kontakte in 5 Wochen. Methode: Spirometrie.

5 Kampagne 2006. Partner: Krebsliga Schweiz, Schweiz. Gesellschaft für Gastroenterologie, SGIM, SGAM. Ca. 40 000 Tests in 4 Wochen im Frühling und 2 im Herbst. Methode: Ermittlung von menschlichem Blut im Stuhl, immunologischer Test (FOBT).

6 Pilot 2008. Partner: Schweiz. Gesellschaft für Nephrologie, Kantonsspital SG und CHUV. Ca. 300 Tests. Methode: DSC 2000 Mikroalbuminurie (Kreatinin-Quotient) und Arteriendruck.

Apotheken und sekundäre Prävention

Die meisten degenerativen Erkrankungen und deren Risikofaktoren können durch einfache Massnahmen – sofern man diese frühzeitig trifft – vermindert werden.

Die Apotheke ist der ideale Ort für Früherkennungskampagnen, denn man geht grundsätzlich erst dann zum Arzt oder zur Ärztin, wenn man ein Problem vermutet. Die beiden Berufe ergänzen sich hier also perfekt: wird in der Apotheke ein Risiko erkannt, wird der Patient oder die Patientin aufgefordert, seinen Arzt, ihre Ärztin aufzusuchen.

Früherkennungskampagnen (Screening) müssen zwingend nach anerkannten Mustern ablaufen, die ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis gewährleisten und zwischen ApothekerInnen und ÄrztInnen abgesprochen sind. Andernfalls werden die PatientInnen verunsichert, und ein Scheitern ist vorprogrammiert.

Alle von pharmaSuisse mit verschiedenen Partnern konzipierten Screeningkampagnen hielten sich an diese Grundsätze und waren erfolgreich. Nachfolgend sind die bedeutendsten Kampagnen aufgeführt:

- Früherkennung von Diabetes²
- Einschätzung der kardiovaskulären Risikofaktoren³
- Erkennung der obstruktiven chronischen Bronchitis⁴
- Erkennung von Darmblutungen (Nachweis von Darmkrebs)⁵
- Erkennung von Niereninsuffizienz (derzeit in der Pilotphase)⁶

Apotheken und tertiäre Prävention

Vereinfacht gesagt wird der Apotheker vor allem mit folgenden drei Situationen konfrontiert, wenn ein gesundheitliches Problem vorliegt:

- a) Der, die PatientIn/KundIn hat ein gesundheitliches Problem, das der Apotheker oder die Apothekerin sicher diagnostizieren und mit den erforderlichen Mitteln behandeln kann (Beispiel: ohne Untersuchung erkennbare parasitäre Erkrankungen: Läuse, Milben, Stiche ...).
- b) Der, die PatientIn/KundIn hat ein Problem mit geringfügigen Symptomen, das nicht diagnostiziert wird (Beispiel: Schnupfen, Husten, Hautrötungen, Verdauungsstörungen, Nervosität, leichte Schmerzen, Müdigkeit ...)
- c) Der, die PatientIn/KundIn hat ein diagnostiziertes gesundheitliches Problem und erhält in der Apotheke die medikamentöse Behandlung auf ärztliche Verordnung.

Situation a) gehört zum kurativen Bereich, abgesehen von den Ratschlägen und Massnahmen zur Vermeidung von Rückfällen, z.B. Behandlung aller Angehörigen,

Kochen der Wäsche usw. An dieser Stelle sei auch das Engagement der Apotheken im Kampf gegen die Nikotinsucht erwähnt: Diese Tätigkeit ist sowohl kurativ als auch präventiv.

Situation b) stellt ein Problem der tertiären Prävention dar, denn jede Verschlechterung ist zu verhindern, aber es wäre nicht zweckmässig, in allen Fällen einen Arztbesuch zu verlangen. Um eine optimale Betreuung zu gewährleisten, muss man sich in Zukunft für einen anerkannten Konsens zwischen ApothekerInnen und HausärztInnen einsetzen, damit diese gemeinsam als GesundheitswächterInnen auftreten können – dies umso mehr, als bei den HausärztInnen der Berufsnachwuchs gefährdet scheint.

Situation c) beinhaltet für den Apotheker/die Apothekerin den Umgang mit realen und potenziellen Risiken in Zusammenhang mit der medikamentösen Behandlung selbst. Diese Tätigkeit erfordert ständig höchste Wachsamkeit, erfolgt paradoxerweise aber oft im Stillen, denn es ist unbedingt zu vermeiden, dass das Vertrauen der PatientInnen in ihre ÄrztInnen oder die Behandlung erschüttert wird.

Man muss die Augen offen halten und immer wieder die Risiken einer ungeeigneten Kombination von mehreren Medikamenten oder Medikamenten und Nahrungsmitteln bzw. Verhaltensweisen aufzeigen. Die unsachgemässe Verwendung von Medikamenten ist Ursache von vielen, sehr teuren Hospitalisierungen, die meist vermeidbar wären. Massnahmen, welche die PatientInnen dazu ermutigen, sich an ihren Behandlungsplan zu halten (klare Therapiepläne, von der Apotheke im Voraus ausgefüllte Terminkalender, Information und Motivation zur Behandlung) sind somit definitiv der tertiären

Prävention zuzuordnen und äusserst erfolgversprechend, da fast die Hälfte der verordneten und von den Krankenversicherern vergüteten Medikamente nicht eingenommen wird.

Bei verschiedenen chronischen Krankheiten oder festgestellten Risikofaktoren können Apotheken Informationsunterlagen oder praktische Hilfsprogramme liefern, zum Bsp. in den Bereichen Ernährung für DiabetikerInnen, Leben mit Asthma, Umgang mit kardiovaskulären Risiken usw.

Fazit

ApothekerInnen stehen an vorderster Front und sind in alle Arten der Prävention involviert. Es ist daher undenkbar, ein Präventionsprogramm ohne Einbezug der ApothekerInnen und ihrer Teams auf die Beine zu stellen.

Mit ihrem Dachverband pharmaSuisse unterstützen die ApothekerInnen die Einführung eines neuen Bundesgesetzes über die Prävention, damit ein besseres Kosten-Nutzen-Verhältnis im Bereich Gesundheitsschutz und -erhaltung erreicht werden kann. Dazu sind eine umfassende Koordination aller Bemühungen und eine ständige Analyse der Auswirkungen durch ein anerkanntes neutrales Gremium erforderlich.

Marcel Mesnil, Dr. pharm., Generalsekretär des Schweizerischen Apothekerverbands pharmaSuisse.

E-Mail: marcel.mesnil@pharmasuisse.org

Nationales Programm Alkohol 2008–2012

Alkohol ist ein traditioneller, fest verankerter Bestandteil unserer Kultur. Trotzdem ist er kein normales Konsumgut – der Umgang mit Alkohol will gelernt sein. Der Grossteil der Schweizer Bevölkerung weiss, wie mit Alkohol umzugehen ist. Doch es gibt Menschen, die trinken zu viel, zu häufig oder in ungeeigneten Situationen. Diese problematischen Konsummuster verursachen eines der grössten sozialmedizinischen Probleme der Schweiz und negative Auswirkungen (z.B. gesundheitliche Beeinträchtigungen). Es liegt im Interesse aller, diese Auswirkungen zu mindern. Im Auftrag des Bundesrats erarbeitete darum das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in enger Kooperation mit den wichtigen Akteuren das Nationale Programm Alkohol 2008–2012. Dieses wurde am 18. Juni 2008 vom Bundesrat gutgeheissen. Die Handlungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Jugend, Gewalt, Sport und Unfälle.

sundheitsprävention) und die Eidgenössische Alkoholverwaltung (u.a. Spirituosenbesteuerung, Beiträge an Alkoholprävention).

Zu den Hauptakteuren der Alkoholpolitik zählen die 26 Kantone. Sie sind die wichtigsten Partner im Vollzug des Bundesrechts und verfügen über weitreichende Zuständigkeiten im Bereich der Verhältnisprävention, z.B. durch die Festlegung der Ladenöffnungszeiten, die Regelungen für Gastgewerbe und Detailhandel sowie den Erlass von Werbevorschriften.

Im Jahr 2005 betraute der Bundesrat das BAG mit der Überprüfung der schweizerischen Alkoholpolitik. Basierend auf diesem Auftrag erstellte das BAG gemeinsam mit Akteuren der Alkoholpolitik das Nationale Programm Alkohol 2008–2012 (NPA). Mit diesem Programm liegt zum ersten Mal eine gemeinsam erarbeitete Zielsetzung und Strategie für die schweizerische Alkoholpolitik vor.

Herausforderungen im Bereich Alkoholprävention

Die Alkoholpolitik sieht sich mit einer Reihe von Herausforderungen konfrontiert:

- **Alkoholkonsum von Jugendlichen:** Der Alkoholkonsum von Jugendlichen bleibt eine zentrale Herausforderung. Dem Phänomen «Rauschtrinken» und dem problematischen Trinkverhalten Jugendlicher gebührt spezielle Aufmerksamkeit.
- **Alkoholkonsum im Alter, Altersalkoholismus:** Mit der Alterung der Gesellschaft erlangt das Trinkverhalten der Menschen im Ruhestand grössere Bedeutung. Es wird vermehrt nötig, dieses Problem genau zu beobachten und gezielt zu handeln, um das gesundheitsschädigende Trinkverhalten im Alter einzudämmen.
- **Zunehmende Gewaltbereitschaft:** Nicht zu übersehen ist der Einfluss des Alkoholkonsums auf die zunehmende Gewaltbereitschaft. Die Alkoholpolitik wird vermehrt auf die ganze Bandbreite zwischen häuslicher Gewalt und gewaltsamen Ausschreitungen bei Massen- bzw. Sportveranstaltungen fokussieren und mit geeigneten Massnahmen dagegen steuern müssen.
- **Alkoholbedingte Unfälle:** Gross ist der Beitrag des Alkoholkonsums an das Unfall- bzw. Verletzungsaufkommen. Alkoholbedingte Unfälle (Strassen-, Arbeits-, Sportunfälle) gehören zu den auffälligsten Begleiter-



Petra Aemmer David Hess-Klein Anne Lévy
Bundesamt für Gesundheit

Rückblick

Die schweizerische Alkoholpolitik ist geprägt von einer Vielzahl von Akteuren: Bund, Kantone, Gemeinden, NGO und Private. Den vielen guten Aktivitäten in Prävention, Therapie, Schadensminderung oder Marktregulierung stehen gewisse Lücken etwa bei der strategischen Abstimmung der Handlungsansätze und beim Gesetzesvollzug gegenüber.

Auf Stufe Bund beschäftigen sich verschiedene Bundesämter mit Alkoholfragen, allen voran das Bundesamt für Gesundheit BAG (u.a. Abgabevorschriften, Ge-

scheinungen von situationsunangepasstem Trinken und sollen mit geeigneten Massnahmen eingedämmt werden. Eine zentrale Herausforderung bleibt die weitere Verminderung der alkoholbedingten Strassenverkehrsunfälle.

Erarbeitung des Nationalen Programms

In einem partizipativen Prozess wurde im Auftrag des Bundesrats der Handlungsbedarf in der Alkoholprävention eruiert und unter Mitwirkung verschiedener Akteure das Nationale Programm Alkohol 2008–2012 (NPA) erarbeitet. Miteinbezogen waren die mit Alkoholfragen betrauten Bundesämter, Kantone, Städte, verschiedene Fach- und Forschungsinstitutionen, Beratungs- und Therapieeinrichtungen, ausgewählte Interessengruppen sowie die wichtigsten politischen und wirtschaftlichen Kreise.

Dem NPA liegen folgende Leitideen zugrunde, die das Fundament an Grundüberzeugungen bei der Formulierung der Ziele und Strategien bilden:

- Die Alkoholpolitik soll nach dem Prinzip der «Evidence-based Policy» gestaltet werden. Effiziente Handlungsansätze aus der Vergangenheit sind im Sinne von «best practices» gezielt zu fördern und auszuweiten.
- Die Alkoholpolitik soll den Fokus auf die Reduktion des problematischen Konsums legen.
- Der Vollzug der bestehenden gesetzlichen Vorschriften für den Jugendschutz und die Prävention haben Priorität.
- Die Aufgaben für die Alkoholpolitik werden gemäss Subsidiaritätsprinzip wahrgenommen, die Kantone nehmen beim Vollzug eine tragende Rolle ein. Die Alkoholpolitiken von Bund, Kantonen und Gemeinden sollen Teil einer kohärenten Suchtpolitik werden.
- Die Alkoholpolitik hat stärker auf die Minderung der negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das persönliche Umfeld und auf die Gesellschaft abzielen. Gewalt, Unfälle und Sport gelten als prioritäre Bereiche.
- Die Alkoholpolitik muss neben der Förderung individueller Verhaltensänderungen und kollektiver Lernprozesse der Verhältnisprävention mehr Gewicht geben.

Vision, Handlungsfelder und Ziele des Programms

Das NPA beruht auf folgender Vision: «Wer alkoholische Getränke trinkt, tut dies, ohne sich selber und anderen Schaden zuzufügen.» Damit diese Vision näher

rückt, definiert das NPA für die Alkoholpolitik der nächsten Jahre folgende sieben Oberziele:

- A. Gesellschaft, Politik und Wirtschaft sind für die besondere Verletzlichkeit von Kindern und Jugendlichen durch alkoholische Getränke sensibilisiert und unterstützen entsprechende Jugendschutzmassnahmen.
- B. Der problematische Alkoholkonsum (Rauschtrinken, chronischer und situationsunangepasster Konsum) ist reduziert.
- C. Die Anzahl alkoholabhängiger Personen hat abgenommen.
- D. Die Angehörigen und das direkte soziale Umfeld sind von den negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums spürbar entlastet.
- E. Die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das öffentliche Leben und die Volkswirtschaft haben sich verringert.
- F. Die staatlichen und nicht-staatlichen Akteure im Bereich Alkohol koordinieren ihre Tätigkeiten und gewährleisten gemeinsam die erfolgreiche Umsetzung des NPA.
- G. Die Bevölkerung kennt die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums und unterstützt geeignete Massnahmen, um diese zu verringern.

Um den Erfolg sicherzustellen und diese Oberziele zu erreichen, verortet das NPA den Handlungsbedarf in folgenden zehn Handlungsfeldern, auf die sich auch die strategischen Stossrichtungen konzentrieren:

1. Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Früherkennung

Die Früherkennung alkoholbedingter Gefährdungen soll in verschiedenen Lebensbereichen (Schule, Arbeit etc.) gefördert werden. Bezugs- und Betreuungspersonen werden im Umgang mit gefährdeten Personen geschult. Die Alkoholprävention wird mit der allgemeinen Gesundheitsförderung und Suchtprävention verbunden.

2. Behandlung und soziale Integration

Alkoholgefährdeten und -abhängigen Personen soll eine angemessene Behandlung zukommen. Die soziale Integration von Personen mit Alkoholproblemen wird verstärkt. Es wird angestrebt, dass die sozialversicherungsrechtliche Deckung der geeigneten Behandlung und Nachbetreuung gewährleistet ist.

3. Individuelle und gesellschaftliche Schadensminderung

Die schädlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums (z.B. Unfälle, höheres Gewaltpotenzial) gilt es so weit als möglich zu begrenzen sowie Betroffene und Bevölkerung vor den unerwünschten Begleiterscheinungen

zu schützen. Die prioritären Bereiche sind Jugend, Gewalt, Unfälle und Sport.

4. Marktregulierung und Jugendschutz

Durch eine differenzierte Marktregulierung soll insbesondere das verbreitete «Rauschtrinken» reduziert und der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen wirksam eingedämmt werden. Zudem werden Image und Preisattraktivität alkoholfreier Getränke gefördert.

5. Information und Öffentlichkeitsarbeit

Die Bevölkerung wird für den eigenverantwortlichen und risikoarmen Umgang mit Alkohol sensibilisiert. Die Akzeptanz für eine konsequente Alkoholprävention und für entsprechende Massnahmen wird in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft erhöht.

6. Institutionelle Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit der Akteure in der Alkoholprävention soll vertieft werden, die vorhandenen Synergien werden optimal genutzt und der Know-how-Transfer ist gewährleistet.

7. Forschung und Statistik

Im Zentrum stehen Bestrebungen, auf der Basis einer Forschungsstrategie die nötigen Daten für die Evaluation des NPA regelmässig zu erheben, diese auszuwerten und den betreffenden Akteuren zu kommunizieren. Die aus der Forschung gewonnenen Erkenntnisse fliessen in die Massnahmenumsetzung des NPA ein.

8. Rechtsumsetzung, internationale Richtlinien

Das Gewicht liegt auf einem konsequenteren Vollzug der geltenden Jugendschutzbestimmungen. Zudem beteiligt sich die Schweiz weiterhin aktiv bei der Weiterentwicklung und Übernahme von internationalen Standards.

9. Ressourcen, Finanzierung

Es ist anzustreben, dass die öffentliche Hand (Bund, Kantone, Gemeinden) und Private (z.B. NGO) die Mittel für eine wirksame Alkoholprävention in ausreichendem Mass zur Verfügung stellen, den effizienten Mitteleinsatz gewährleisten und bei der Mittelverwendung die Anliegen des NPA angemessen gewichten.

10. Qualitätssicherung, Aus-/ Weiterbildung

Dazu gehören alle Anstrengungen, um in der Alkoholprävention hohe Professionalität und Effektivität zu gewährleisten, die Handlungsansätze periodisch zu überprüfen und diese den jeweils neuen Umständen anzupassen.

Das NPA zielt strategisch sowohl auf die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz ab als auch auf

die Verhältnisprävention. Gezielte Massnahmen der Verhältnisprävention wie Marktregulierungen oder Vorschriften im Bereich Alkoholkonsum und Verkehr sind erwiesenermassen effizient. Sie verlangen aber die Unterstützung jener, die ihren Alkoholkonsum im Griff haben. Sensibilisierung und Öffentlichkeitsarbeit sind darum auch wichtige Handlungsfelder des NPA.

Umsetzung des Programms

Das NPA ist als Rahmenprogramm konzipiert, d.h. als partizipativ erarbeiteter Generalplan mit mehreren federführenden Akteuren als Adressaten. Dem BAG kommt bei der Umsetzung v.a. eine koordinierende Rolle zu. Weiter trägt es die Verantwortung für Information, Datenbeschaffung, Evaluation und Formulierung von Handlungsempfehlungen. Insbesondere sollen durch die Koordination auf Bundesebene die Kantone in ihrer Alkoholpolitik unterstützt werden.

Eine koordinierte Berichterstattung dient als Grundlage für die Selbstevaluation und beabsichtigt eine fortlaufende Optimierung der Umsetzung. Das Programm wird ab 2011 extern evaluiert.

Das NPA sieht für die Programmumsetzung folgende Organisation vor (Grafik G1):

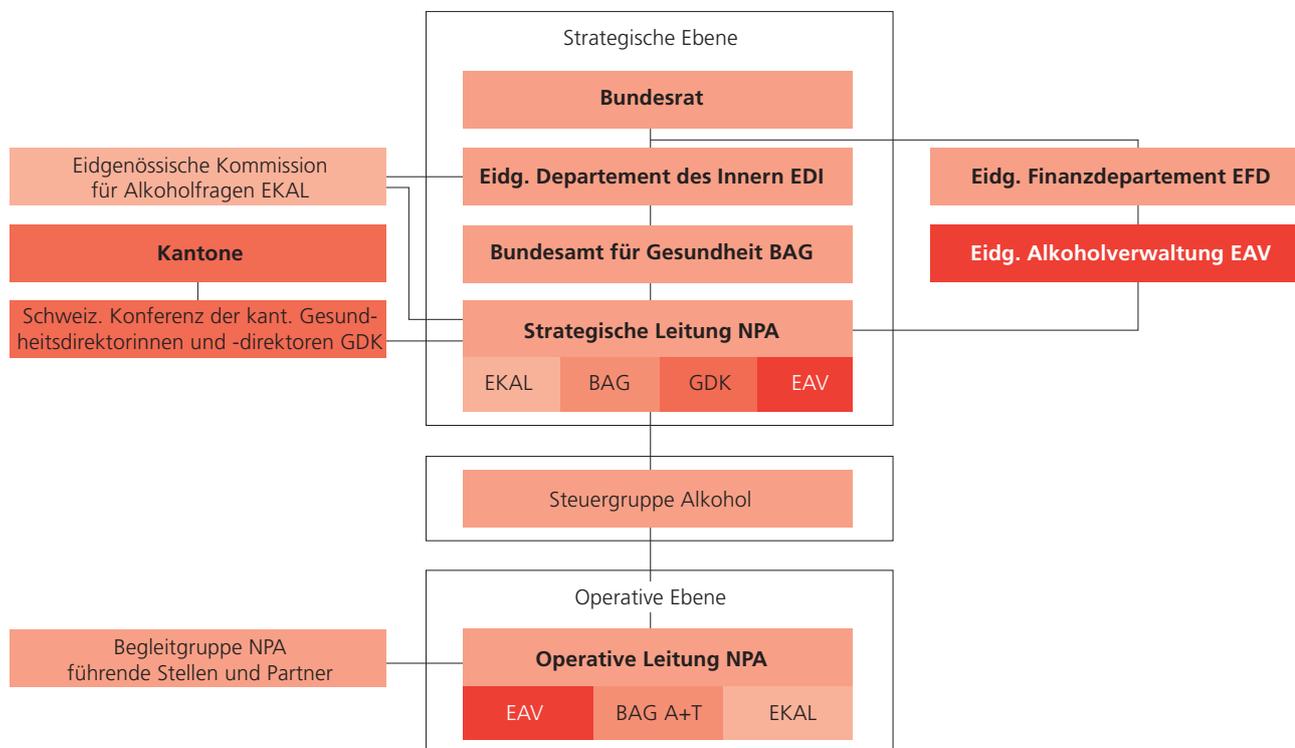
- Die **Strategische Leitung NPA** ist das Steuerungsorgan für den Umsetzungsprozess und steht der Programmleitung vor. Darin vertreten sind unter dem Vorsitz des BAG die Eidgenössische Alkoholverwaltung, die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.
- Die **Programmleitung NPA (operative Leitung)** führt die Aufträge der Strategischen Leitung NPA aus, koordiniert die Erarbeitung einzelner Massnahmen in Zusammenarbeit mit den jeweils federführenden Stellen und arbeitet als zentrale Anlaufstelle für alle programminternen und -externen Anspruchsgruppen.
- Die **federführenden Stellen/ Institutionen** spielen bei der Umsetzung des NPA eine zentrale Rolle. Sie sind in einzelnen Handlungsfeldern des NPA für die Umsetzung der strategischen Stossrichtungen zuständig. Sie werden bei der Planung und Umsetzung von der Programmleitung NPA sowie von ihren Partnern unterstützt.
- Die **Partner** werden von den federführenden Stellen zur Umsetzung des NPA hinzugezogen.

Nächste Schritte

Das NPA soll in den Jahren 2008–2012 schrittweise konkretisiert und umgesetzt werden. Erste Priorität hat

Organisation für Umsetzung des NPA 2008–2012

G1



Quelle: BAG

eine konsequente Umsetzung der bestehenden nationalen und kantonalen Bestimmungen. Diese sollen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Aufgrund der Resultate dieser Wirksamkeitsüberprüfung können, in zweiter Priorität, bestehende Massnahmen angepasst werden. Des Weiteren sind Anstrengungen auf dem Gebiet der begleitenden Kommunikation notwendig. Gestartet wurde bereits ein systematisches Monitoring zur Berichterstattung über Alkoholfragen.

Um den Aktualitäten und dem Präventionsbedarf im Bereich Alkohol gerecht zu werden, soll die Programmumsetzung auf der Grundlage der Berichterstattung laufend optimiert werden. Ab 2011 wird das NPA einer externen Evaluation unterzogen und es werden entsprechende Handlungsempfehlungen für das Vorgehen über 2012 hinaus erarbeitet.

Weitere Informationen:

Zusammenfassung und Vollversion des NPA 2008–2012 sind unter www.alkohol.bag.admin.ch aufgeschaltet. Die

Zusammenfassung kann über alkohol@bag.admin.ch bestellt werden (dt., frz., ital., engl.).

Petra Aemmer, lic.phil.hist., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: petra.aemmer@bag.admin.ch

David Hess-Klein, lic.phil.hist., Leiter Nationales Programm Alkohol, Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: david.hess-klein@bag.admin.ch

Anne Lévy, lic.sc.pol., dipl. NPO-Managerin VMI, Leiterin Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: anne.levy@bag.admin.ch

Nationales Programm Tabak 2008–2012

Die Tabakprävention kann in der Schweiz auf erfolgreiche Jahre zurückblicken. Seit Mitte der 90er-Jahre greifen alljährlich immer weniger Menschen zur Zigarette. Zugleich hat das Bewusstsein für die negativen Folgen des Rauchens und besonders des Passivrauchens in der Bevölkerung merklich zugenommen. Auch die Rauchenden selber zeigen sich vermehrt bereit, Rücksicht auf die Anliegen der Nichtraucher zu nehmen. Über die Hälfte von ihnen möchte zudem mit Rauchen ganz aufhören. Mit dem Bundesratsentscheid vom 18. Juni 2008 können das vom Bundesrat gutgeheissene Nationale Programm Tabak 2008–2012 umgesetzt und die Aktivitäten im Bereich der Tabakprävention weitergeführt werden. Bis Ende 2012 soll die Anzahl tabakbedingter Todes- und Krankheitsfälle in der Schweiz weiter reduziert werden.

um zirka ein Fünftel reduziert werden. Zudem konnte in der öffentlichen Meinung ein für die öffentliche Gesundheit wichtiger Paradigmenwechsel eingeleitet werden: Nichtrauchen wird im gesellschaftlichen Zusammenleben zunehmend selbstverständlich. Dies ist besonders zum Schutz vor Passivrauch eine wichtige Voraussetzung.

Eine Vielzahl tabakpräventiver Vorkehrungen hat zu diesen Erfolgen beigetragen. Mit massenmedialen Kampagnen (z.B. «Rauchen schadet...», «BRAVO») konnte die Öffentlichkeit wirksam informiert werden. Spezielle Zielgruppen wurden mit nationalen Kooperationsprojekten wie «arbeitsplatz.rauchfrei», «Sport rauchfrei» oder «Experiment Nichtrauchen» erfolgreich sensibilisiert. Der Bund verbesserte mit gesetzgeberischen Massnahmen (Erhöhung der Tabaksteuer, Verstärkung der Warnhinweise auf Tabakprodukten, Schaffung des Tabakpräventionsfonds TPF) die strukturellen Voraussetzungen für die Tabakprävention. Gleichzeitig verstärkten etliche Kantone ihre Bemühungen zum Schutz vor Passivrauch sowie zur Einschränkung der Tabakwerbung und der Erhältlichkeit von Tabakprodukten (Jugendschutz). Flankiert wurden diese gesetzlichen Massnahmen durch eine Vielzahl von Projekten, Angeboten und Forschungen, die von Akteuren auf nationaler, kantonaler oder regional-lokaler Ebene erbracht wurden.

Der Bund verfügte mit dem Nationalen Programm für Tabakprävention 2001–2008 (NPTP 2001–2008) über einen umfassenden Handlungsrahmen für verschiedene Aktivitäten. Das NPTP 2001–2008 leistete einen wichtigen Beitrag, insbesondere zum öffentlichen Sinneswandel bzgl. Passivrauchens und zu den gesetzgeberischen Fortschritten.

Im internationalen Vergleich hat die Schweiz im Bereich Tabakprävention nach wie vor Nachholbedarf.

Eine 2005 durchgeführte Studie¹ verglich die Tabakpräventionspolitik von 30 europäischen Staaten. Die Schweiz lag bzgl. Umsetzung wirksamer Massnahmen im hinteren Drittel (Rang 23). Bei der Neuauflage der Studie 2007² rückte die Schweiz ins hintere Mittelfeld vor (Rang 18). Fortschritte verzeichnete sie bei den Ausgaben für die Tabakprävention (Gründung des TPF), im Bereich Warnhinweise und bei den Massnahmen zur Rauchentwöhnung. Lücken ortete die Studie bei der Besteuerung von Tabakprodukten, beim Schutz vor Passivrauch und bei den Werbeeinschränkungen.



Petra Aemmer Christina Eggenberger Anne Lévy
Bundesamt für Gesundheit

Rückblick

Die Tabakprävention in der Schweiz erzielte in den letzten Jahren beachtliche Erfolge. Der Anteil Rauchender unter den 14- bis 65-Jährigen konnte 2001–2007 um zirka ein Achtel, derjenige der 14- bis 19-Jährigen

1 Joossens L, Raw M: The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control* 2006, 15: 247–253.

2 Joossens L, Raw M: Progress in Tobacco Control in 30 European Countries, 2005 to 2007. Presented at the 4th European Conference Tobacco or Health 2007, Basel.

Die Spitzenplätze in der Tabakprävention belegen gemäss dieser Studie Grossbritannien, Irland, Island und Norwegen; die Schlusslichter bilden Österreich, Luxemburg, Griechenland und Deutschland.

Auch für die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht in der Schweiz im Präventionsbereich Aufholbedarf. «Bei der Einführung von spezifischen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen sollten sich die schweizerischen Behörden auf Bereiche konzentrieren, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (z.B. Tabak- und Alkoholkonsum)», schrieb die OECD zum Gesundheitssystem der Schweiz.³

Herausforderungen im Bereich Tabakprävention

Die Tabakprävention der kommenden Jahre ist mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

- Die Gefährlichkeit der Tabakprodukte für die eigene Gesundheit und diejenige anderer (Passivrauchen) wird von einem Teil der Bevölkerung und der Entscheidungstragenden immer noch unterschätzt.
- Die hohe Verfügbarkeit und Sichtbarkeit von Tabakprodukten begünstigen nach wie vor den Tabakkonsum und die soziale Akzeptanz des Rauchens.
- Über die Hälfte der Rauchenden wollen mit dem Rauchen aufhören. Viele können aber wegen des hohen Suchtpotenzials von Tabak ihre Absicht nicht in die Tat umsetzen.
- Der Tabakkonsum trägt wesentlich zur Krankheitslast bei und verursacht hohe volkswirtschaftliche Kosten. Entsprechend hoch ist das Potenzial für die Schadensreduktion.
- In der Schweiz verkaufte Tabakprodukte sind nach wie vor unzureichend reguliert.
- Rauchende gefährden nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch diejenige anderer (Passivrauchen). Der Tabakkonsum ist deshalb nicht einfach Privatsache, sondern stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar.

Somit besteht eine wirksame Tabakpräventionsstrategie aus sich ergänzenden Elementen. Zusammen erschweren sie den Einstieg in den Tabakkonsum und erleichtern den Ausstieg. Sie regeln die Herstellung, die Werbung sowie den Verkauf und schaffen rauchfreie Innenräume.

Erarbeitung des neuen Programms

Basierend auf dem aktuellen Präventionsbedarf und -potenzial in der Schweiz, den Erkenntnissen der Prä-

ventionsforschung sowie den Evaluationsergebnissen der bisherigen Programme hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Auftrag des Bundesrats und unter Mitwirkung der Eidgenössischen Kommission für Tabakprävention, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie weiterer in der Tabakprävention tätiger Partner (Bund, Kantone, NGO) ein Nationales Programm Tabak 2008–2012 (NPT 2008–2012) erarbeitet. Das NPT 2008–2012 versteht sich als Nachfolgeprogramm des NPT 2001–2008 und legt die nationale Strategie für die Tabakprävention bis Ende 2012 fest.

Das NPT 2008–2012 berücksichtigt folgende Schlussfolgerungen aus der Evaluation des NPT 2001–2008⁴:

- **Kontinuität, Langfristigkeit:** Die Tabakprävention braucht auch in den nächsten Jahren kohärente Ziel-, Strategie- und Handlungsvorgaben in Form von Mehrjahresprogrammen, an deren Weiterentwicklung die massgeblichen Akteure beteiligt werden.
- **Nationale Drehscheibenfunktion:** Das BAG nimmt seine federführende Rolle in der Koordination und Umsetzungsunterstützung der Tabakpräventionsprogramme wahr und fördert die Verständigung und Absprache unter den beteiligten Akteuren.
- **Programmorganisation:** Programmsteuerung und -umsetzung müssen mit einem geeigneten Modell optimiert werden. Dabei ist dem effizienten Ressourceneinsatz, der Mitwirkung der Akteure und der Abstimmung mit den anderen Präventionsprogrammen des BAG besondere Beachtung zu schenken.
- **Interventionsansätze:** Auch in Zukunft muss die Tabakprävention zur Sicherstellung des Erfolgs einem breiten Handlungsansatz folgen. Der prioritäre Handlungsbedarf wird in den vier Handlungsfeldern Information und Meinungsbildung, Gesundheitsschutz und Marktregulierung, Verhaltensprävention sowie Koordination und Zusammenarbeit verortet.

Mission, Handlungsfelder und Ziele des Programms

Die Mission des NPT 2008–2012 lautet: «Die tabakbedingten Todes- und Krankheitsfälle in der Schweiz sind reduziert.» Damit sie sich erfüllt, müssen folgende Oberziele bis Ende 2012 erreicht sein:

- Der Anteil der Rauchenden in der Wohnbevölkerung der Schweiz ist um 20%, d.h. von 29 % (2007) auf rund 23 %, gesunken.

³ OECD, OECD-Berichte über die Gesundheitssysteme, Schweiz. Paris, 2006: 12.

⁴ Zur Evaluation s. www.bag.admin.ch/evaluation/01759/02064/04268 (22.9.2008).

- Der Anteil der Rauchenden in der Altersgruppe der 14- bis 19-Jährigen ist um 20 %, d.h. von 24 % (2007) auf unter 20 %, gesunken.
- Der Anteil der Personen, die wöchentlich sieben Stunden oder mehr dem Tabakrauch anderer Personen (Passivrauchen) ausgesetzt sind, ist um 80 %, d.h. von 27 % (2006) auf rund 5 %, gesunken.

Um den Erfolg sicherzustellen und die oben genannten Oberziele zu erreichen, verortet das NPT 2008–2012 den Handlungsbedarf in folgenden vier Handlungsfeldern, auf die sich auch die strategischen Ziele konzentrieren:

Information und Meinungsbildung

1. Im gesellschaftlichen Zusammenleben ist Nichtrauchen selbstverständlich.
2. Das Wissen über die Schädlichkeit des Tabakkonsums ist erhöht und die Akzeptanz für die Tabakprävention ist in Bevölkerung und Politik gestiegen.

Gesundheitsschutz und Marktregulierung

3. Im Bereich Tabak wird das schweizerische Recht entsprechend den Verhandlungsergebnissen über ein Gesundheitsabkommen mit der Europäischen Union angeglichen.
4. Die Schweiz ratifiziert die WHO-Tabakkonvention.
5. Die Tabaksteuer wird gemäss geprüften Wirksamkeitskriterien erhöht.
6. Der Schutz vor Passivrauchen wird auf Bundesebene gesetzlich geregelt.
7. Die Kantone setzen ihre vielfältigen Bemühungen für eine wirksame Tabakprävention fort.

Verhaltensprävention

8. Junge Nichtraucher werden darin unterstützt, nicht mit dem Rauchen anzufangen.
9. Rauchende werden darin unterstützt, mit dem Tabakkonsum aufzuhören.

Koordination und Zusammenarbeit

10. Die Akteure der Tabakprävention setzen sich gemeinsam für die Umsetzung dieses Programms und für die Weiterentwicklung der Tabakprävention in der Schweiz ein.
11. Die in der Tabakprävention tätigen Behörden und Institutionen auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene stimmen ihre Tätigkeit bei der Programmumsetzung aufeinander ab und sorgen für einen effizienten Mitteleinsatz und die Nutzung vorhandener Synergien.

Weiterhin werden verhaltenspräventive Ansätze wie Sensibilisierung (z.B. Informationskampagne) und Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz (Einstieg verhindern, Ausstieg fördern) mit wirksamen Inst-

rumenten der Verhältnisprävention wie Gesundheitsschutz und Marktregulierung (z.B. Schutz vor Passivrauch) verknüpft und ergänzt.

Umsetzung des Programms

Die Umsetzung des NPT 2008–2012 erfolgt als offener und für alle Beteiligten transparenter Prozess. Das BAG spielt bei der Umsetzung eine koordinierende Rolle, indem es günstige Rahmenbedingungen für die Umsetzung der strategischen Ziele schafft und die Koordination unter den Akteuren gewährleistet. Eine jährliche Berichterstattung dient als Grundlage für die Selbstevaluation und bezweckt eine fortlaufende Optimierung der Umsetzung. Das Programm wird ab 2011 extern evaluiert.

Das NPT 2008–2012 sieht eine dreistufige Umsetzungsorganisation vor (Grafik G1):

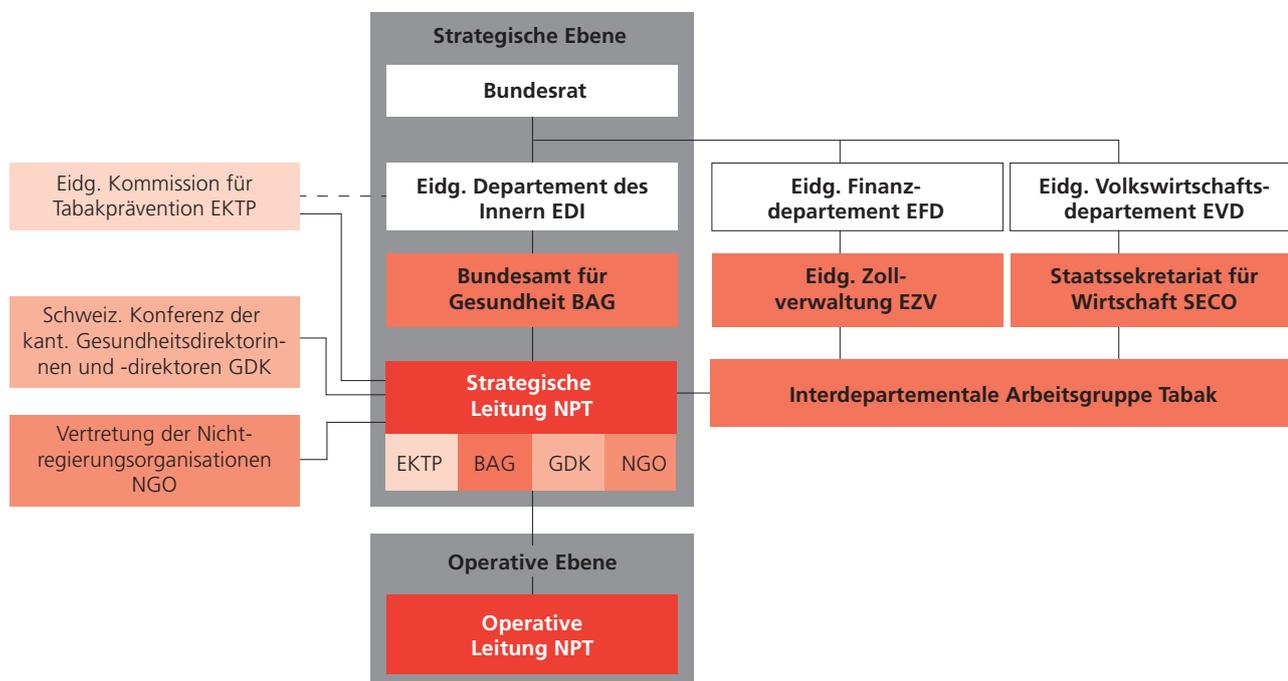
- Die **Strategische Leitung NPT** ist politisch-strategisches Koordinationsorgan für die Programmumsetzung und steht der Operativen Leitung NPT vor. Darin vertreten sind unter dem Vorsitz des BAG die Eidgenössische Kommission für Tabakprävention, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und eine Vertretung der in der Tabakprävention tätigen Nichtregierungsorganisationen. Eine interdepartementale Arbeitsgruppe Tabak dient der Koordination der Tabakprävention auf Bundesebene. Darin vertreten sind das BAG, das Staatssekretariat für Wirtschaft und die Eidgenössische Zollverwaltung.
- Die **Operative Leitung NPT** ist zuständig für die konkreten Programmumsetzungsarbeiten. Sie unterstützt die Koordination zwischen den beteiligten Akteuren und sorgt für den Informationsaustausch.
- Für die Massnahmenumsetzung sind jeweils **verschiedene Akteure / Akteurgruppen** zuständig. Sie handeln eigenverantwortlich und bemühen sich um die Abstimmung ihrer Aktivitäten mit dem NPT 2008–2012 bzw. mit anderen Akteuren. Je nach Bedarf unterstützt das BAG die Absprache und den Erfahrungsaustausch unter einzelnen Akteuren. Der TPF gehört zu den wichtigen Akteuren der Tabakprävention. Er wird nicht in die Umsetzungsorganisation des NPT 2008–2012 integriert, damit seine Unabhängigkeit gewahrt bleibt. Der TPF wird sich bei der Mittelvergabe auf das NPT 2008–2012 stützen.

Nächste Schritte

Die Umsetzung des NPT 2008–2012 erfolgt etappenweise. Mögliche Massnahmen werden aufgrund ihrer Dringlichkeit, gegenseitigen Abhängigkeit und anderer

Organisation für Umsetzung des NPT 2008–2012

G1



Quelle: BAG

Rahmenbedingungen (Akzeptanz, Ressourcen) zeitlich priorisiert. Als Erstes werden die für den Umsetzungsstart unabdingbaren organisatorischen Massnahmen wie die Implementierung der oben skizzierten Organisation an die Hand genommen. Ebenfalls zu den ersten Umsetzungsschritten gehören Begleitmassnahmen etwa im Kommunikationsbereich und beim Monitoring.

Um den Aktualitäten und dem Präventionsbedarf im Bereich Tabak gerecht zu werden, soll die Programmumsetzung auf der Grundlage der jährlichen Berichterstattung laufend optimiert werden. Ab 2011 wird das NPT 2008–2012 einer externen Evaluation unterzogen. Zusammen mit den Ergebnissen des Tabakmonitorings⁵ soll diese Evaluation praktische Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Tabakprävention nach 2012 hervorbringen.

Weitere Informationen:

Zusammenfassung und Vollversion des NPT 2008–2012 sind unter www.tabak.bag.admin.ch aufgeschaltet. Die Zusammenfassung kann über tabak@bag.admin.ch bestellt werden (dt., frz., ital., engl.).

Petra Aemmer, lic.phil.hist., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: petra.aemmer@bag.admin.ch

Christina Eggenberger, lic.rer.soc., Leiterin Nationales Programm Tabak, Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: christina.eggenberger@bag.admin.ch

Anne Lévy, lic.sc.pol., dipl. NPO-Managerin VMI, Leiterin Sektion Alkohol und Tabak, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: anne.levy@bag.admin.ch

⁵ Zum Tabakmonitoring s. www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00879/00891/01188 (22.9.2008).

Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012

Mit vier einfachen Lebensstil-Regeln kann das Leben deutlich verlängert werden: Nichtrauchen, Alkohol mit Mass, viel Gemüse und Früchte sowie ausreichend Bewegung führen laut neusten Erkenntnissen der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) zu einem geringeren Sterberisiko. Beherzigt man alle vier Lebensstil-Faktoren, kann sich die Lebenserwartung um 14 Jahre erhöhen. Erst in den letzten Jahren haben wissenschaftliche Erkenntnisse den Zusammenhang zwischen den wichtigsten Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten und Ernährung und Bewegung aufgezeigt. Damit wird klar, welch riesiges Präventionspotenzial in diesen beiden Bereichen steckt.



Liliane Bruggmann
Bundesamt für Gesundheit

Ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung haben nicht nur einen grossen Einfluss auf die Lebenserwartung, sondern auch auf die Lebensqualität und die Gesundheit jedes Einzelnen. Laut der WHO haben in den meisten europäischen Ländern fünf der sieben wichtigsten Risikofaktoren für nicht übertragbare Krankheiten einen Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung: Bluthochdruck, hoher Blut-Cholesterolgehalt, Übergewicht, geringer Früchte- und Gemüsekonsum und die körperliche Inaktivität. Die beiden weiteren Risikofaktoren sind Tabak- und Alkoholkonsum.

Ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung sind zusammen der Schlüssel zur Bekämpfung von Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit), die in den

letzten Jahren in Europa – inklusive der Schweiz – auf dem Vormarsch sind.

Einfluss von Ernährung und Bewegung auf nicht übertragbare Krankheiten

G1



Quelle: originale Darstellung BAG

Internationale Situation

Basierend auf dieser Ausgangslage hat die Weltgesundheitsversammlung (WHA) im Mai 2004 die «Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit» verabschiedet. Ein Ziel der globalen Strategie ist es, einen Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und regelmässiger Bewegung zu fördern. Die Regierungen werden aufgerufen, die globale Strategie ihrer Landesituation entsprechend anzupassen und die Umsetzung vorzunehmen (WHO, 2004). Im November 2006 nahmen die europäischen Gesundheitsminister in Istanbul die «Europäische Charta zur Bekämpfung der Adipositas» an. Die Charta hat zum Ziel, einen Lebensstil zu fördern, bei dem sozioökonomische und kulturelle Ziele

Über die **Nationale Aktionsplattform Ernährung und Bewegung** können die Beteiligten freiwillige Massnahmen diskutieren und vorschlagen, die auf das Programm abgestimmt sind. Zudem soll dank der Plattform das Potenzial von privaten Akteuren (z. B. Nahrungsmittelindustrie, Detailhandel) und von Non-Profit- und Freiwilligenorganisationen für freiwillige Massnahmen voll ausgeschöpft werden. Ein wichtiges Ziel der Plattform besteht darin, das grosse Engagement der privaten Akteure durch Aktivitäten der öffentlichen Hand und geeignete gesetzliche Grundlagen zu unterstützen und den Wissenstransfer sicherzustellen. Die Plattform soll die Aktivitäten bestehender Netzwerke unterstützen.

mit Gesundheitszielen in Einklang stehen, um gesundheitsförderliche Entscheidungen zu erleichtern.

Auf europäischer Ebene sind Ernährung, Bewegung und Adipositas ebenfalls wichtige Themen, und sie werden von den EU-Gesundheitsprogrammen aufgegriffen. Ein Netzwerk für Ernährung und Bewegung, die Gründung der «EU-Aktionsplattform für Ernährung, körperliche Bewegung und Gesundheit», die Publikation des «Grünbuches» zur Förderung von gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung sind einige der bisher von der Europäischen Kommission ergriffenen Initiativen. Das Europäische Parlament fordert in seiner Entschliessung zur «Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Bewegung» vom 1. Februar 2007, dass die Bekämpfung von Adipositas und anderen ernährungsabhängigen Krankheiten in der Europäischen Union und deren Mitgliedstaaten politische Priorität haben soll. Im Mai 2007 hat die EU-Kommission auf Basis dieser Grundlagen das Weissbuch «Ernährung, Übergewicht, Adipositas: Eine Strategie für Europa» verabschiedet. Im Weissbuch wird zu verstärkten handlungsorientierten Partnerschaften auf diesem Gebiet aufgerufen.

Aufgrund dieser Dokumente und der internationalen Erfahrungen wurde das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB) erarbeitet.

Das Nationale Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012

Im Jahre 2004 nahm der Bundesrat die WHA-Resolution «Globale Strategie für Ernährung, Bewegung und Gesundheit» an und betraute das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) mit der Aufgabe der Strategieumsetzung in der Schweiz. Das NPEB 2008–2012 wurde unter der Koordination des Bundesamts für Ge-

sundheit (BAG) zusammen mit dem Bundesamt für Sport (BASPO) und Gesundheitsförderung Schweiz unter Einbezug von Vertretern der Kantone, der Wirtschaft, der NGO-Allianz, anderer Bundesämter, Universitäten und Nicht-Regierungsorganisationen aus dem Ernährungs- und Bewegungssektor sowie dem Gesundheitsbereich ausgearbeitet.

Das NPEB ermöglicht im Sinne der WHO-Empfehlungen die multisektorale Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Politikbereiche Gesundheit, Sport, Landwirtschaft, Bildung, Raumentwicklung, Strassenbau etc. Neue Partnerschaften, wie z.B. mit der Nahrungsmittelindustrie oder dem Detailhandel, schaffen Synergien und erlauben es, vorhandene Ressourcen und Erfahrungen effizienter zu nutzen. Mit dem NPEB liegt für den Bereich Ernährung und Bewegung zum ersten Mal ein zentrales Koordinationsinstrument vor, dank dem sich die Vorgehensweisen und Massnahmen von Bund, Kantonen, Wirtschaft und NGOs vereinheitlichen lassen. In anderen gesundheitspolitisch relevanten Themenbereichen ist dies schon seit Längerem der Fall (z.B. HIV/Aids).

Das NPEB hat den Charakter eines Rahmenprogramms, das auf nationaler Ebene als Richtschnur für die Prävention im Bereich Ernährung und Bewegung dient und die massgeblichen Akteure anspricht und einbezieht. Die Stossrichtungen des Programms sind **die Förderung der Eigenverantwortung**, die Unterstützung **freiwilliger Massnahmen** und die **Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit**.

Die Umsetzung des Programms ist unter dem Blickwinkel eines langfristigen Zeithorizonts festzulegen. Massnahmen, die eine Veränderung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Menschen zum Ziel haben, bedürfen einer Ausrichtung auf 15 bis 20 Jahre.

Die Vision des NPEB ist es, der Bevölkerung Bedingungen zu bieten, welche die Gesundheit und eine gute Lebensqualität fördern. Das NPEB soll die Bevölkerung auf positive Weise dazu motivieren, im Bereich Ernährung und Bewegung gesundheitsfördernde Verhaltensweisen anzunehmen, um Übergewicht, Adipositas, Essstörungen und weitere damit verbundene nichtübertragbare Krankheiten wirksam zu bekämpfen.

Die Hauptakteure sind das BAG, das BASPO, Gesundheitsförderung Schweiz und die Kantone. Während die Zuständigkeit für die fünf Ziele des Projekts unter den ersten drei Akteuren aufgeteilt wurde, spielen die Kantone bei der Planung und Umsetzung des Programms eine vorrangige Rolle. Weitere wichtige Partner sind die Wirtschaft (insbesondere die Nahrungsmittelindustrie und der Detailhandel), die Gemeinden, die halbstaatlichen Organisationen, die Nichtregierungsorganisationen sowie andere Bundesämter.

Illustration NPEB (Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012) G2



Quelle: originale Darstellung BAG

Die Aufgaben von Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz ist für die Umsetzung der Aktionsprogramme in den Kantonen zuständig (Ziel 4). Dieses Ziel ist darauf ausgerichtet, den Trend zu zunehmendem Übergewicht zu brechen. Dazu sollen integrierte Modelle (Bewegung, Ernährung, psychologische und soziale Aspekte) zur Förderung eines gesunden Körpergewichts in den Alltag eingebaut werden. Gesundheitsförderung Schweiz arbeitet dabei eng mit den **Kantonen** zusammen. Im Rahmen von gemeinsamen Aktionsprogrammen entwickelt sie mit jedem Kanton eine Interventionsstrategie, die auf dessen spezifische Bedürfnisse abgestimmt ist. Dieses Vorgehen ermöglicht, die Ressourcen jedes Kantons optimal zu nutzen.

Die Aufgaben des BASPO

Das **BASPO** übernimmt die Verantwortung für die Förderung des Sports (Ziel 3). Im Rahmen dieses Ziels ist es bestrebt, einen jugendgerechten Sport zu gestalten

Das **Monitoring-System Ernährung und Bewegung (MOSEB)** ist eine Sammlung von Daten und Indikatoren aus bereits bestehenden oder teilweise noch in Planung befindlichen Schweizer Monitoring-Projekten im Themenbereich Ernährung und Bewegung. Zudem ermöglicht das MOSEB relevante und noch nicht vorhandene Daten und Indikatoren zu identifizieren und neu zu erheben. In Form eines Metamonitorings kann auf diese Daten und Indikatoren für die Begleitung des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung 2008–2012 (NPEB) wie auch für weitere Präventionsmassnahmen (z.B. Ernährungs- und Bewegungsempfehlungen) zurückgegriffen werden.

und zu fördern. Es ermöglicht Jugendlichen, Sport ganzheitlich zu erleben und mit zu gestalten. Schliesslich unterstützt das BASPO die Entwicklung und Entfaltung junger Menschen unter pädagogischen, sozialen und gesundheitlichen Gesichtspunkten.

Künftig wird sich *Jugend+Sport* nicht nur an 10- bis 20-Jährige, sondern auch an fünf- bis zehnjährige Kinder richten.

Die Aufgaben des BAG

Das BAG übernimmt die Verantwortung für die Sicherstellung der Koordination (Ziel 1), die Förderung einer ausgewogenen Ernährung (Ziel 2) sowie die Optimierung der Beratungs- und Therapieangebote (Ziel 5). Im Ziel 3 wird das BAG den Bereich der Förderung der Alltagsbewegung abdecken. Um die Koordination und Evaluation auf nationaler Ebene sicherzustellen, wird das BAG zwei Instrumente bereitstellen: die Nationale Aktionsplattform Ernährung und Bewegung und das Monitoring-System Ernährung und Bewegung Schweiz.

Weitere Informationen unter:

www.ernaehrung-bewegung.bag.admin.ch

Liliane Bruggmann, lic.oec. HSG, Leiterin Sektion Ernährung und Bewegung, BAG.

E-Mail: liliane.bruggmann@bag.admin.ch

Prävention nicht übertragbarer Krankheiten: Beispiel psychische Krankheiten

Der Gedanke, dass die psychische Gesundheit ein wesentlicher Aspekt der individuellen wie auch der öffentlichen Gesundheit ist, wird schon im Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation WHO von 1948 festgehalten.¹ Allerdings wurde sie im Gesundheitswesen vielerorts vernachlässigt. Bei der psychischen Gesundheit geht es nicht nur um die Frage von Prävention, Behandlung und Rehabilitation von psychischen Krankheiten, sondern vor allem auch um die Enttabuisierung und um die gesellschaftliche Integration von Betroffenen.

Personen mit chronischen psychischen Problemen sind im Vergleich zur gesamten Bevölkerung doppelt so oft in ihrer Leistungsfähigkeit und dreimal so häufig in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Anzahl der IV-BezügerInnen hat sich zwischen 1986 und 2005 mehr als verdoppelt. Der Anteil der IV-Renten aufgrund psychischer Krankheiten stieg in demselben Zeitraum von 20 % auf 37 %. Die Todesfälle durch Suizid sind trotz tendenziellem Rückgang nach wie vor hoch.

Psychische Krankheiten verursachen grosses Leid für die betroffenen Einzelpersonen und deren Familien. Werden sie nicht rechtzeitig behandelt, fallen neben den Gesundheitskosten längerfristig auch hohe Kosten im Wirtschafts- und Sozialwesen an.

Verstärktes Engagement für die psychische Gesundheit notwendig

Heute wird weltweit anerkannt, dass die Förderung der psychischen Gesundheit und die Verhütung von psychischen Krankheiten in der gesundheitspolitischen Agenda hohe Priorität erhalten müssen. In die Entwicklung wirksamer Massnahmen sind neben dem Gesundheitssektor auch die Politiksektoren Bildung, Wirtschaft und Soziales einzubeziehen. In der Umsetzung spielt die Zusammenarbeit mit medizinischen und nichtmedizinischen Fachorganisationen wie auch mit Patienten- und Angehörigenorganisationen eine wichtige Rolle. Gerade Menschen, die selber von einer psychischen Krankheit betroffen waren, verfügen über wertvolle Erfahrungen und sind deshalb aktiv in die Planung und Umsetzung von Aktionen einzubeziehen. Wirksame Massnahmen müssen zudem alters- und geschlechtsspezifisch sein und die Bedürfnisse der unterschiedlichen Kulturen und sozialen Schichten berücksichtigen.

In den Bereichen Depression und Suizid sowie psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen besteht Konsens darüber, welche Massnahmen wirksam sind und wo für die Schweiz der grösste Handlungsbedarf besteht.

Regula Rička
Bundesamt für Gesundheit

Psychische Krankheiten wie auch tödliche Selbstverletzungen können durch Prävention und Früherkennung weitgehend vermieden werden. Vor allem aber ermöglicht eine stabile psychische Gesundheit dem Menschen, seine Fähigkeiten zu mobilisieren, den Alltag zu meistern, ein produktives und erfülltes Leben zu führen und soziale Verantwortung zu übernehmen. Psychische Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor für wirtschaftliches Wachstum und Beschäftigung, den sozialen Zusammenhang und eine nachhaltige Entwicklung.

Grosse Problemlast

Psychische Erkrankungen sind in allen entwickelten Ländern sehr häufig. In der Schweiz leiden jährlich schätzungsweise 20 bis 25 % der Bevölkerung an einer diagnostizierbaren psychischen Krankheit. Gemäss Berechnungen der WHO führen die neuropsychiatrischen Erkrankungen – zusammen mit den Herzkreislaufkrankheiten – in der Schweiz zu den grössten Beeinträchtigungen eines normalen, beschwerdefreien Le-

¹ «Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.»

Depression und Suizid

Depressionen gehören bereits heute zu den am weitesten verbreiteten Gesundheitsproblemen. Bleibt sie unbehandelt, können sie schwere Folgen haben. Nicht einmal jede zweite Person mit einer ernsthaften Depression oder auch einer anderen chronischen psychischen Erkrankung wird adäquat behandelt. Auch wenn Suizid und Suizidversuche für sich gesehen keine Krankheit darstellen und auch nicht unbedingt Ausdruck einer Krankheit sind, so werden sie dennoch oft durch psychische Krankheiten (insbesondere Depressionen, Psychosen/Schizophrenie und Suchterkrankungen) begünstigt. Aber auch Schwierigkeiten mit dem Erwachsenwerden oder Lebenskrisen können zu suizidalen Krisen führen. Zunehmende soziale Isolation, gesellschaftlicher Druck zum gelingenden Lebensplan, existenzielle Verunsicherungen in einem beschleunigten sozialen Wandel, Wirtschafts- und Finanzkrisen etc. können die Suizidalität ebenfalls erhöhen. In diesen Fällen ist der Ausgang von suizidalen Handlungen besonders stark von den unmittelbaren Rahmenbedingungen abhängig. Das heisst, die Nicht-Verfügbarkeit von tödlichen Mitteln und die Zugänglichkeit zu tragfähigen sozialen Netzwerken oder Beratungsangeboten und medizinischen Leistungen können lebensrettend sein. In erster Linie sind deshalb die Hilfsangebote vor Ort zu verbessern. Kann die Krise bewältigt werden, nimmt in vielen Fällen anschliessend das suizidale Verhalten ab.

Zur Früherkennung und Behandlungsoptimierung von Depression und Suizid führen immer mehr Kantone das erprobte «Bündnis gegen Depression» ein. Dieses Programm richtet sich mit gezielten Fortbildungsaktivitäten zur Problematik an die Hausärztinnen und Hausärzte und an weitere Berufsangehörige, welche mit Menschen zusammenarbeiten. Mit einer einheitlichen Kampagne wird die Öffentlichkeit über die Krankheit und ihre Folgen informiert. In der Pilotregion Nürnberg (D) konnte nachgewiesen werden, dass die suizidalen Handlungen gegenüber der Kontrollregion, in der keine gezielten Interventionen durchgeführt wurden, um 25 % reduziert werden konnten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bietet den Kantonen bereits heute Unterstützung für ein einheitliches Vorgehen zur Einführung dieses Programms an. Weiter werden im Rahmen der bundesrätlichen Strategie «Migration und Gesundheit» migrationsspezifische Informationen zur Krankheit erarbeitet. In Zusammenarbeit mit den Fachorganisationen aktualisiert das BAG die Schulungsmaterialien für Fortbildungen.

Der Zusammenhang zwischen der Verfügbarkeit von tödlichen Gegebenheiten bzw. Mitteln und ausgewählten Suizidmethoden gilt als gesichert. Hier liegt die Umsetzung wirksamer Massnahmen, wie zum Beispiel die

Weiterführende Informationen

Bundesamt für Gesundheit:
www.bag.admin.ch → Bündnis gegen Depression
 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium:
www.obsan.ch → Psychische Gesundheit
 Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz:
www.gdk-cds.ch → Gesundheitspolitik

Kantone
 Kanton AR: www.ar.ch/regierungsprogramm
 Kanton BE: www.berner-buendnis-depression.ch
 Kanton GE: www.etat.geneve.ch
 Kanton LU: www.kantonsarzt.lu.ch
 Kanton ZG: www.psychische-gesundheit-zug.ch

Weltgesundheitsorganisation, Region Europa:
www.euro.who.int/mentalhealth

Sicherung von hohen Brücken oder die Einschränkung des Zugangs zu Schusswaffen, jedoch nicht in der Zuständigkeit des Gesundheitssektors.

Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

In der Schweiz ist die Sensibilität für die Bedeutung der psychischen Gesundheit in den frühen Lebensphasen noch kaum vorhanden. Weltweit besteht aber Konsens, dass die Grundlagen für eine lebenslange psychische Gesundheit schon in der Kindheit gelegt werden. Bis zu 50 % der psychischen Krankheiten beginnen bereits vor dem 14. Altersjahr, obwohl sie erst viel später im Leben ausbrechen. Bei 10 bis 20 % der jungen Menschen lassen sich Zeichen psychischer Krankheiten erkennen. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen sind stärker betroffen. Deshalb sollte die Gesundheitsförderung in dieser Lebensphase umfassend angelegt sein und die vielfältigen Beziehungsaspekte, Lebensstile, Lebenssituationen, Werthaltungen und ethischen Aspekte berücksichtigen. Stabile Bindungen im frühen Alter sind wichtige Schutzfaktoren für ein körperlich und psychisch gesundes Aufwachsen. Die Massnahmen sind deshalb auf die Entwicklung von Lebensstrategien auszurichten: Junge Menschen sind dabei zu unterstützen, mit Neugier auf die Herausforderungen des Lebens zuzugehen und dabei positive Erfahrungen sammeln zu können. Gleichzeitig besteht auch Handlungsbedarf für eine sorgfältige Früherkennung von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.

Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz

Die Erwerbstätigkeit wirkt sich einerseits positiv auf die körperliche und psychische Gesundheit aus. Zudem spielt der Arbeitsplatz eine entscheidende Rolle für soziale Integration. Andererseits haben Geschwindigkeit und Veränderungsdruck in den letzten Jahren und Jahrzehnten stetig zugenommen und führen zu steigenden Belastungen, welche insbesondere die psychische Gesundheit gefährdet. Zu den wichtigsten Massnahmen, um die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden zu schützen und zu erhalten, zählen Anstrengungen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation, der Unternehmenskultur und des Führungsverhaltens, einschliesslich Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Psychische Gesundheit älterer Menschen

Mit dem Älterwerden nimmt der Verlust des sozialen Rückhalts durch Verwandte und Freunde ab, neurodegenerative Krankheiten wie Alzheimer oder andere Formen der Demenz nehmen zu. Die Förderung eines aktiven Lebens bis ins hohe Alter muss auch in der Schweiz zu einem wichtigen Gesundheitsziel werden.

Regula Ricka, Dr. med., wissenschaftliche Mitarbeiterin, BAG.
E-Mail: regula.ricka@bag.admin.ch

Präventionskampagnen: Millionen in den Sand gesetzt?

Alkohol, Tabak, Aids, Übergewicht: Um die Volksgesundheit zu schützen, gibt der Bund jährlich Millionenbeträge für massenmediale Kampagnen zur Prävention und Gesundheitsförderung aus. Ist das hinausgeworfenes Geld oder eine nötige und lohnende Investition in die Volksgesundheit? Die Kommunikationswissenschaft und Evaluationen bisheriger Kampagnen zeigen: Präventionskampagnen sind notwendig und wirksam – wenn sie professionell geplant und durchgeführt werden.



Adrian Kammer
Bundesamt für Gesundheit

Unsere Gesellschaft tendiert immer mehr zur Individualisierung. Das macht es schwierig, ausgleichende und staatliche Interventionen zu legitimieren. Die zunehmende liberale Werthaltung führt dazu, dass das Verhalten des Einzelnen immer stärker als individualistisch im Sinne von Freiheit interpretiert wird. Das Individuum trägt somit auch die Verantwortung für soziale Probleme und gesellschaftliche Fehlentwicklungen. Diesen entgegenzuwirken, sie zu korrigieren, wird immer weniger als Aufgabe des Staates wahrgenommen und entsprechend weniger eingefordert. Die schlechte Wirtschaftslage und der verstärkte parteipolitische

Spardruck machen sich zurzeit zusätzlich bemerkbar: Staatliche Auftraggeber wie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sehen sich gezwungen, die von ihnen geplanten und lancierten Kampagnen stärker zu begründen und ihre Wirksamkeit zu beweisen.

Mehr Gesundheit, weniger Kosten

Für viele Menschen stellt sich die Frage, ob es die Aufgabe des Staates ist, die gesundheitsbezogene Werthaltung seiner Bürgerinnen und Bürger zu beeinflussen. Die Antwort lautet klar ja. Die Aufgabe des BAG ist es, die Gesundheitskompetenz der Menschen in der Schweiz zu fördern und so die Gesundheitskosten zu senken und die Lebensqualität zu erhöhen. Ausserdem liegt es auf der Hand, dass eine gesunde Wirtschaft gesunde Menschen braucht. Wie Vergleiche mit dem Ausland zeigen, besteht in der Schweiz im Bereich Prävention noch grosses Potenzial. Gemäss der OECD-Gesundheitsexpertin Francesca Colombo geben die Länder der OECD durchschnittlich 2,7 Prozent ihrer gesamten Gesundheitskosten für Prävention aus, die Schweiz hingegen nur 2,1 Prozent, das ist fast ein Viertel weniger! Im Weiteren können laut Colombo die nationale Koordination der Schweizer Präventionsarbeit sowie die Effizienz der Programme und Kampagnen verbessert werden. Mit dem neuen Bundesgesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention, das zurzeit ausgearbeitet wird, dürften sich diese Mängel jedoch beheben lassen.

Wissenschaft bestätigt Wirksamkeit

In der Streitfrage der Rentabilität von Präventionskampagnen kann mit einem einfachen Rechenbeispiel argumentiert werden: Für die «LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagne gab das BAG im Jahr 2005 2,5 Millionen Franken aus. Wenn in jenem Jahr durch diese Kampagne nur drei HIV-Infektionen verhindert werden konnten, hat sie sich rein finanziell bereits gelohnt, denn die lebenslangen Behandlungskosten für einen an HIV oder Aids erkrankten Menschen belaufen sich auf rund 975 000 Franken (39 000 Franken pro Jahr bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 25 Jahren ab dem Zeitpunkt der Diagnose¹). Jeder Kampagnen-Franken scheint umso notwendiger, wenn man bedenkt, dass sich in der Schweiz jährlich zirka 700 Menschen

¹ Stoll M., Claes C., Schulte E., Graf von Schulenberg J., Schmidt R. Direct Costs for the Treatment of HIV-infection in a German Cohort after the Introduction of HAART. Available online: www.dagnae.de/Gesundheits-pol/Stoll/1.htm. European Journal of Medical Research 2002; 7: 463–471.

neu mit dem HI-Virus infizieren, was langjährige Behandlungskosten von insgesamt 680 Millionen Franken zur Folge hat.

Nichtsdestotrotz hat das BAG beim Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich (IPMZ) im Jahr 2005 eine Studie zur Wirksamkeit von Präventionskampagnen in Auftrag gegeben. Die Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Heinz Bonfadelli² belegt die Wirksamkeit von Kommunikationskampagnen auf der Basis einer Meta-Analyse der aktuellen theoretischen Grundlagen im Kampagnenbereich sowie auf empirischen Befunden aus der Evaluationsforschung. Bonfadelli hält fest, dass die Wirksamkeit gesteigert werden kann, indem man bei der Planung, Durchführung und Evaluation auf kommunikationstheoretisches Wissen zurückgreift. Das BAG stützt seine Kampagnen stets auf wissenschaftliche Erkenntnisse ab und orientiert sich an den gesellschaftlichen Realitäten.

In der Regel werden die BAG-Kampagnen alle zwei Jahre durch ein neutrales externes Institut evaluiert. Dabei werden Kriterien wie Wahrnehmung, Verständnis, Erinnerung und Akzeptanz geprüft. Die Wirksamkeitsprüfung massenmedialer Kampagnen, die im Auftrag des Bundes durchgeführt wird, ist im Artikel 170 der Bundesverfassung festgehalten.

Reaktionen der Bürgerinnen und Bürger werden für jede Weiterführung einer Kampagne berücksichtigt. Kommunikationsprofis erteilen den BAG-Kampagnen durchwegs gute Noten. So hat die «LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagne in den letzten Jahren 15 nationale und internationale Marketing- und Werbepreise gewonnen. Sie erhielt unter anderem den «Effie», notabene die einzige Auszeichnung der Werbebranche, die nicht Kreativität und Originalität, sondern das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer Kampagne beurteilt. Das BAG gilt zudem bei Non-Profit- und Nicht-Regierungs-Organisationen als vorbildlich in der Konzeption und Durchführung von Kampagnen.

Sensibilisieren, informieren, motivieren

Massenmediale Kampagnen haben verschiedene Ziele. Sie sollen sensibilisieren, informieren und schliesslich zu einer Einstellungs- oder Verhaltensänderung motivieren oder zumindest eine breite Akzeptanz für strukturelle oder gesetzliche Veränderungen schaffen. Ein aktuelles Beispiel ist die Tabak-Kampagne, deren langfristiges Ziel es ist, das Nichtrauchen als Selbstverständlichkeit zu etablieren.

Um die gewünschte Wirkung zu erreichen, müssen Präventionsbotschaften klar und verständlich sein. Dabei gilt: Mit Humor erreicht man mehr als mit Furchtappellen oder Verunglimpfung. Es ist wichtig, be-

stimmte Verhaltensweisen oder Bevölkerungsgruppen – zum Beispiel die Raucher – nicht zu be- oder verurteilen.

Die Wirkung massenmedialer Kampagnen erhöht sich, wenn sie in ein umfassendes, koordiniertes Massnahmenpaket eingebettet sind, zum Beispiel in ein nationales Präventionsprogramm, einen Aktionsplan oder eine gesundheitspolitische Strategie. Parallel zu den Plakaten und Inseraten, den Kino- oder TV-Spots werden deshalb in der Regel auch Broschüren, verschiedene Beratungsangebote und in zunehmendem Masse neue Medien wie das Internet eingesetzt. Oft sind auch strukturelle Massnahmen wie Werbebeschränkungen im Falle des Alkohols Teil der Strategie.

David gegen Goliath

Bis sich eine Präventionsbotschaft im öffentlichen Gedächtnis festsetzt, braucht es entsprechende Geldmittel. Präventionskampagnen müssen über ausreichend hohe Budgets verfügen, damit sie die nötige Reichweite erlangen. Verglichen mit den Werbe-Etats seiner mächtigen «Gegenspieler», etwa der Tabakbranche, muten die Präventionsausgaben des Gesundheitswesens fast erschreckend klein an. Umso wichtiger ist es, mit der Präventionsarbeit nicht locker zu lassen und mit durchdachten, gewinnenden Kampagnen immer wieder kleine Gegenattacken zu lancieren. Wie erfolgreich diese sein können, beweist die Statistik: Die Anzahl Raucherinnen und Raucher ist von 33 % (2001) auf 28 % (2008) gesunken. 2008 rauchten rund 264 000 Menschen weniger als noch 2001. Dieser Erfolg ist hauptsächlich auf das Tabakpräventionsprogramm und die dazugehörige Kampagne «Weniger Rauch, mehr Leben» zurückzuführen. Präventionsmassnahmen sind erst dann erfolgreich, wenn sie eine grosse Reichweite und eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung erlangen. Massenmediale Kommunikation ist das ideale Mittel dazu.

250 000 Menschen, die mit dem Rauchen aufgehört haben – das bedeutet weniger durch Tabakkonsum verursachte Krankheiten und Invaliditätsfälle, massive Einsparungen im Gesundheitswesen sowie deutlich weniger Arbeitsausfälle für die Wirtschaft.

2 Bonfadelli H., Friemel T. Konzeption und Einsatz von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Theoretische Modelle und empirische Befunde aus der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, IMPZ – Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung, Universität Zürich, 2006. Online: www.bag.admin.ch/shop/00044/00183/index.html?lang=de

Stetig und langfristig

Erfolgreiche Präventionskampagnen zeichnen sich durch Langfristigkeit und Stetigkeit aus. Gute Vorbilder sind diesbezüglich globale Konsummarken wie Coca Cola oder Mc Donalds. Jedes Kind kennt heute Coca Cola. Doch das tut der intensiven Werbeaktivität für die braune Brause keinen Abbruch. Die traumhaften Bekanntheitszahlen hat sich Coca Cola über Jahrzehnte erworben und durch stetige Präsenz hochgehalten. Und was den Konsumgüterproduzenten recht ist, sollte der Gesundheitsförderung billig sein. Der Wirkungshorizont von Kampagnen zur Gesundheitsförderung erstreckt sich über Jahrzehnte und Generationen. Kurze Interventionen von zwei bis drei Monaten sind bestenfalls ein Tropfen auf den heissen Stein und letztlich zum Fenster hinausgeworfenes Geld. Die «LOVE LIFE STOP AIDS»-Kampagne zeigt, wie stark stetiger massenmedialer Druck wirken kann: Praktisch mit der ersten Kampagnenwelle Ende der 1980er-Jahre sind die HIV-Infektionen gesunken. Sie zeigt aber auch, dass Kampagnen-Botschaften keine Selbstläufer sind. Sie müssen ständig wiederholt, immer wieder überraschend inszeniert und immer wieder präzise auf die einzelnen

Zielgruppen abgestimmt werden, um keine Abnützungerscheinungen zu zeigen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass nach dem State of the Art die passendsten und wirkungsvollsten Instrumente eingesetzt werden, um die entsprechenden Zielgruppen zu erreichen.

Werden mit Präventionskampagnen Millionen in den Sand gesetzt? Nein! Vorausgesetzt, sie werden professionell durchgeführt. Eine Kampagne ist dann gut, wenn sie in der Zielgruppe etwas auslöst und die Einstellung der Gesamtbevölkerung in die geplante Richtung bewegt. Das erste und wichtigste Ziel jeder Kampagne ist die Aufmerksamkeit – in der heutigen Informationsüberflutung ist sie das begehrteste Gut aller Kommunikatoren. Und mit allzu zahmen Kampagnen ist diese Aufmerksamkeit unerreichbar. Der berühmte Werber David Ogilvy formulierte es so: «You cannot bore somebody into buying your product», was sinngemäss übersetzt bedeutet: Mit Langeweile bewegt man nichts.

Adrian Kammer, Kampagnenleiter, BAG.
E-Mail: adrian.kammer@bag.admin.ch

Neuerungen, Anpassungen und laufende Reformen bei den Sozialversicherungen

Der folgende Artikel verschafft einen Überblick über die für das Jahr 2009 zu erwartenden Änderungen in den Sozialversicherungen und über weitere Reformvorhaben im Sozialversicherungsbereich. Stand der Information: Ende Oktober 2008.



Rosmarie Marolf
Bundesamt für Sozialversicherungen

1. Änderungen per 1. Januar 2009

1.1 Anpassung der AHV/IV-Renten

Die minimale Altersrente steigt von 1105 auf **1140** Franken pro Monat, die Maximalrente von 2210 auf **2280** Franken. Der Betrag, der im Rahmen der Ergänzungsleistungen zur Deckung des allgemeinen Lebensbedarfs vorgesehen ist, beträgt neu **18 720** Franken (18 140) pro Jahr für Alleinstehende, **28 080** Franken (27 210) für Ehepaare und **9780** Franken (9480) für Waisen. Auch die Entschädigung für Hilflose wird angepasst.

Die AHV-Renten werden alle zwei Jahre an die Wirtschaftsentwicklung angepasst auf der Basis des Mischindex, der dem arithmetischen Mittel zwischen Lohn- und Preisindex entspricht. Die letzte Rentenanpassung erfolgte per 1. Ja-

nuar 2007. Die Anpassung beruht einerseits auf dem Anstieg des Preisindex um 2 % (Dezember 2006 bis Dezember 2007) sowie des Lohnindex um 1,6 % (2006–2007) und andererseits auf der angenommenen Entwicklung des Preis- und Lohnindex bis 2008. Für den Preisindex wird ein Anstieg um 2 % angenommen (Dezember 2007 bis Dezember 2008), für den Lohnindex um 1,9 % (2007–2008). Aufgrund der Berechnungen auf dieser Basis und mit einer Rundung des Betrages der minimalen Rente auf 5 Franken erlaubt der Mischindex eine Erhöhung der AHV/IV-Leistungen um 3,2 %.

Der Bundesrat hat ebenfalls die Mindestbeiträge und die sinkende Skala der AHV/IV/EO-Beiträge für Selbstständigerwerbende und Personen ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber angepasst. Die untere Grenze der Beitragsskala beträgt neu **9200**

Franken (8900), die obere Grenze **54 800** Franken (53 100). Bei unveränderten Beitragssätzen erhöht sich der AHV/IV/EO-Mindestbeitrag von 445 auf **460** Franken jährlich, der Mindestbeitrag der freiwilligen AHV von 740 auf **764** Franken und jener der freiwilligen IV von 124 auf **128** Franken. (Vgl. Übersicht Kasten **K1**)

Die Anpassung der AHV/IV-Leistungen führt zu Mehrkosten von rund 1319 Mio. Franken (1106 Mio. für die AHV und 213 Mio. für die IV), wovon 297 Mio. zulasten des Bundes gehen. Der Bund beteiligt sich zu 19,55 % an den Ausgaben der AHV und zu 37,7 % an jenen der IV. Seit dem Inkrafttreten der Neuordnung des Finanzausgleichs am 1. Januar 2008 leisten die Kantone keinen Finanzierungsanteil mehr an die individuellen Leistungen der AHV und IV (Renten und AHV/IV-Hilflosenentschädigungen). Die Anpassung der Ergänzungsleistungen zu AHV und IV verursacht zusätzliche Kosten von 2 Mio. Franken zulasten des Bundes, während sich die Ausgaben der Kantone kaum verändern.

1.2 Anpassung der Grenzbeträge in der beruflichen Vorsorge

Da die AHV/IV-Renten auf den 1. Januar 2009 um 3,2 % angepasst werden, wird der Koordinationsabzug in der beruflichen Vorsorge der wirtschaftlichen Entwicklung folgend von 23 205 auf **23 940** Franken erhöht. Die Eintrittsschwelle für die obligatorische berufliche Vorsorge (Mindestjahreslohn) steigt auf **20 520** Franken (19 890). Die Grenzbeträge dienen im Wesentlichen dazu, die Eintrittsschwelle für die obligatorische Unterstellung unter die berufliche Vorsorge und den versicherten Lohn («koordinierter Lohn») zu bestimmen. Um die Koordination zwischen der ersten und der zweiten

Übersicht: Beträge gültig ab dem 1. Januar 2009**K1****Renten und Hilflosenentschädigungen (pro Monat)**

Minimale Altersrente		1 140 Franken
Maximale Altersrente		2 280 Franken
Maximale Ehepaarrente (zwei Renten)		3 420 Franken
Hilflosenentschädigung AHV (im Heim oder zu Hause)	mittel:	570 Franken
	schwer:	912 Franken
Hilflosenentschädigung IV (im Heim)	leicht:	228 Franken
	mittel:	570 Franken
	schwer:	912 Franken
Hilflosenentschädigung IV (zu Hause)	leicht:	456 Franken
	mittel:	1 140 Franken
	schwer:	1 824 Franken
Intensivpflegezuschlag für Minderjährige IV (zu Hause)	mindestens 4 Stunden:	456 Franken
	mindestens 6 Stunden:	912 Franken
	mindestens 8 Stunden:	1 368 Franken

Beiträge und Beitragsskala (pro Jahr)

Mindestbeiträge		
(AHV 382 Fr., IV 64 Fr., EO 14 Fr.)	AHV/IV/EO:	460 Franken
(AHV 764 Fr., IV 128 Fr.)	Freiwillige AHV/IV:	892 Franken
AHV/IV/EO sinkende Beitragsskala	untere Grenze:	9 200 Franken
	obere Grenze:	54 800 Franken

EL-Beträge für den allgemeinen Lebensbedarf (pro Jahr)

	für Alleinstehende:	18 720 Franken
	für Ehepaare:	28 080 Franken
	für Waisen:	9 780 Franken

Säule sicherzustellen, treten auch die Anpassungen in der beruflichen Vorsorge auf den 1. Januar 2009 in Kraft.

Der maximal erlaubte Steuerabzug der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) wird ebenfalls nach oben angepasst: **6566** Franken (6365) respektive **32 832** Franken (31 824).

1.3 Anpassung der Hinterlassenen- und Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge

Auf den 1. Januar 2009 werden die laufenden Hinterlassenen- und Invalidenrenten wie folgt angepasst:

Gemäss dem Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) müssen die Hinterlassenen- und Invalidenrenten der obligatorischen

Anpassungen

Jahr des Rentenbeginns	Letzte Anpassung	Anpassung am 1.1.2009
1985–2003	1.1.2007	3,7 %
2004	1.1.2008	2,9 %
2005	–	4,5 %
2006–2008	–	0,0 %

zweiten Säule bis zum Erreichen des ordentlichen Rentenalters periodisch dem Index der Konsumentenpreise angepasst werden. Das Bundesamt für Sozialversicherungen hat dazu den entsprechenden Anpassungssatz zu berechnen und bekannt zu geben.

Das BVG schreibt vor, dass der Teuerungsausgleich für diese Hinterlassenen- und Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge zum ersten Mal nach dreijähriger Laufzeit gewährt werden muss. Die Anpassungen der BVG-Renten sind mit dem Anpassungs-Rhythmus der AHV gekoppelt. Sie erfolgen auf den gleichen Zeitpunkt wie die Anpassungen der AHV-Renten, das heisst in der Regel alle zwei Jahre.

Auf den 1. Januar 2009 müssen jene obligatorischen Hinterlassenen- und Invalidenrenten der dreijährigen Preisentwicklung angepasst werden, die im Laufe des Jahres 2005 zum ersten Mal ausgerichtet wurden. Der Anpassungssatz stellt auf den Septemberindex der Konsumentenpreise im Jahre 2008 von 104,0 (Basis Dez. 2005 = 100) und den Septemberindex des Jahres 2005 (99,5) ab.

Für die Anpassungen der Renten, die vor 2005 festgelegt worden sind, wird auf den Septemberindex der Konsumentenpreise des vorherigen Jahres der letzten Anpassung und des Septemberindex des Jahres 2008 abgestellt. Die Renten, die seit 2006 festgelegt worden sind, werden nicht angepasst.

Wenn die Renten über das vom Gesetz vorgeschriebene Minimum hinausgehen, ist der Teuerungsausgleich nicht obligatorisch. Diese Renten sowie die BVG-Altersrenten werden aufgrund eines Entscheides des paritätischen Organs der Vorsorgeeinrichtung der Preisentwicklung angepasst. Der Entscheid ist in der Jahresrechnung oder im Jahresbericht zu erläutern.

1.4 Berufliche Vorsorge: der Mindestzinssatz wird auf 2 % gesenkt

Der Bundesrat berücksichtigt bei der Festlegung des Mindestzinssatzes gemäss den gesetzlichen Bestimmungen insbesondere die Erträge der Bundesobligationen sowie zusätzlich die Rendite der Aktien, Anleihen und Liegenschaften. Ausgangspunkt für die Festlegung des

Satzes ist, wie bereits in den Vorjahren, der langfristige gleitende Durchschnitt der 7-jährigen Bundesobligationen. Dieser lag zum Zeitpunkt des Entscheides bei rund 2,48 %. Während bei den Anleihen und Liegenschaften von positiven Erträgen auszugehen ist, mussten bei den Aktien erhebliche Kursverluste hingenommen werden. Insgesamt entwickelten sich die Portfolios der Vorsorgeeinrichtungen negativ. Der Bundesrat erachtete es deshalb als gerechtfertigt, vom langfristigen gleitenden Durchschnitt der 7-jährigen Bundesobligationen einen Abzug von 0,5 Prozentpunkten vorzunehmen. Dies ergibt einen **Mindestzinssatz von 2 %**. Ein tieferer Zinssatz wiederum war deshalb nicht angebracht, weil in der Vergangenheit auch bei einer guten Entwicklung der Finanzmärkte der Satz vorsichtig festgelegt wurde. Den Vorsorgeeinrichtungen wurde somit ermöglicht, Wertschwankungsreserven aufzubauen, um die aktuell negativen Marktentwicklungen auffangen zu können.

Dass ein Abzug vorzunehmen ist, muss angesichts der Finanzmarktentwicklung als unumgänglich bezeichnet werden. Allein im Jahr 2008 verlor beispielsweise der Swiss Market Index SMI bis 20. Oktober 26,7 %. Der Pictet BVG Index 25, welcher aus 25 % Aktien und 75 % Obligationen besteht und auch als Benchmark im Bereich der Entwicklung von Pensionskassen-Portfolios verwendet wird, verlor 2008 bis 20. Oktober 9,62 %. Auch 2007 wies er eine unbefriedigende Rendite von 0,94 % auf. Der Immobilienmarkt der Schweiz hat sich 2007 positiv entwickelt, doch ist sein Anteil mit durchschnittlich knapp 13 % zu wenig gross, um die negative Entwicklung kompensieren zu können. Die Portfolios der meisten Vorsorgeeinrichtungen dürften sich demnach in diesem Jahr deutlich negativ entwickelt haben.

Auch die Eidgenössische Kommission für berufliche Vorsorge hat an

ihrer Sitzung mehrheitlich einen Mindestzinssatz von 2 % vorgeschlagen. Bei der Konsultation der Sozialpartner reichten die Stellungnahmen von 1,75 % bis 2,25 %. Während die Gewerkschaften für 2,25 % plädierten, waren die Stellungnahmen der übrigen Verbände uneinheitlich.

Gemäss Gesetz überprüft der Bundesrat den Mindestzinssatz mindestens alle zwei Jahre. Je nach weiterer Entwicklung der Finanzmärkte kann er die nächste Überprüfung auch bereits in einem Jahr vornehmen.

1.5 Berufliche Vorsorge: Anpassung der Anlagebestimmungen

Das oberste Organ der Vorsorgeeinrichtung (im Normalfall der Stiftungsrat) soll sich gemäss den neuen Regeln bei seinen Entscheidungen über die Vermögensanlage noch stärker als bisher vom Vorsichtsprinzip leiten lassen. Es ist verantwortlich für eine nachvollziehbare Gestaltung, Überwachung und Steuerung der Vermögensbewirtschaftung. Ebenso bestimmt das oberste Organ in einem Reglement die Ziele und Grundsätze, die Organisation und die Grundlage für eine verantwortungsvolle, transparente und an die Situation der Pensionskasse angepasste Vermögensanlage.

Die vom Bundesrat beschlossene Revision der Anlagevorschriften reduziert und vereinfacht zudem das System der Anlagelimiten. Diese Begrenzungen sind nur noch Leitplanken, unabhängig davon muss jede Vorsorgeeinrichtung sorgfältig handeln, ihre Risiken angemessen verteilen und ihre Risikofähigkeit beachten. In diversifizierte Formen von alternativen Anlagen darf neu in einem gewissen Rahmen auch ohne separate Begründung investiert werden, doch ist dabei das Vorsichtsprinzip zu beachten.

Für das Wertschriftensparen im Bereich der Freizügigkeit und der Säule 3a gelten diese Anlagevorschriften sinngemäss. Im Bereich der Säule 3a wird neu die Möglichkeit eingeführt, in Obligationen guter

Bonität oder in kapitalerhaltende Produkte zu investieren. Die beschlossenen Verordnungsänderungen treten am 1. Januar 2009 in Kraft.

1.6 Berufliche Vorsorge: Verbesserung für atypische Arbeitnehmende

Am 2. April 2008 wurde der Bericht des BSV über die berufliche Vorsorge von atypischen Arbeitnehmenden veröffentlicht. In der Folge hat der Bundesrat beschlossen, dass Personen, die mehrere Arbeitseinsätze für denselben Arbeitgeber leisten, in der zweiten Säule versichert werden, sofern die Unterbrechungen zwischen den einzelnen Einsätzen für denselben Arbeitgeber höchstens drei Monate dauern.

Bislang wurden aufeinanderfolgende Arbeitseinsätze für denselben Arbeitgeber nicht zusammengerechnet. Für eine Unterstellung musste jeder einzelne Einsatz ohne Unterbrechung länger als drei Monate dauern. Eine Unterbrechung von wenigen Tagen reichte, um beim Abzählen der drei Monate wieder bei null anfangen zu müssen. Bisher kamen lediglich von Temporärfirmen beschäftigte Arbeitnehmende in den Genuss einer Regelung, nach der die verschiedenen Einsätze zusammengählt werden.

Durch die Verordnungsänderung genießt eine grössere Zahl von atypischen Arbeitnehmenden die Deckung durch die berufliche Vorsorge. Die Massnahme tritt am 1. Januar 2009 in Kraft.

1.7 Anpassung der Erwerbersatz- und der Mutterschaftsentschädigung

Der Höchstbetrag der EO-Gesamtsentschädigung wurde auf 245 Franken heraufgesetzt. Die letzte Erhöhung fand 1999 mit dem Inkrafttreten der 6. EO-Revision statt. Seither ist der Lohnindex um 14,4 % gestiegen. Wenn die Entwicklung des Lohnindex seit der letzten Anpassung mindestens 12 % entspricht, werden die EO-Beträge angepasst. Die Her-

aufsetzung der EO-Leistungen verursacht Kosten von 77 Mio. Franken: 61 Mio. davon gehen an Dienstleistende, 16 Mio. an Bezügerinnen von Mutterschaftsentschädigungen.

1.8 Das neue Bundesgesetz über die Familienzulagen tritt in Kraft

Am 1. Januar 2009 ist es so weit: Das neue eidgenössische Familienzulagengesetz tritt in Kraft. Es besteht Anspruch auf Kinderzulagen (für Kinder bis zu 16 Jahren und für erwerbsunfähige Kinder bis zu 20 Jahren) von mindestens 200 Franken und auf Ausbildungszulagen (für Kinder von 16 bis 25 Jahren in Ausbildung) von mindestens 250 Franken je Kind und Monat. Die Anpassung der Beträge an die Teuerung erfolgt durch den Bundesrat. Die Kantone können höhere Ansätze vorschreiben und auch eine Staffelung der Beträge nach Alter oder Zahl der Kinder einführen. Sie können aber weder die Altersgrenzen noch die Umschreibungen der berechtigten Kinder ändern, denn diese Fragen sind im Familienzulagengesetz abschliessend geregelt und es gibt hier keine Kompetenzen der Kantone.

Mit dem Familienzulagengesetz wurde das Bundesgesetz vom 20. Juni 1952 über die Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) nicht aufgehoben, sondern als Spezialgesetz beibehalten und angepasst.

1.9 Krankenversicherung: Die Prämien steigen 2009 um durchschnittlich 2,6 %

Gesamtschweizerisch steigen die Erwachsenenprämien um durchschnittlich 2,6 %. Die Erhöhung der durchschnittlichen Erwachsenenprämie bewegt sich in einer Bandbreite zwischen -0,1 % im Kanton Genf und 6,7 % im Kanton Obwalden.

In acht Kantonen (GE, JU, NE, SH, TG, TI, VD, ZH) steigen die Prämien unter dem Durchschnitt der Schweiz an und bewegen sich zwischen -0,1 % und 2,5 %. In 13 Kantonen (AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, SO,

SZ, VS, ZG) weisen diese eine Erhöhung zwischen 2,8 % und 4,7 % aus. In den übrigen fünf Kantonen (LU, NW, OW, SG, UR) erhöhen sich die Prämien zwischen 5,3 % und 6,7 %.

Innerhalb eines jeden Kantons und jeder Prämienregion kann es grosse Unterschiede zwischen der tiefsten und der höchsten Prämie geben. Für die Versicherten lohnt sich deshalb ein Vergleich der individuellen Prämie. Dabei kann die persönliche Situation wie folgt variieren: Altersgruppe, mit oder ohne Unfalldeckung, Grund- oder Wahlfranchise, HMO- oder Hausarztmodell sowie weitere wählbare Versicherungsmodelle.

1.10 Spitalfinanzierung: der Bundesrat hat Verordnungsänderungen beschlossen

Der Bundesrat hat die Verordnungsänderungen zur Umsetzung der Spitalfinanzierung beschlossen. Sie beinhalten Anpassungen über die Erhebung und Veröffentlichung der Daten und die Genehmigung von einheitlichen Tarifstrukturen. Zudem kommt der Bundesrat seiner gesetzlichen Verpflichtung nach und erlässt Kriterien für die Spitalplanung. Verordnungsänderungen sind auch notwendig, weil der Aufenthalt im Geburtshaus von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung künftig vergütet wird. Die Änderungen treten auf den 1. Januar 2009 in Kraft.

Für weitergehende Informationen aus dem KV- und UV-Bereich: vgl. die Website des Bundesamts für Gesundheit, www.bag.admin.ch

2. Überblick über laufende Reformen

2.1 Finanzierung der Vorsorgeeinrichtungen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften: Botschaft des Bundesrats

Das vom Bundesrat vorgeschlagene Finanzierungsmodell des differenzierten Zieldeckungsgrades für

öffentlich-rechtliche Vorsorgeeinrichtungen der zweiten Säule und deren Verselbstständigung waren in der Vernehmlassung im Grossen und Ganzen auf gute Akzeptanz gestossen. Die vom Bundesrat verabschiedete Botschaft entspricht im Wesentlichen der im Vorjahr in die Vernehmlassung geschickten Vorlage. Der Bundesrat entschied sich indes nach Kenntnisnahme der Vernehmlassungsergebnisse, die Frist für die Vollkapitalisierung bei 40 Jahren – anstelle der ursprünglich vorgesehenen 30 Jahre – festzusetzen, um so den damit verbundenen Kosten Rechnung zu tragen. Die Botschaft beinhaltet folgende Punkte:

- Vorsorgeeinrichtungen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften (ÖRVE) müssen ihr Finanzierungssystem so ausgestalten, dass sie innert 40 Jahren eine Vollkapitalisierung erreichen, wie dies bei den privatrechtlichen Einrichtungen bereits der Fall ist.
- Bis zur Vollkapitalisierung sollen ÖRVE, die bisher teilkapitalisiert waren, nach dem Finanzierungsmodell des sogenannten differenzierten Zieldeckungsgrades geführt werden, sofern sie über eine Garantie des Gemeinwesens verfügen und der von ihnen erstellte Finanzierungsplan von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.
- Die ÖRVE und ihre Aufsichtsbehörden sollen rechtlich, organisatorisch und finanziell gesehen verselbstständigt werden. Der Einfluss des Gemeinwesens auf die ÖRVE wird so eingeschränkt und die Position des obersten Organs der Vorsorgeeinrichtung gestärkt.
- Der Bundesrat soll dem Parlament regelmässig (alle zehn Jahre) Bericht über die finanzielle Lage der ÖRVE erstatten. Auf diese Weise kann das Parlament die Entwicklung der finanziellen Situation der teilkapitalisierten Vorsorgeeinrichtungen verfolgen und gegebenenfalls die erforderlichen Massnahmen ergreifen.

- Die nach Inkrafttreten des Gesetzes neu geschaffenen privatrechtlichen Vorsorgeeinrichtungen müssen die Rechtsform einer Stiftung aufweisen, die Rechtsform «Genossenschaft» ist nicht mehr zulässig. Vor dieser Frist eingerichtete Vorsorgeeinrichtungen in Form einer Genossenschaft können bis zur ihrer Aufhebung oder Umstrukturierung in eine andere Rechtsform weiterhin als Genossenschaft betrieben werden.

Es ist vorgesehen, dass diese Gesetzesänderungen am 1. Januar 2010 in Kraft treten.

2.2 Die nächsten Etappen zur Sanierung der Invalidenversicherung

Dank der **4. und 5. IV-Revision** konnte die Anzahl IV-Neurenten so weit gesenkt werden, dass das jährliche IV-Defizit nicht mehr weiter wächst. In einem weiteren Schritt soll die **Zusatzfinanzierung** dafür sorgen, dass die schwierige Sanierung mit Bedacht und Augenmass angegangen werden kann. Darauf aufbauend soll ein **zweiteiliges Sanierungspaket** sicherstellen, dass die Rechnung der IV nachhaltig ausgeglichen wird.

Die **Zusatzfinanzierung** für die IV, die das Parlament verabschiedet hat und **die von Volk und Ständen im nächsten Jahr noch bestätigt werden muss**, bringt nur eine vorübergehende Entlastung auf der Einnahmenseite. Die bisherigen Sparmassnahmen haben die IV um rund eine halbe Milliarde Franken pro Jahr entlastet. Das ungebremste Wachstum des Defizits konnte gestoppt werden. Trotz den Sparanstrengungen stieg die kumulierte Schuld der IV per Mitte 2008 auf 12 Mrd. Franken. Daraus erwachsen allein im ersten Semester 2008 Schuldzinsen von 183 Mio. Franken, was fast den Ausgaben der IV für Massnahmen beruflicher Art von 188 Mio. Franken entspricht. **Die IV braucht dringend eine Zusatzfinanzierung, denn ein an-**

haltendes Defizit bedeutet eine fortschreitende Verschuldung beim AHV/EO-Fonds, was die Liquidität der AHV und der Erwerbsersatzordnung EO gefährdet.

Da die IV nach 2017 wieder ohne den Ertrag aus dem Mehrwertsteuer-Zuschlag auskommen muss, müssen die Sparmassnahmen bis zu diesem Zeitpunkt ihre volle Wirkung entfalten. Darum ist es nach Ansicht des Bundesrats wichtig, mit deren Vorbereitung nicht zuzuwarten, bis über die Zusatzfinanzierung entschieden ist.

Seit Anfang 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft. Im Zentrum dieser Revision steht die schnelle Erfassung gesundheitlicher Probleme, damit allfällige Massnahmen zu einem frühen Zeitpunkt angegangen und die betroffenen Menschen im Arbeitsmarkt behalten werden können. Mit diesem Konzept der **Früherfassung** und **Frühintervention** kann die Anzahl neuer IV-Renten gesenkt werden.

Für eine **langfristige Sanierung** der Invalidenversicherung ist es ebenso wichtig, auch die **Menschen, die bereits eine IV-Rente haben, von der Abhängigkeit aus der Invalidenversicherung zu lösen**. Darum soll bei Rentenrevisionen, die alle drei bis fünf Jahre stattfinden, die Chance für eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit systematisch untersucht, konsequent ausgeschöpft und mit Coaching und Integrationshilfe unterstützt werden. Das Konzept der **«Eingliederung vor Rente»**, das im Zentrum der 5. IV-Revision steht, soll so schnell wie möglich durch den Grundsatz **«Eingliederung aus Rente»** ergänzt werden.

Die zweite kurzfristig realisierbare Massnahme ist eine **Neuregelung des Finanzierungsmechanismus**. Aktuell sind die Bundesbeiträge an die IV in Prozent der laufenden Ausgaben definiert: Für jeden Franken, den die IV ausgibt, erhält sie von der öffentlichen Hand knapp 38 Rappen. Für die Sanierung der IV ist das ein grosses Handicap, denn die Einspa-

rung eines Frankens entlastet ihre Rechnung unter dem Strich nur um etwas mehr als 62 Rappen. Anders ausgedrückt: Damit das Defizit der IV von rund 1,5 Mrd. Franken pro Jahr verschwindet, müssen mehr als 2,4 Mrd. eingespart werden. Für die Zukunft soll der Anteil des Bundes darum von den Ausgaben der IV-Rechnung entkoppelt werden, sodass jeder eingesparte Franken direkt der IV zugute kommt.

Damit verfolgt der Bundesrat das Ziel einer ausgewogenen Sanierung des wichtigen Sozialwerks IV weiter.

2.3 Mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung für Menschen mit Behinderung

Seit dem 1. Januar 2006 wird in den Kantonen Basel-Stadt, St. Gallen und Wallis der Pilotversuch «Assistenzbudget» durchgeführt. Mit dem «Assistenzbudget» erhalten Menschen mit einer Behinderung zusätzliche finanzielle Mittel um Personen anzustellen, die sie in der Alltagsbewältigung unterstützen. Die Evaluation des Pilotversuchs hat den hohen Nutzen für die Personen mit Behinderung bestätigt. **Selbstbestimmung und Eigenverantwortung** sowie **gesellschaftliche Integration** erhöhen sich deutlich, und Angehörige werden entlastet. Als Folge der besseren Versorgung mit Hilfeleistungen zu Hause werden Heimaustritte ermöglicht sowie Heimeintritte vermieden oder verzögert. Allerdings wurde die Erwartung, wonach das im Pilotversuch getestete Assistenzmodell insgesamt kostenneutral eingeführt werden könne, bei Weitem nicht erfüllt.

Nach Ablauf des befristeten Pilotversuchs soll nun eine definitive Regelung getroffen werden. Mit dem geplanten Assistenzbeitrag werden zahlreiche positive Aspekte des Pilotversuchs übernommen. Das Modell wird aber beschränkt. So wird die Zielgruppe auf mündige erwachsene Versicherte eingegrenzt, welche bereits in einem gewissen Mass

selbstständig sind und die mit dem Assistenzbeitrag verbundene Eigenverantwortung übernehmen können. Zudem wird nur für Assistenzleistungen, die durch direkt angestellte Personen erbracht werden, ein Beitrag entrichtet. Assistenzleistungen von Angehörigen oder von Organisationen werden im Rahmen des Assistenzbeitrags nicht entschädigt. Der neue Assistenzbeitrag, der in Ergänzung zur Hilflosenentschädigung ausgerichtet wird, beläuft sich im Durchschnitt auf 20 000 Franken pro Jahr und Person. Es wird mittelfristig mit rund 4000 Personen gerechnet, die einen Assistenzbeitrag in Anspruch nehmen werden.

Erwartet werden Kosten zulasten der Invalidenversicherung von jährlich 85 Mio. Franken. Der Assistenzbeitrag soll für die IV kostenneutral eingeführt werden. Dazu sollen die Einsparungen der Kantone, Gemeinden und der Krankenversicherung infolge von Heimaustritten, vermiedenen Heimeintritten sowie der Ablösung von Spitex zumindest teilweise zugunsten der IV ausgeglichen werden. Dies erfolgt, indem die IV ihre Hilflosenentschädigung für Personen im Heim halbiert. Im Gegenzug erhöhen die Kantone die Ergänzungsleistungen an BezügerInnen von Hilflosenentschädigungen und die Betriebsbeiträge an Heime entsprechend. Die noch verbleibenden Mehrausgaben werden durch Einsparungen innerhalb der IV kompensiert.

Der Bundesrat hat das Eidgenössische Departement des Innern beauftragt, einen entsprechenden Entwurf für die Anpassung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Vernehmlassungsvorlage) auszuarbeiten.

2.4 Schweizer Kinder- und Jugendpolitik

Der Bundesrat hat den Bericht «Strategie für eine schweizerische Kinder- und Jugendpolitik» verabschiedet, der den Grundstein für die künftige Kinder- und Jugendpolitik

in der Schweiz legt. Die Regierung bringt darin ihren Willen zum Ausdruck, das Engagement des Bundes im Bereich des Kinderschutzes, der Jugendförderung und der Beteiligung von Jugendlichen am politischen Leben auszubauen und gleichzeitig den vorwiegend föderalistischen Rahmen der Kinder- und Jugendpolitik zu wahren. In Reaktion auf die neuen Bedürfnisse der sich wandelnden Gesellschaft streben die vorgeschlagenen Massnahmen eine Änderung des bestehenden Bundesrechts in den Bereichen Kinderrechte, Prävention von Misshandlung und Gewalt gegenüber Kindern sowie Förderung von Jugendaktivitäten an.

2.5 Bundesrat verabschiedet Botschaft zur Revision des Unfallversicherungsgesetzes (UVG)

Die Botschaft beinhaltet zwei Vorlagen. Die eine enthält die **Anpassungen betreffend die Leistungen und die Durchführung der Versicherung inklusive die Verankerung der Unfallversicherung der arbeitslosen Personen**, die andere die **Anpassungen bezüglich der Organisation und der Nebentätigkeiten der Suva**.

Bei der Erarbeitung der Botschaft wurde grundsätzlich an den Vorschlägen der Vernehmlassungsvorlage festgehalten. Im Gegensatz zur Vernehmlassungsvorlage soll aber der Mindestinvaliditätsgrad für die Berechtigung einer Rente unverändert bei 10 % belassen und nicht auf 20 % erhöht werden. Von Bedeutung sind folgende Änderungen:

- die Invalidenrenten werden bei Erreichen des AHV-Alters in Abhängigkeit vom Unfalljahr gekürzt. Damit werden BezügerInnen von Invalidenrenten der Unfallversicherung den übrigen ArbeitnehmerInnen gleichgestellt;
- die Medizinaltarife der Unfallversicherung werden mit denjenigen der Krankenversicherung harmonisiert;
- die Aufsicht über die UVG-Versicherer wird verstärkt und

- für die öffentlichen Verwaltungen wird die Möglichkeit geschaffen, alle drei Jahre zwischen der Suva und den anderen Versicherern neu zu wählen.

Eine wesentliche Neuerung ist die Einführung einer Haftungsmitel bei Grossereignissen. Hier wird die Haftung der Suva und der privaten Versicherer auf je 2 Mrd. Franken begrenzt, total also 4 Mrd. Franken. Für Leistungen, welche über diese Haftungsmitel hinaus zu erbringen sind, ist eine Haftung des Bundes vorgesehen. Diese wird allerdings kaum zum Tragen kommen, da die Mitel sehr hoch angesetzt ist.

Die Organisation der Suva soll verbessert und an die Grundsätze der Corporate Governance angepasst werden. Neu werden ein Aufsichtsrat und ein Verwaltungsrat die Suva leiten. Der Aufsichtsrat umfasst 25 Mitglieder, der Verwaltungsrat sieben Mitglieder. Beide Räte werden vom Bundesrat aus VertreterInnen der Sozialpartner und des Bundes gewählt.

Der Bundesrat schlägt vor, dass die Suva als Nebentätigkeit Rehabilitationskliniken führen, Schadenabwicklung für Dritte betreiben, Sicherheitsprodukte entwickeln und verkaufen sowie Beratungen und Ausbildungen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten kann. Nicht erlaubt wird der Suva die Durchführung von UVG-Zusatzversicherungen.

Der Nationalrat wird sich als Erstrat mit der Revisionsvorlage befassen. Die Vorlage sollte auf den 1. Januar 2011 in Kraft treten können.

Rosmarie Marolf, lic. phil., Chefredaktorin
«Soziale Sicherheit/CHSS», Kommunikation, BSV.
E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch

Ergebnisse der schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2008

2006 war ein Jahr der finanziellen Konsolidierung: Die Einnahmen nahmen dank höheren Beiträgen und Kapitalerträgen deutlich zu. Gleichzeitig stiegen die Ausgaben mit der tiefsten seit 1987 verzeichneten Rate. Entsprechend positiv entwickelte sich der aggregierte Rechnungssaldo: er stieg auf knapp 20 Milliarden Franken. Die vorliegenden Ergebnisse basieren auf der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2006.

der Sozialversicherungen 137,9 Mrd. Franken betragen. Die Ausgaben lagen bei 118,2 Mrd. Franken. Die Einnahmewachstumsrate 2006 ist mit 4,4 % deutlich höher als die mittlere Wachstumsrate seit 1987 (2,9 %). Auch die Ausgabenwachstumsrate entwickelte sich günstig: Sie liegt mit 1,0 % deutlich unter der mittleren Wachstumsrate von 3,2 % seit 1987.

Woher kommt das tiefe Ausgabenwachstum, woher das erfreuliche Einnahmewachstum?

Zum **hohen Einnahmewachstum** haben insbesondere die BV (5,9 %) und die UV (5,2 %) beigetragen. Beschränkt man sich auf die Beiträge der Versicherten, so liegt die BV mit einem Wachstum von 7,4 % vor der KV mit 4,6 %. Die AHV/IV-Beiträge sind mit 3,4 % deutlich schwächer gestiegen.

Das ausserordentlich **tiefe Ausgabenwachstum** (1,0 %) hat seinen Ursprung im Ausgabenrückgang der



Salome Schüpbach
Bundesamt für Sozialversicherungen



Stefan Müller
Bundesamt für Sozialversicherungen

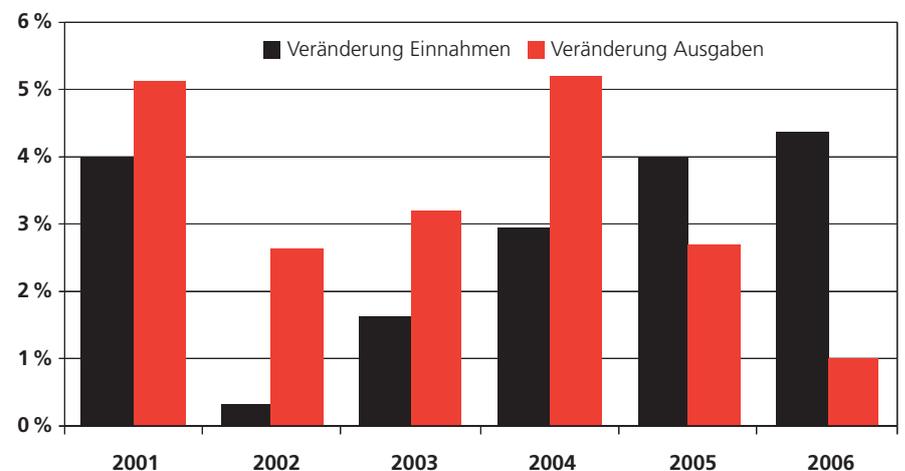
Hauptergebnisse

2006 sind die Einnahmen aller Sozialversicherungen um 4,4 % gestiegen, während die Ausgaben nur um 1,0 % zunahm. Diese Entwicklung steht im Gegensatz zu den Jahren 2001–2004, in denen die Ausgaben deutlich stärker wuchsen als die Einnahmen (Grafik G1). Dank der günstigen finanziellen Entwicklung der Sozialversicherungen und der hohen BIP-Zuwachsrates sanken die Soziallastquote 2006 um 0,2 Prozentpunkte und die Sozialleistungsquote gar um 0,7 Prozentpunkte.

Aus der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2006 – der kumulierten Rechnung aller Sozialversicherungszweige – geht hervor, dass im Jahr 2006 die Einnahmen

Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2001–2006, in Prozent

G1



In den Jahren 2001–2004 nahmen die Ausgaben deutlich stärker zu als die Einnahmen. Anders in den Jahren 2005 und 2006: Hier liegt das Einnahmewachstum deutlich über der Wachstumsrate der Ausgaben. Somit zeichnet sich eine vorübergehende Trendwende in der Finanzierung der Sozialversicherungen ab.

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2006¹, in Millionen Franken

T1

	Einnahmen GRSV* 2006	Ausgaben GRSV* 2006	Rechnungssaldo GRSV* 2006 ²	Kapital GRSV* 2006
AHV*	33 619	31 682	1 937	32 100
EL zur AHV*	1 731	1 731	–	–
IV*	9 904	11 460	–1 556	–9 330
EL zur IV*	1 349	1 349	–	–
BV*	53 734	36 081	17 652	604 400
KV*	19 685	18 737	948	9 604
UV*	7 674	5 485	2 190	38 335
EO*	929	1 321	–391	2 541
ALV*	4 888	5 942	–1 054	–3 729
FZ*	5 009	4 980	29	...
SV Total*	137 914	118 159	19 755	673 920

* bedeutet für den ganzen Text: gemäss den Definitionen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen. Die Einnahmen sind **ohne** Kapitalwertänderungen berechnet. Die Ausgaben sind **ohne** Rückstellungs- und Reservenbildung berechnet.

1 Die bereits vorliegenden Daten zum Berichtsjahr 2007 finden Sie in Abschnitt 4 dieses Textes.

2 Vor Rückstellungs- und Reservenbildung.

ALV (–11,1 %) sowie im erstmaligen Ausgabenrückgang der IV (–0,9 %). Damit eine derart geringe Ausgabenzunahme möglich wurde, mussten natürlich auch die beiden grossen Altersvorsorger, AHV und BV, einen tiefen Ausgabenzuwachs – nämlich 1,1 % und 1,3 % – ausweisen.

Diese günstige finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen und die hohe BIP-Zuwachsrates führten 2006 zu einem Rückgang der Soziallastquote um 0,2 Prozentpunkte und der Sozialleistungsquote um 0,7 Prozentpunkte. Dies ist der grösste je gemessene Rückgang der Sozialleistungsquote seit Beginn der Messreihe 1948.

Ausgaben der Sozialversicherungen nach Funktionen 2006

Mit den Daten der Gesamtrechnung GRSV lässt sich die Struktur der Sozialleistungen seit 1987 risikoorientiert, also institutionenübergrei-

fend, ermitteln. Die folgende Darstellung zeigt, dass die Anteile der einzelnen Leistungsbereiche während 20 Jahren erstaunlich stabil geblieben sind.

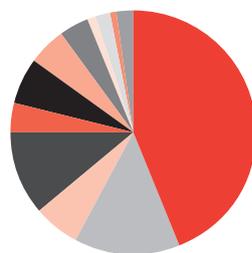
Die beiden Grafiken G2 und G3 zeigen die Verteilung der Sozialversicherungsleistungen nach Funktio-

nen, gemäss OECD-Klassifikation. Unter anderem werden damit internationale Vergleiche, auf Basis der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, möglich. Sowohl im ersten Jahr unserer Betrachtungsperiode (1987) als auch 2006 machten die Geldleistungen im Alter (AHV, BV, EL) mit Abstand den grössten Ausgabenposten aus, gefolgt von den Ausgaben für Gesundheit (KV, IV, AHV) und den Geldleistungen bei Invalidität (IV, BV, EL). Die grösste Bedeutungszunahme verzeichneten in der Periode 1987–2006, in Prozentpunkten gemessen, die Geldleistungen bei **Invalidität** (+3 Prozentpunkte), bei **Arbeitslosigkeit** (+2 Prozentpunkte) und für die **Gesundheit** (+2 Prozentpunkte). Bezogen auf ihre ursprüngliche Bedeutung haben die Leistungen der ALV am deutlichsten zugenommen, vor den Geldleistungen bei Invalidität und denjenigen für die Gesundheit. Am deutlichsten an Bedeutung verloren hat der Erwerbsersatz für Dienstleistungen.

Neben diesen Bedeutungsver-schiebungen erstaunt doch die über 20 Jahre **ausserordentlich stabile Struktur der Sozialleistungen**. Die Stückelung der beiden Kuchendiagramme ist auf den ersten Blick beinahe identisch.

Leistungen der Sozialversicherungen nach Funktionen 1987, in % der Ausgaben der Gesamtrechnung GRSV

G2



- Geldleistung im Alter (AHV, BV, EL) 44%
- Gesundheit (KV, IV, AHV) 14%
- Geldleistungen bei Invalidität (IV, BV, EL) 6%
- Übrige Ausgaben 11%
- Verwaltungs- und Durchführungskosten 4%
- Geldleistungen an Familien inkl. MSE (FZ, EO) 6%
- Berufskrankheiten und Unfälle (UV) 5%
- Geldleistungen an Hinterlassene (AHV, BV) 4%
- Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit (ALV) 1%
- Dienstleistungen für invalide Personen (IV) 2%
- Arbeitsmarktmassnahmen (IV, ALV) 1%
- Erwerbsersatz für Dienstleistende (EO) 2%

1987 bilden die Geldleistungen im Alter (AHV, BV, EL) den mit Abstand grössten Teil der Sozialleistungen.

Leistungen der Sozialversicherungen nach Funktionen 2006, in % der Ausgaben der Gesamtrechnung GRSV

G3



Auch 2006 dominieren die Geldleistungen im Alter (AHV, BV, EL). Verglichen mit 1987 haben 2006 vor allem die Geldleistungen bei Arbeitslosigkeit und bei Invalidität an Bedeutung gewonnen.

Entwicklung des Finanzkapitals

In den Jahren 2003–2006 ist das Sozialversicherungskapital um jeweils 40–50 Mrd. Franken gewachsen. Die jährliche Veränderung wird stets von der beruflichen Vorsorge dominiert. Bereits der Einbruch 2000–2002 zeigte, dass das Börsengeschehen die Kapitalentwicklung massgeblich bestimmt.

Das ausgewiesene Kapital aller Sozialversicherungen ist 2006 um

42,6 Mrd. Franken auf den neuen Höchststand von 674 Mrd. Franken gestiegen. Nach dem Börseneinbruch 2000–2002 nahm das zusammengefasste Finanzkapital aller Sozialversicherungen in den Jahren 2003–2006 wieder mit Zuwachsraten zwischen 6,8 % und 9,7 % zu (Grafik G4).

Die grössten Beiträge zum Kapitalwachstum leisteten 2006 die Berufliche Vorsorge (39,0 Mrd. Franken), die UV (2,7 Mrd. Franken) und

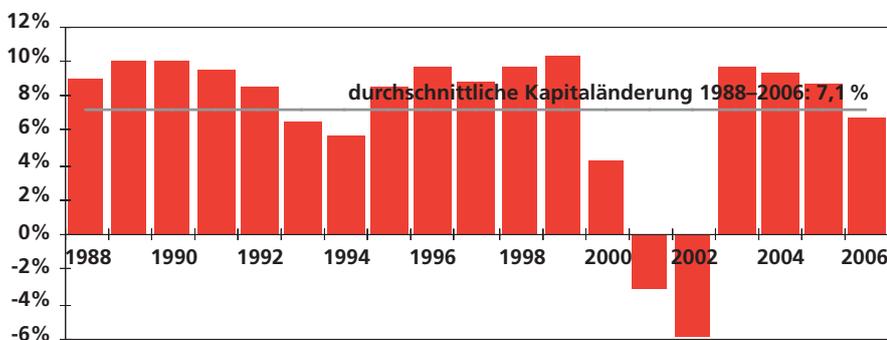
die AHV (2,7 Mrd. Franken). Kapitalrückgänge steuerten die IV (–1,6 Mrd. Franken), die ALV (–1,1 Mrd. Franken) und die EO (–0,3 Mrd. Franken) bei.

Betrachtet man die wichtigsten Komponenten der Zunahme 2006, so zeigt sich, dass aus dem laufenden Versicherungsgeschäft 19,8 Mrd. Franken ins Kapital der Gesamtrechnung einflossen. So hoch waren die kumulierten Rechnungssaldi. 23,5 Mrd. Franken der Zunahme waren Steigerungen der Kapitalwerte an der Börse (netto). Gleichzeitig wurden für 2,3 Mrd. Franken Rückstellungen und Reserven aufgelöst, andere Veränderungen betragen 1,6 Mrd. Franken.

Die Entwicklung des gesamten Sozialversicherungskapitals unterlag in den letzten Jahren starken Schwankungen (Grafik G4). Ab 1995 sind die Schwankungen vor allem auf das Geschehen an der Börse zurückzuführen. Ohne das Börsengeschäft entwickelt sich das Vermögen aufgrund der Aktivitäten der Sozialversicherungen relativ gleichmässig: Grössere Unterschiede zwischen den Jahren resultieren dann vor allem aus den schwankenden Rechnungssaldi der ALV – abhängig von der Konjunktur – und der BV – abhängig von den schwankenden Kapitalerträgen.

Veränderungsraten des Kapitals der Sozialversicherungen 1988–2006, in Prozent

G4



Die Veränderungsraten des Gesamtkapitals widerspiegeln den Börseneinbruch 2000–2002. Seit vier Jahren setzt sich das Kapitalwachstum wieder fort, jedoch liegt die Zuwachsrate 2006 mit 6,8 % erstmals seit 2003 unter dem langjährigen Mittel von 7,1 %. Für 2007/08 ist ein neuer Einbruch der Kapitalentwicklung zu erwarten.

Neueste Entwicklung, Ausblick 2007/2008

Das konjunkturell starke 2007 wird aus finanzieller Sicht einen positiven Einfluss auf die Sozialversicherungen haben. Schon Anfang 2008 zeichnete sich eine leichte Verlangsamung des schweizerischen Wirtschaftswachstums ab, eine Tendenz, die sich bis Ende 2008 weiter verstärken könnte.

Bis heute liegen für das Jahr 2007 erst die Finanzergebnisse der AHV, IV, EL, EO und ALV vor (vgl. Tabelle T2). Bei allen bereits bekannten Sozialversicherungshaushalten sind

AHV, IV, EL, EO, ALV: Finanzen 2007¹ gemäss GRSV, in Millionen Franken T2

	Einnahmen GRSV* 2007	Verände- rung 2006/ 2007	Ausgaben GRSV* 2007	Verände- rung 2006/ 2007	Rechnungs- saldo GRSV* 2007 (vor Rück- stellungen und Reser- venbildung)	Kapital GRSV* 2007
AHV*	35 447	5,4%	33 303	5,1%	2 144	40 637 ²
EL zur AHV*	1 827	5,5%	1 827	5,5%	–	–
IV* ³	10 315	4,2%	11 905	3,9%	–1 590	–10 916
EL zur IV*	1 419	5,2%	1 419	5,2%	–	–
EO*	980	5,5%	1 336	1,2%	–356	2 143
ALV*	5 085	4,0%	5 064	–14,8%	22	–3 708

1 Für das Jahr 2007 sind bereits die Ergebnisse der zentral verwalteten Sozialversicherungen verfügbar (AHV, IV, EL, EO, ALV). Die Rechnungen der dezentral verwalteten Sozialversicherungen (BV, KV, UV, FZ) werden hingegen erst im nächsten Jahr vorliegen, worauf die Gesamtrechnung für das Jahr 2007 erstellt werden kann.

2 Inkl. Bundesanteil von 7038 Mio. Franken am Verkaufserlös des SNB-Goldes.

3 Im Rahmen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen werden die NFA-Buchungen 2007 der IV über die Jahre 2008–2011 verteilt. Sie sind daher im Finanzhaushalt 2007 nicht enthalten.

2007 die Einnahmen stärker gewachsen als die Ausgaben. Der hohe Ausgabenzuwachs der EO in den Jahren 2005 und 2006 hing mit der Einführung der Mutterschaftsentschädigung zusammen. Die in der ALV bereits 2005 eingeleitete Trendwende zu tieferen Ausgaben hält weiter an: Der Rechnungssaldo der ALV ist 2007 erstmals seit 2002 wieder knapp positiv (22 Mio. Franken).

Es kann davon ausgegangen werden, dass das konjunkturell starke 2007 sich insgesamt auch positiv auf

die noch ausstehenden Resultate der dezentral verwalteten Sozialversicherungen (BV, KV, UV, FZ) auswirken wird. Die Folgen der globalen Finanzmarktkrise sind jedoch noch nicht ausgestanden und werden auch das Wirtschaftswachstum der Schweiz dämpfen.

Über die Gesamtrechnung GRSV, die detaillierten Finanzhaushalte, Bezüger und Bezügerinnen, Durchschnittsleistungen, Ansätze usw. aller Schweizer Sozialversicherungen informiert die «Schweizerische Sozial-

Taschenstatistik des BSV: «Sozialversicherungen der Schweiz» 2008

Auf knappem Raum sind die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Sozialversicherungen zusammengestellt. Zu jedem Versicherungszweig finden Sie Angaben zur Versicherung im Allgemeinen, zu den Finanzen, den Leistungen und den BezügerInnen. Eine konsolidierte Rechnung aller Sozialversicherungen sowie Rahmendaten runden das Bild ab.

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

Bezug bei BBL, Verkauf Publikationen, 3003 Bern: Fax 031 325 50 58, E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Bestellnummer 318.001.08d, gratis.

versicherungsstatistik 2008». Einzel-exemplare sind gratis, die Bestellung erfolgt am einfachsten auf der BSV-Website.

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

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

60 Jahre AHV – die Bedeutung dieser Sozialversicherung

Die 60-jährige AHV steht im Zentrum der Sozialen Sicherheit der Schweiz. Diese Volksversicherung hat eine sozial und wirtschaftlich stabilisierende Funktion. Für 85% der Rentnerhaushalte bildet die AHV-Rente die wichtigste Einkommensquelle.



Michel Kolly
Bundesamt für Sozialversicherungen



Stefan Müller



Salome Schüpbach

Franken. Die Sozialleistungen der beruflichen Vorsorge BV und jene der Krankenversicherung KV liegen mit 26,9 bzw. 17,7 Milliarden Franken deutlich hinter der AHV zurück. Von der Gesamtheit aller Sozialleistungen entfallen heute 30,0 % auf die AHV (vgl. Grafik G1).

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der AHV-Leistungen lässt sich mit dem Bezug zum Bruttoinlandprodukt darstellen, analog zur Sozialleistungsquote:¹ 1948 bis 1975 wurden die AHV-Leistungen kontinuierlich und in zunehmendem Rhythmus ausgebaut.² Die stärkste Bedeutungszunahme erfuhren die AHV-Leistungen 1973 und 1975 (1. und 2. Stufe der 8. AHV-Revision mit einer Verdoppelung des Rentenniveaus und dem wichtigen Schritt in

Die AHV – die bedeutendste Sozialversicherung

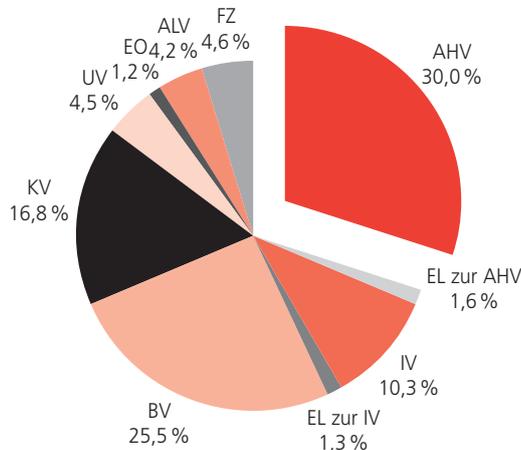
Gemessen an der Summe der ausbezahlten Leistungen ist die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV die bedeutendste Sozialversicherung der Schweiz. 2006 beliefen sich ihre Leistungen auf 31,5 Milliarden Franken, 30 % der gesamten Sozialleistungen. Die drei folgenden Artikel beleuchten Bedeutung, Entwicklung und Perspektiven der 60-jährigen AHV.

deutendste Sozialversicherung der Schweiz. 2006 beliefen sich ihre Sozialleistungen auf 31,5 Milliarden

- 1 Es handelt sich um eine unechte Quote, d.h. nicht alle Teilmengen des Zählers sind auch im Nenner enthalten. Die AHV-Leistungen als solche sind nicht Bestandteil des Bruttoinlandproduktes BIP.
- 2 Stefan Müller, Entstehung und Entwicklung der AHV 1948-1978, Fribourg 1978

Anteil der AHV-Sozialleistungen am Total aller Versicherungen, 2006

G1



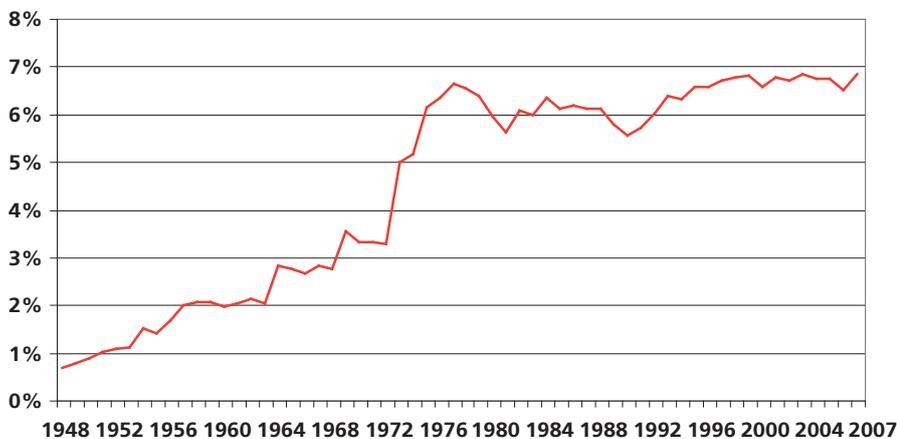
Bezug zur Volkswirtschaft

Die AHV ist – gemessen an der Summe der ausbezahlten Leistungen – seit mehr als 50 Jahren die be-

Die AHV ist – gemessen an den Sozialleistungen – die bedeutendste Sozialversicherung der Schweiz. Quelle: BSV, SVS 2008

AHV-Leistungen in % des BIP, 1948–2007

G2



Quelle: BSV, SVS 2008

Im Vergleich mit der Volkswirtschaft erweist sich die AHV als recht stabil:

Seit Beginn der achtziger Jahre haben ihre Leistungen, gemessen in BIP-Prozenten, lediglich von 5,9 % auf 6,8 % zugenommen. In dieser Zunahme enthalten ist auch die «demografische Verschlechterung».

Richtung einer Existenzbedarfsdeckung). Nach 1975 schwankt die Bezugsgrösse «AHV-Leistungen/BIP» zwischen 5,5 % und 6,8 %. Damit lässt sich die 60-jährige Geschichte der AHV in drei Perioden unterteilen: Aufbau (1948–1972), Ausbau (1972–1975), Sicherung und Weiterentwicklung (1976–2007) (vgl. Grafik G2).

In den 60 Jahren ihres Bestehens hat die AHV eine immense Geldsumme zwischen Aktiven und Pensionierten umverteilt: Zu heutigen Preisen beträgt die Summe aller je erbrachten Leistungen 967 Milliarden Franken. Bis Ende 2008 wird die teuerungsbereinigte AHV-Leistungssumme die Schwelle einer Billion – 1 000 000 000 000 Franken – überschritten haben.

Die hier gezeigten Grössenverhältnisse illustrieren die **stabilisierende Rolle der AHV**. Die AHV gleicht nicht nur wirtschaftliche Ungleichheiten zwischen Aktiven und Pensionierten aus, sie glättet auch wirtschaftliche Ungleichgewichte über die Zeit (Konjunktur) und verschafft den Akteuren grössere Sicherheit in einem ungleichmässig verlaufenden Wachstumsprozess. Damit hat die AHV inner-

halb der Volkswirtschaft die Rolle eines stabilisierenden Faktors.

Hauptaufgabe der AHV ist jedoch die finanzielle Existenzsicherung der Pensionierten. Diese Aufgabe erfüllt sie individuell für jede betagte Person. Der folgende Abschnitt illustriert und analysiert den Beitrag der AHV zu den Einkommen der RentnerInnen.

Bedeutung der AHV-Renten als Einkommensquelle für die Haushalte

Die nachfolgenden Betrachtungen der Einkommenssituation der Rentnerhaushalte beruhen auf einer im Auftrag des BSV durchgeführten Studie, die mit Steuerdaten ausgewählter Kantone arbeitete. Dabei entspricht das Alter in Paarhaushalten dem Alter des wichtigsten Steuersubjekts im Haushalt.

Nebst vielen Vorteilen haben Steuerdaten den Nachteil, dass sie nur das Steuersubjekt und nicht den effektiven Haushalt als Einheit präsentieren. Unverheiratete Paare in einem Haushalt entsprechen beispielsweise zwei Steuersubjekten, in Mehrgenerationenhaushalten fallen

ebenfalls mehrere Steuersubjekte an. Beschränkt man sich auf eine globale Präsentation der Bedeutung der AHV-Renten in Haushalten, haben diese einschränkende Faktoren jedoch eher eine untergeordnete Bedeutung.

AHV-Renten bilden die wichtigste Einkommensquelle der Rentnerhaushalte

Die Resultate der erwähnten Studie zeigen, dass die Renten aus der ersten Säule bei sämtlichen betrachteten Altersgruppen die wichtigste Einnahmequelle bilden. Insgesamt decken die Leistungen der ersten Säule knapp 42 % des gesamten Haushaltseinkommens (39 % AHV, 3 % Ergänzungsleistungen) ab (Grafik G3). Je älter der Haushalt bzw. das Steuersubjekt ist, desto grösser wird der Anteil der AHV-Renten am Gesamteinkommen. Dies erstaunt wenig, da die jüngeren RentnerInnen (65–69 Jahre) noch teilweise einer bezahlten Erwerbsarbeit nachgehen können und höhere Leistungen aus der zweiten Säule (Pensionskassenrente) beziehen. Die höheren Pensionskassen-Bezüge der jüngeren RentnerInnen stehen in engem Zusammenhang mit dem erst im Jahre 1985 eingeführten Obligatorium der beruflichen Vorsorge (und der damit unvollständigen Beitragsdauer der älteren RentnerInnen) sowie der erst 1995 eingeführten Freizügigkeit. Die Höhe der durchschnittlichen AHV-Rente variiert hingegen je nach Altersklasse wenig.

Je nach finanzieller Situation variiert die Bedeutung der AHV-Renten in Rentnerhaushalten beträchtlich

Die erwähnte Studie teilt die Rentnerhaushalte grundsätzlich in drei unterschiedliche Gruppen auf; als Referenzgrösse dient dabei je-

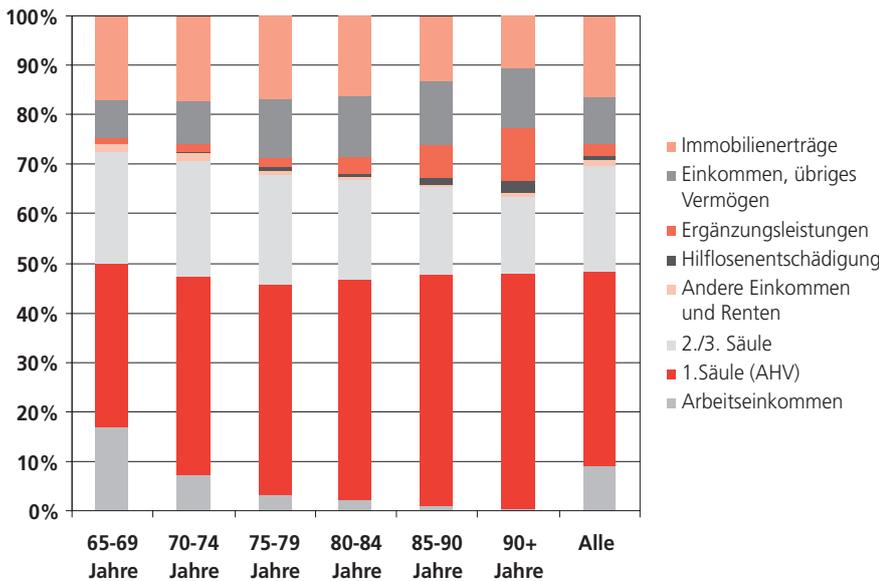
weils das Median-Äquivalenzeinkommen⁴ der Gesamtbevölkerung:
 a Rentnerhaushalte mit geringen finanziellen Mitteln = Äquivalenzeinkommen zuzüglich 5 % des leicht verwertbaren Vermögens ist kleiner als 60 % des Medians der Gesamtbevölkerung.

b Rentnerhaushalte mit mittleren finanziellen Mitteln = Äquivalenzeinkommen zuzüglich 5 % des leicht verwertbaren Vermögens liegt zwischen 60 % und 180 % des Medians der Gesamtbevölkerung.

c Rentnerhaushalte mit umfangreichen finanziellen Mitteln = Äquivalenzeinkommen zuzüglich 5 % des leicht verwertbaren Vermögens ist grösser als 180 % des Medians der Gesamtbevölkerung.

Einkommen der Rentnerhaushalte nach Altersklassen³

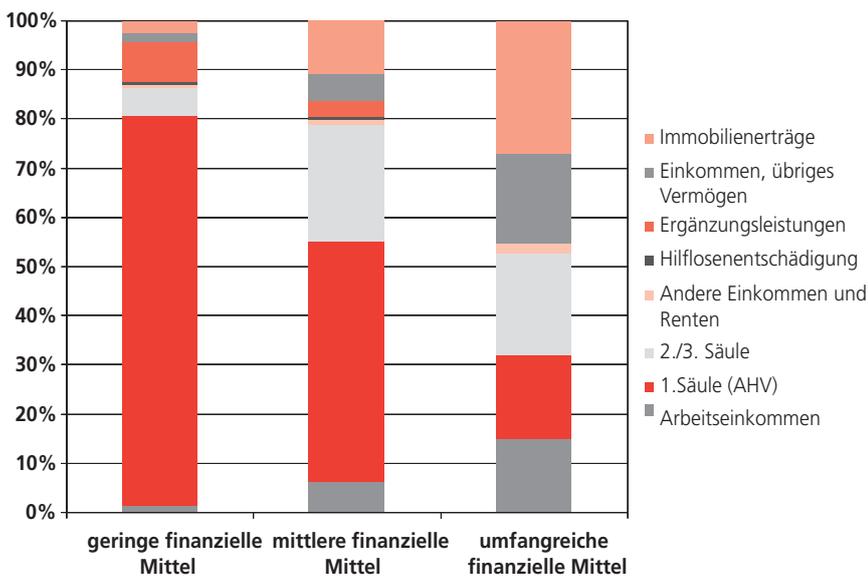
G3



Die Einkommen aus der ersten Säule sind bei sämtlichen betrachteten Altersgruppen die wichtigste Einnahmequelle.

Einkommensstruktur der Rentnerhaushalte nach finanziellen Mitteln/Einkommensstärke³

G4



Für Rentnerhaushalte mit geringen finanziellen Mitteln ist die erste Säule der überragende, existenzsichernde Leistungserbringer.

Ingesamt gehören knapp 15 % der Rentnerhaushalte zu den Haushalten mit geringen finanziellen Mitteln. Vor allem bei diesen Haushalten zeigt sich die überragende, existenzsichernde Bedeutung der Leistungen aus der ersten Säule (AHV: 79 %, EL 8 % des Haushalteinkommens, vgl. Grafik G4). Es handelt sich zum Beispiel um Haushalte von alleinstehenden Personen, die kaum von Leistungen der zweiten Säule profitieren können, da sie in der Vergangenheit nicht oder wenig erwerbstätig waren (Frauen), aber auch um Haushalte, deren Mitglieder in Tieflohnbereichen arbeiteten oder aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters (Einführung des BV-Obligatoriums im Jahre 1985) kaum in der Lage waren genügend Vorsorgekapital während ihrer Erwerbszeit aufzubauen.

Obwohl die AHV-Renten sowie die Ergänzungsleistungen für diese Haushalte die dominanten Einkommensquellen bilden, sind die durchschnittlichen AHV-Renten deutlich tiefer als in den übrigen Haushalten. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass Personen dieser Haushalte

3 Prof. P. Wanner / A. Gabadinho: «Die wirtschaftliche Situation von Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand», Universität Genf, laboratoire de démographie et d'études familiales, 2008

4 Mit dem Äquivalenzeinkommen wird versucht, eine vergleichbare finanzielle Situation – unabhängig von der Haushaltsgrösse – zu konstruieren. Bei der Berechnung des Median-Äquivalenzeinkommens werden je nach Anzahl Personen und Zusammensetzung (Kinder, Erwachsene) im Haushalt unterschiedliche Aufwertungsfaktoren berechnet.

te aufgrund ihres relativ tiefen Erwerbseinkommens keine Maximalrente beziehen können (dazu gehören auch von sozialen Risiken wie Invalidität betroffene Haushalte). Weiter konnten diese Haushalte kaum bedeutende Vermögenswerte anlegen. Sie sind in der Regel MieterInnen und somit auch nicht im Besitz von Wohneigentum mit dem entsprechenden Ertrag.

Im Gegensatz dazu stehen die Haushalte mit umfangreichen finanziellen Mitteln (16 % der Rentnerhaushalte), die zwar im Durchschnitt nicht wesentlich höhere Renten aus der ersten Säule beziehen als Haushalte im mittleren Bereich, aber bedeutend höhere Einkommen aufgrund ihrer Vermögenswerte erzielen. Während bei den übrigen Haushaltstypen die Einkommen aus der ersten Säule die wichtigste Einkommensquelle bilden, stehen diese bei Haushalten

mit umfangreichen finanziellen Mitteln erst an 4. Stelle.

Die Einkommen aus der ersten Säule sind für 85 % aller Rentnerhaushalte die bedeutendste Einkommensquelle. Bei den Haushalten mit geringen finanziellen Mitteln sind die Einkommen aus der ersten Säule mit einem Anteil von über 80 % am Gesamteinkommen dominierend. Trotzdem beziehen gerade diese Haushalte im Durchschnitt tiefere AHV-Renten als die anderen Gruppen.

Die Bedeutung der Einkommen aus der ersten Säule dürfte sich in den nächsten Jahren etwas ändern, da immer mehr Personen mit einer vollständigen Beitragsdauer aus der beruflichen Vorsorge ins Rentenalter kommen. Zudem wurde im Rahmen der 1. BVG-Revision das Obligatorium auf kleinere Einkommen ausgeweitet. Diese vermutete Entwicklung wird bereits heute erkenn-

bar, wenn man die Bedeutung der Leistungen aus der zweiten Säule nach Alter der Rentnerhaushalte betrachtet (Grafik G3).

Michel Kolly, lic. rer. pol., Bereich Statistik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV.
E-Mail: michel.kolly@bsv.admin.ch

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

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

60 Jahre AHV – die Entwicklung dieser Sozialversicherung

Es kommt eher selten vor, dass politische Instrumente unseres Staates sich über Jahrzehnte fortentwickeln und dabei in ihrer Grundsubstanz nach 60 Jahren noch zahlreiche Merkmale aufweisen, die bereits in der Gründungsphase bestimmend waren. Die AHV, Lieblingsthema mehrerer Politikergenerationen und solide Stütze eines nicht nur auf Eigennutz basierenden Gemeinwesens, ist ein solch seltener Fall. Der vorliegende Artikel vermittelt einen kurzen Überblick über die Entwicklung des AHV-Gesetzes, der Finanzen, Leistungen und BezügerInnen der AHV.

des Stimmvolks (79,3 %) angenommen und am **1.1.1948** trat das Versicherungswerk in Kraft: Danach ist die AHV für alle Arbeitnehmenden obligatorisch. Das Rentenalter beträgt für Frauen und Männer 65 Jahre (eine Ehepaarrente wird ausgerichtet, wenn der Mann 65 und die Frau mindestens 60 Jahre alt ist). Die Versicherung finanziert sich über Lohnbeiträge von insgesamt 4 %. Im Startjahr kommen auf 2,1 Millionen BeitragszahlerInnen 280 518 RentnerInnen. Die Minimalrente pro Monat beträgt 40 Franken, die Maximalrente 125 Franken.

Aufbau von 1951 bis 1973

Die **1. AHVG-Revision**, die am 1.1.1951 in Kraft trat, bewirkte keine bedeutenden Änderungen. Als Reaktion auf die unbefriedigende Situation der RentnerInnen (äusserst niedrige Renten, kein Teuerungsausgleich) wurden Revisionsbegehren laut und bereits auf den 1.1.1954 trat die **2. AHVG-Revision** in Kraft. Diese Revision brachte eine erste wichtige strukturelle Veränderung: Erwerbstätige Personen im Rentenalter wurden von der Beitragspflicht befreit (bis 1979, danach wurde aus Finanzierungsgründen die Beitragspflicht für Personen im Rentenalter wieder eingeführt, nun aber mit einem Freibetrag).

1956 trat die **3. AHVG-Revision** in Kraft, mit folgendem Revisionspunkt: Personen, die 1948 im Rentenalter waren und deshalb keine Beiträge bezahlen konnten, erhielten künftig die Übergangsrente ohne Rücksicht auf ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Mit der **4. AHVG-Revision** wurde per 1.1.1957 das Frauenrentenalter für erwerbstätige Frauen mit eigenständigem Rentenanspruch von 65 auf 63 Jahre herabgesetzt. Dieser



Fatos Bag

Bundesamt für Sozialversicherungen



Stefan Müller



Salome Schüpbach

Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen

In den letzten 60 Jahren hat sich das gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Umfeld der AHV stark gewandelt. Der mit diesem Wandel einhergehende **Aufbau**, **Ausbau** und die **Konsolidierung** der AHV haben zu 10 Revisionen bzw. zu 16 Gesetzesänderungen geführt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen in der AHV von der Einführung des Bundesgesetzes

über die Alters- und Hinterlassenenversicherung im Jahre 1948 bis zur heute gültigen 10. Revision kurz aufgezeichnet.

Die Grundlage für eine gesetzliche Altersversicherung wurde schon 1925 in der Verfassung verankert. Es sollte noch 23 Jahre dauern, bis der Idee der sozialen Sicherheit der Durchbruch gelang und eine allgemeine Alters- und Hinterlassenenversicherung in Kraft trat. Am 6.7.1947 schliesslich wurde das AHV-Gesetz mit deutlicher Zustimmung

Schritt wurde mit dem Argument begründet, dass die Frauen physiologisch betrachtet trotz ihrer höheren Lebenserwartung den Männern gegenüber im Nachteil seien. Ein weiterer wichtiger Aspekt dieser Revision war die erneute Erhöhung der oft ungenügenden ordentlichen Renten.

1960 trat die Eidgenössische Invalidenversicherung IV in Kraft. Sie übernahm das Rentensystem der AHV (Rentenansätze, Rentenberechnungen). Mit dem Bundesgesetz über die IV waren auch Änderungen beim AHVG verbunden («Anpassungsrevision»), um eine Kumulation von AHV- und IV-Leistungen zu verhindern und den reibungslosen Übergang von der Invalidenrente zur Altersrente bei Erreichen der Altersgrenze zu sichern.

Nachdem die **5. AHVG-Revision** (1.7.1961) keine grossen strukturellen Veränderungen brachte, wurde am 1.1.1964, mit Inkrafttreten der 6. AHVG-Revision, das Rentenalter der alleinstehenden Frauen ein zweites Mal herabgesetzt, von 63 auf 62 Jahre. Gleichzeitig wurde die AHV mit einer Zusatzrente für Ehefrauen und einer Kinderrente ausgestattet.

Am 1.1.1966 trat das Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen in Kraft, welches allen betagten, verwitweten und invaliden Personen, die eine Rente der AHV oder der IV beziehen, im Bedarfsfall ergänzende Leistungen zur Rente zuspricht.

Am 1.1.1969 wurden im Rahmen der **7. AHVG-Revision** die Beitragssätze erstmals von 4,0 % auf 5,2 % des Erwerbseinkommens erhöht und gleichzeitig wurde den Selbstständigerwerbenden ein reduzierter Beitragssatz (4,6 %) zugestanden. Dazu kam die Einführung des Rentenaufschubs bis maximal fünf Jahre und die Einführung der Hilflosenentschädigung für Personen im Rentenalter.

Am 3.12.1972 wurde das Dreisäulenprinzip in der Verfassung verankert. Als verfassungsmässiges Ziel der Ersten Säule wurde die ange-

messene Deckung des Existenzbedarfs im Alter, bei Invalidität oder Verwitwung deklariert.

Ausbau von 1973 bis 1979

Mit der **8. AHVG-Revision** wurde der Schritt von der Basisversicherung zur existenzsichernden Versicherung vollzogen. Am 1.1.1973 trat die 1. Stufe der Revision in Kraft, welche betragsmässig den grössten Ausbauschritt aller Revisionen brachte. Zum ersten Mal wurde zudem der Stellung der Frau in der AHV besondere Beachtung geschenkt und frauenspezifische Anliegen realisiert, wie die getrennte Auszahlung der halben Ehepaarrente an die Ehefrau ohne Begründung oder die Verbesserung der Ansprüche der geschiedenen Frauen. Allerdings erfuhr die Ehepaar-Altersrente eine Herabsetzung von 160 % auf 150 % der Einzelrente. Zudem wurden die Beitragssätze für Unselbständigerwerbende erneut angehoben, von 5,2 % auf 7,8 %.

Am 1.1.1975, mit dem in Krafttreten der 2. Stufe der Revision, wurden schliesslich die Renten nochmals angehoben. Damit erreichten sie, teuerungsbereinigt, bereits annähernd das heutige Rentenniveau. Im selben Jahr wurden die Beitragssätze für Unselbständigerwerbende von 7,8 % auf die noch heute geltenden 8,4 % erhöht.

Konsolidierung 1979 bis heute

Am 1.1.1979 erfolgte die **9. AHVG-Revision** mit dem Ziel, den aus dem Lot geratenen Finanzhaushalt wieder ins Gleichgewicht zu bringen und eine dauerhafte Lösung zur Anpassung der Renten an die wirtschaftliche Entwicklung zu finden. Zu diesem Zweck wurde der Mischindex (Mischindex = arithmetisches Mittel aus Lohn und Preisindex) zur periodischen Rentenanpassung eingeführt. Bei dieser Revision ging es in erster Linie um die Konsolidierung der AHV und nicht um einen Ausbau wie bei den bisherigen Revisionen.

Erneut eingeführt wurde zudem die Beitragspflicht für erwerbstätige Personen im Rentenalter, allerdings mit einem Freibetrag in der Höhe der anderthalbfachen minimalen Monatsrente.

Zwischen 1993 und 1997 erfolgte die **10. AHVG-Revision** in zwei Schritten. Am 1.1.1993 wurde in einem ersten Schritt eine Korrektur der Rentenformel vorgenommen, die den mittleren Einkommenskategorien Leistungsverbesserungen brachte. In einem zweiten Schritt folgten weitere wichtige Veränderungen, unter anderem zur Verwirklichung verschiedener Frauenpostulate: Selbstständiger Rentenanspruch für Ehefrauen; gleiche Rentenansparungen während der Ehe dank Einkommenssplitting; Einführung von Erziehungs- und Betreuungsgutschriften.

Allerdings brachte diese Revision auch ein Anheben des Frauenrentenalters von 62 auf 64 Jahre (2001 auf 63 Jahre und 2005 auf 64 Jahre). Weitere Massnahmen dieser Revision waren die Einführung der Witwenrente, die Abschaffung der Zusatzrente für Ehefrauen, die Einführung des Rentenvorbezugs sowie die Leistungserweiterung durch eine Hilflosenentschädigung für betagte Personen bei mittlerer Hilflosigkeit.

Dieser Ausbaustand, der mit der 10. Revision geschaffen wurde, entspricht dem aktuellen Stand der AHV.

2004 scheiterte die **11. AHVG-Revision** an der Urne. Schwerpunkte dieser Revision waren die Erhöhung des Frauenrentenalters auf 65 Jahre, die Kompetenz zur Erhöhung der Mehrwertsteuer zu Gunsten der AHV um einen Prozentpunkt, damit die Finanzierung der AHV mittel- und langfristig auf eine solidere Grundlage gestellt werden kann und Veränderungen im Bereich der Hinterlassenenrenten (Erhöhung der Waisenrente und Rückbau der Witwenrente; einmalige Abfindung anstelle einer Witwenrente für kinderlose Frauen). Als Hauptgründe für das Scheitern der Vorlage können

der Verzicht des Parlaments auf Massnahmen zugunsten eines flexibleren Altersrücktritts, die Erhöhung des Frauenrentenalters sowie die Einschränkung des Anspruchs auf die Witwenrente erwähnt werden.

Bereits 2005 legte der Bundesrat zwei Botschaften für einen erneuten Anlauf zur 11. AHVG-Revision vor. Kernpunkte dieser Revision sind die Erhöhung des Rentenalters für Frauen auf 65 Jahre, die Erweiterung der aktuellen Vorbezugs- und Aufschubsregelungen mit versicherungstechnischer Kürzung sowie ein neues Frühpensionierungsmodell für finanziell weniger gut situierte Personen (Vorruhestandsleistungen). Im Frühling 2008 hiess der Nationalrat eine 11. AHVG-Revision gut, die zwar das Frauenrentenalter erhöht, aber keine erleichterte Frühpensionierung bringt. Das Geschäft wurde an den Ständerat überwiesen, der im Herbst 2008 dazu Stellung nehmen wird. Bereits laufen Diskussionen über eine umfassende strukturelle Revision, welche die Finanzierungsgrundlage der AHV in Zukunft sichern soll.

Finanzielle Entwicklung der AHV

Die Einnahmen der AHV lagen seit 1948 mit wenigen Ausnahmen immer höher als die Ausgaben (Ausnahmen: 1975–1979, 1996–1999, 2002). Der Kapitalaufbau kulminierte 1974, 1991 und 2006/2007. Die AHV-Kapitalreserve überstieg im Jahre 2007 erstmals 40 Mrd. Franken (inklusive 7038 Mio. Franken Bundesanteil aus dem Verkauf des SNB-Goldes im Jahre 2007). Dies entspricht nach 2006 zum zweiten Mal seit 1994 wieder dem Grundsatz, dass die Kapitalreserve nicht unter den Betrag einer Jahresausgabe sinken darf (AHVG: Art. 107, Abs. 3) (vgl. Grafik G1).

AHV-Lohnbeiträge und Beiträge der öffentlichen Hand

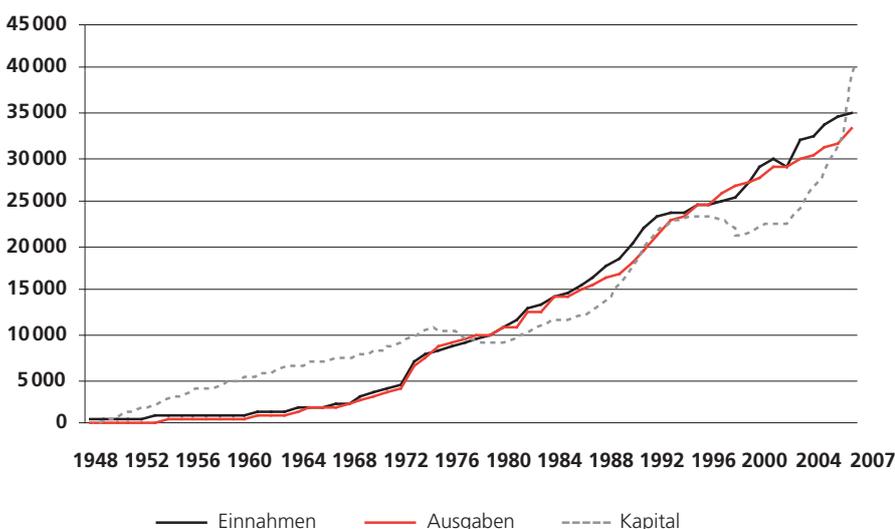
In den 60 Jahren ihres Bestehens haben Arbeitnehmende/Arbeitgebende, Selbständigerwerbende und Nichterwerbstätige mehr als eine halbe Billion Franken (556 Mrd. Fr.) Beiträge bezahlt. Seit 1975 liegt der Beitragssatz für Arbeitnehmende/Arbeitgebende unverändert bei 8,4 %. Der reduzierte Beitragssatz

für die Selbständigerwerbenden beträgt seit 1979 7,8 %. Dazu profitieren die Selbständigerwerbenden bei niedrigem Einkommen von einem zusätzlich ermässigten Beitragsatz.

Die Einnahmen der AHV flossen 2007 zu 71,3 % aus Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber und zu 26,0 % aus Beiträgen der öffentlichen Hand (Bund, MWST, Spielbankenabgabe und Kantone). Der Beitragsanteil der Versicherten und der Arbeitgeber lag 1977 noch bei 80,6%. Er hat sich in den letzten 30 Jahren deutlich verkleinert. Dies hängt mit den seit 1975 unveränderten Beitragssätzen für Arbeitnehmende wie auch mit der Anhebung der Beiträge der öffentlichen Hand und zusätzlichen Finanzierungsquellen zugunsten der AHV zusammen:

- Anhebung des Bundesanteils von 9,0 % (1976) auf 19,55 % (2008),
- Anhebung der Mehrwertsteuersätze um einen Prozentpunkt im Jahre 1999 und
- Einführung einer Spielbankenabgabe von 40 % bis 80 % des Bruttospielertrages im Jahre 2000 (vgl. Grafik G2).

Finanzen der AHV 1948–2007



G1 Seit 1973 reichen die zweckfinanzierten Beiträge aus der Tabak- und der Alkoholsteuer nicht mehr, um die Bundesbeiträge an die AHV zu decken. Daher muss der Bund für seinen Finanzierungsanteil allgemeine Bundesmittel einsetzen. Der Beitrag aus allgemeinen Bundesmitteln hat zwischen 1979 und 1998 stark zugenommen. Erst nach der Anhebung der Mehrwertsteuersätze im Jahre 1999 konnte dieser Trend gebrochen werden.

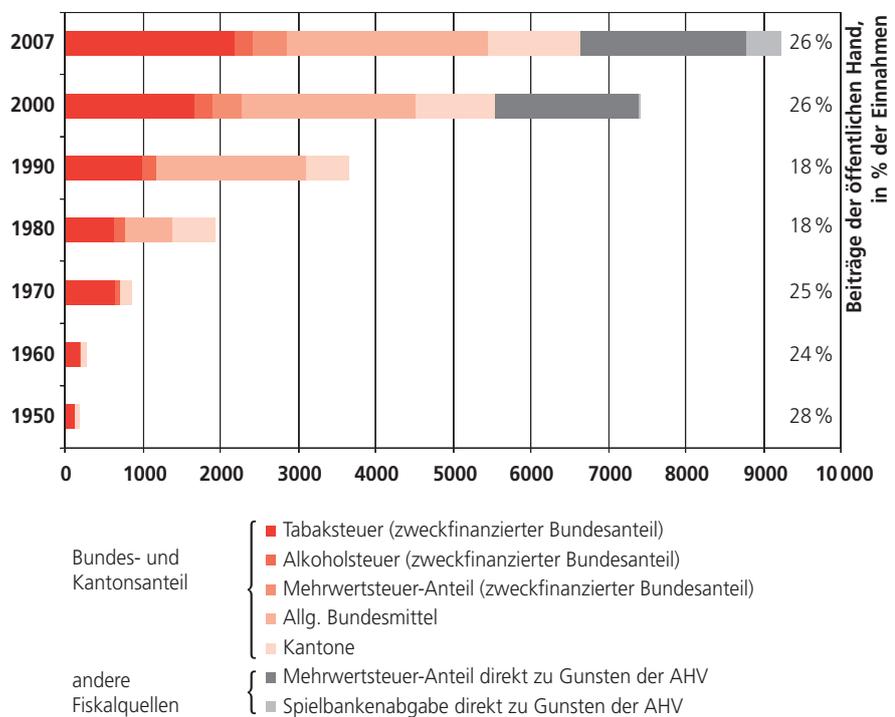
AHV-Renten

Mit der 8. AHVG-Revision wurde dank der Erhöhung der Renten um 82 % im Jahre 1973 und um weitere 25 % im Jahre 1975 aus einer Basisversicherung eine existenzsichernde Altersversicherung. Im Rahmen der 9. AHVG-Revision wurde 1979 der Mischindex eingeführt. Er sorgt seit-

Seit 1994 konnte nur 2006 und 2007 der Grundsatz erfüllt werden, dass die Kapitalreserve nicht unter den Betrag einer Jahresausgabe sinken darf.
Quelle: BSV, SVS 2008

Beiträge der öffentlichen Hand an die AHV in Mio. Fr., 1950–2007

G2



Seit 1999 wird ein Mehrwertsteueranteil und seit 2000 eine Spielbankenabgabe zur Mitfinanzierung der AHV erhoben.
Quelle: BSV, SVS 2008

her alle zwei Jahre für eine an die Lohn- und Preisentwicklung angepasste Erhöhung der AHV-Renten (vgl. Grafik G3).

Der Index für die minimale Altersrente liegt seit 1992 ohne Ausnahme innerhalb des Lohn-Preis-Bandes. Da die Anpassungen gemäss Mischindex mit zeitlicher Verzögerung und auf der Basis von Schätzungen erfolgen, kann der Ansatz der Minimalrente vorübergehend ausserhalb eines Lohn-Preis-Bandes liegen.

Nachdem die Ausbauphase Mitte der 70er Jahre abgeschlossen war, standen seither Anpassungen an gesellschaftliche Veränderungen im Vordergrund. So wurden mit der 10. AHVG-Revision (1. Stufe 1993, 2. Stufe 1997) die Ehepaarrenten abgeschafft und durch Einzelrenten ersetzt, das Rentenalter der Frauen erhöht und Witwerrenten eingeführt.

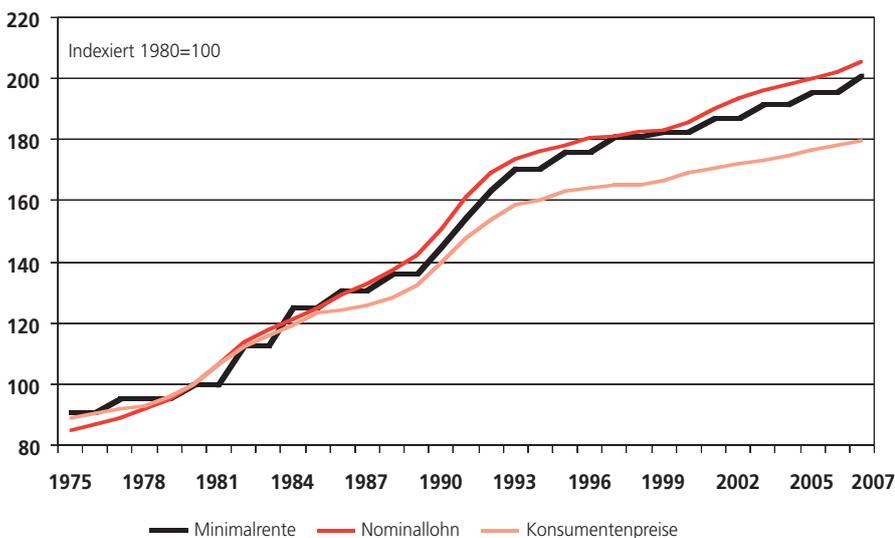
RentenbezügerInnen

Mit Abstand den grössten Anteil an den AHV-Renten machen sowohl 1948 als auch 2008 die Altersrenten aus (vgl. Grafik G4). Im Januar 2008 beziehen 1814 596 Personen eine Alters-, 151831 Personen eine Hinterlassenen- und 71 022 Personen eine Zusatzrente. Das heisst, 89,1% aller AHV-Renten sind Alters-, 7,5% sind Hinterlassenen- und 3,5% sind Zusatzrenten. Der tiefe Anteil an Zusatzrenten ist auf die teilweise Aufhebung der Zusatzrenten für Ehefrauen mit der 10. AHVG-Revision zurückzuführen.

Der Beginn des Rentenbezuges bzw. die Pensionierungsgrenze stehen aus verschiedenen Perspektiven seit vielen Jahren im Zentrum des Interesses. Mit Argumenten der Gleichstellung wurde das **Rentenalter der Frauen** erhöht: Auf 63 im Jahr 2001 und auf 64 im Jahr 2005. Die Diskussion um den **Rentenvorbezug** wird von arbeitsmarktpolitischen und sozialpolitischen Überlegungen dominiert. Schliesslich ist das **Renten-**

Mittlere Minimalrente, Lohnindex und Landesindex der Konsumentenpreise (LIK), 1975 – 2007

G3

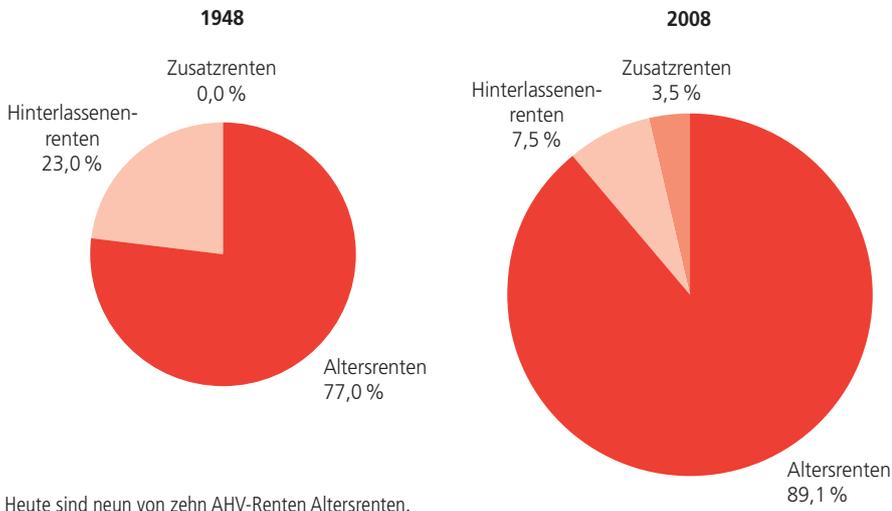


Seit 1975 werden die AHV-Renten alle zwei Jahre gemäss Mischindex an die Entwicklung der Löhne und Preise angepasst.
Quelle: BSV, SVS 2008

RentenbezügerInnen 1948 und 2008

G4

alter ganz allgemein Gegenstand politischer Diskussionen geworden.



Heute sind neun von zehn AHV-Renten Altersrenten.
Quelle: BSV, SVS 2008

Fatos Bag, lic. ès sc. pol., Bereich Forschung und Evaluation der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV.
E-Mail: fatos.bag@bsv.admin.ch

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

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

60 Jahre AHV – die Zukunft dieser Sozialversicherung

Die finanziellen Perspektiven einer im Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherung hängen sehr stark von der Entwicklung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Anzahl erwerbstätiger Personen und Lohnentwicklung, Produktivität) sowie den demografischen Eckwerten (Personen im Rentenalter, Lebenserwartung) ab. Im Folgenden wird versucht, die vergangene demografische Entwicklung mit der zukünftig erwarteten Entwicklung zu kombinieren und die Auswirkungen auf die Zahl der erwerbstätigen AHV-Beitragszahlenden abzuschätzen.¹ In einem zweiten Schritt wird versucht, anhand der vorliegenden Szenarien sowie der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen (Lohn- und Preisentwicklung) die finanziellen Perspektiven der AHV bis ins Jahr 2025 abzuschätzen. Sämtliche Szenarien zeigen, dass das Umlageergebnis der AHV im Verlauf des nächsten Jahrzehnts negativ sein wird und politischer Handlungsbedarf gegeben ist.



Michel Kolly
Bundesamt für Sozialversicherungen



Kurt Schlupe
Bundesamt für Sozialversicherungen

1 Die Daten zu den Bevölkerungsszenarien im Kapitel 4a) beziehen sich in diesem Abschnitt ausschliesslich auf das mittlere Szenario des BFS (A-00-2005), währenddessen beim Kapitel «finanzielle Perspektiven» ebenfalls die Alternativszenarien («hoch», «tief») in den Modellrechnungen mit den Varianten berücksichtigt werden.

2 Durchschnittliche Anzahl Kinder, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn die altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern eines bestimmten Kalenderjahres bis zum Ende des Gebärfähigkeitsalters der Frau konstant blieben.

Demografische und wirtschaftliche Entwicklung: immer mehr ältere Menschen?

Der Altersaufbau der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz hat sich in den letzten 50 Jahren massiv verändert und wird sich in den nächsten 50 Jahren gemäss den vorliegenden Bevölkerungsszenarien des Bun-

desamts für Statistik nochmals erheblich verändern.

Die Zunahme der Lebenserwartung, vor allem aber der derzeitige Altersaufbau, hat eine beschleunigte Alterung der Bevölkerung zur Folge (selbst unter Annahme einer erneut leicht steigenden Geburtenhäufigkeit). Die Zahl der Menschen im Ruhestandsalter wächst in den kommenden Jahrzehnten immer schneller.

Diese Entwicklung lässt sich am besten anhand des Alters- bzw. Jugendquotienten darstellen. Während der Altersquotient das Verhältnis 65-jährige und ältere Personen zu den 20- bis 64-jährigen abbildet, stellt der Jugendquotient das Verhältnis der 0- bis 19-jährigen zu den 20- bis 64-jährigen Personen dar.

Diese beiden Indikatoren haben sich in den letzten Jahren in einer für die Finanzierung der AHV ungünstigen Richtung entwickelt (vgl. Grafik **G1**). Bis ins Jahr 2050 werden 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren 50 Personen im Rentenalter (65-jährig oder älter) gegenüberstehen. Kurz nach Einführung der AHV standen 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren 16 Personen im Rentenalter gegenüber.

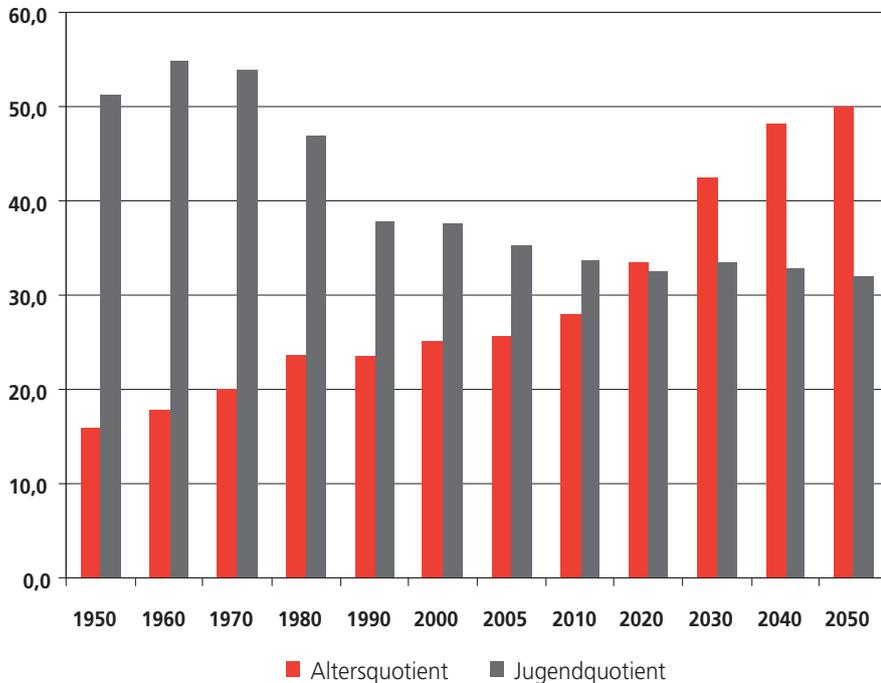
Der Altersquotient wird sich bis ins Jahr 2050 finanziell zu Ungunsten der AHV entwickeln

Welche Faktoren beeinflussen diese ungünstige Entwicklung? Grundsätzlich stehen hierfür drei Faktoren zur Diskussion:

- a) **Geburtenziffer:** Seit Einführung der AHV im vergangenen Jahrhundert hat die zusammengefasste Geburtenziffer² stark abgenommen. Ob die leichte «Erholung» in den letzten 3 bis 4 Jahren eine Trendwende bedeutet, kann nicht abgeschätzt werden.

**Entwicklung der Bevölkerungsstruktur 1950–2050
(Alters- und Jugendquotienten)**

G1



Jugendquotient: Anzahl 0–19-Jährige je 100 20–64-Jährige
Altersquotient: Anzahl 65-Jährige und Ältere je 100 20–64-Jährige

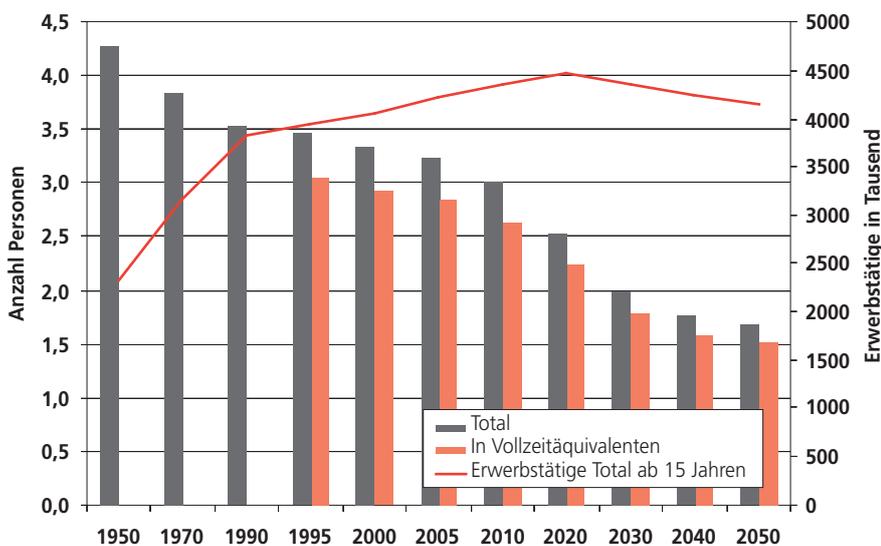
b) **Sterblichkeit:** Seit Einführung der AHV hat sich die Lebenserwartung bei Geburt für Männer von 66,1 auf 79,4 Jahre und für Frauen von 70,6 auf 84,2 Jahre erhöht. Allein in den letzten 10 Jahren nahm die Lebenserwartung bei Geburt für die Männer um 3,1 und für die Frauen um 2,1 Jahre zu. Dieser Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen.

c) **Migration:** Starke Migrationsbewegungen mit überdurchschnittlich hohen Einwanderungen werden den Altersquotienten günstig beeinflussen.

Migrationsbewegungen sind äusserst schwierig abzuschätzen, da die wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen der Zukunft nicht in genügendem Ausmass prognostiziert werden können. Zu bemerken gilt es allerdings, dass alle Personen, die einmal in der Schweiz gearbeitet haben, später auch Anspruch auf Rentenleistungen haben werden.

Zahl der Erwerbstätigen (20–64 Jahre) pro 65-jährige und ältere Personen 1950–2050

G2



Quellen: BFS, Erwerbstätigenstatistik, Erwerbsszenarien (Szenario A-00-2005)

Die Zahl der erwerbstätigen Personen steigt mittelfristig noch weiter, nimmt aber langfristig wieder ab

Nebst der stetigen Zunahme der Anzahl AltersrentenbezügerInnen auf der einen Seite stellt sich die Frage, wie sich auf der anderen Seite die Struktur und die Anzahl der Beitragzahlenden entwickeln wird. Der wesentlichste Anteil an den Beitragszahlenden sind die erwerbstätigen Personen. Bezüglich der Struktur der Erwerbstätigen kann davon ausgegangen werden, dass die Entwicklung hin zu qualifizierteren, besser entlohnten Erwerbstätigen anhalten wird, was positive Konsequenzen für die Einnahmenseite der AHV hat. Die Schätzungen der Anzahl Erwerbspersonen beruhen auf den entsprechenden Szenarien des BFS und berücksichtigen unter anderem nebst der Bevölkerungsstruktur die zukünftige Entwicklung der Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung (vgl. Grafik G2). Nachdem in den vergan-

genen 15 Jahren die Erwerbsquote bei den Männern leicht abnahm, hat sie sich bei den Frauen kräftig erhöht. Bei der Annahme, dass sich die Erwerbsquote der Männer in Zukunft nur unwesentlich erhöhen lässt – ausser man erhöht das Rentenalter – und gleichzeitig diejenige der Frauen noch leicht zunehmen dürfte, ist davon auszugehen, dass nach dem Jahr 2020 die Zahl der Erwerbspersonen kontinuierlich abnimmt. Starke Migrationsbewegungen wie in den letzten Jahren würden dabei den Zeitpunkt der Abnahme hinauszögern.

Die im Umlageverfahren finanzierte AHV ist darauf angewiesen, dass sich das Verhältnis der BeitragszahlerInnen und der RentenbezügerInnen im Laufe der Zeit nicht anhaltend verschlechtert oder anders ausgedrückt: Auf einen/e RentenbezügerIn sollten im Laufe der Zeit nicht immer weniger erwerbstätige Personen kommen. Trotz der Verschlechterung dieses Verhältnisses und trotz der klaren Leistungsverbesserungen im Rahmen der diversen AHV-Revisionen konnte bis heute vermieden werden, dass das Kapitalkonto der AHV geleert wurde. Einzig während den 70er und 90er Jahren mit bescheidenem BIP-Wachstum waren die Abrechnungsergebnisse negativ. In den vergangenen zehn Jahren wurden die Abrechnungsergebnisse durch das zusätzliche Mehrwertsteuerprozent (1999) und durch die Anhebung des Rentenalters der Frauen auf 64 Jahre begünstigt. Das kräftige Wachstum seit 2005 (bei verbesserter Produktivität) wirkt sich zusehends auf die finanzielle Lage der AHV aus.

Im Jahre 1950 kamen auf eine Person über 65 Jahre noch 4,3 Erwerbstätige im Alter von 20 bis 64 Jahren, im Jahre 2000 waren es nur noch 3,3 Erwerbstätige (vgl. Grafik G2). Für

das Jahr 2050 gehen die aktuellen Szenarien davon aus, dass auf einen/e RentnerIn (65 Jahre und älter) nur noch ca. 1,7 erwerbstätige Personen kommen werden.³ Die finanziellen Perspektiven aufgrund dieser demografischen Entwicklung und der Entwicklung der Erwerbstätigenzahl werden im folgenden Abschnitt behandelt.

Finanzielle Perspektiven der AHV in der Zukunft

Ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem ist so aufgebaut, dass die laufenden Ausgaben von den laufenden Einnahmen ohne Zinserträge gedeckt werden sollten. Die Differenz zwischen Einnahmen ohne Zinsen und den Ausgaben werden als Umlageergebnis bezeichnet. Finanzielle Perspektivrechnungen in der AHV werden erstellt, indem die für die AHV relevanten Einnahmen- und Ausgabenströme simuliert werden.

Die Ausgaben bestehen zu 97,5 % aus Rentenleistungen. Die restlichen Ausgaben bestehen im Wesentlichen aus den Hilflosenentschädigungen, Hilfsmitteln, Beiträgen an Institutionen sowie Verwaltungs- und Durchführungskosten. Die Entwicklung der Rentensumme ist von der Zahl der rentenberechtigten Personen und dem für die Minimalrente massgebenden Mischindex abhängig, der sich aus dem Mittelwert zwischen dem Schweizerischen Lohnindex (SLI) und dem Landesindex für Konsumentenpreise ergibt.

Die wichtigsten Einnahmeposten sind die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgebenden, der Anteil der öffentlichen Hand und die Erträge aus der Mehrwertsteuer. Dazu kommen noch die Erträge aus der Spielbankenabgabe und die Regresseinnahmen. Die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgebenden entwickeln sich entsprechend der Anzahl beitragspflichtiger Personen und dem durchschnittlichen

AHV-Beitrag. Der Anteil der öffentlichen Hand beträgt seit 2008 19,55 % der totalen Ausgaben und wird vollumfänglich vom Bund finanziert. Seit 1999 wird ein Mehrwertsteuerprozent zur Finanzierung der AHV erhoben. Davon fließen 83 % direkt in die AHV und 17 % an den Bund. Schliesslich bilden die Erträge des AHV-Fonds eine weitere Einnahmequelle. Sie dienen jedoch dazu, die Substanz des Fonds zu erhalten.

Die Entwicklung der finanziellen Lage der AHV ist abhängig von der künftigen demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung. Deshalb können Perspektivrechnungen die AHV-Finzen für die Zukunft nicht punktgenau vorhergesagt werden. Es ist daher sinnvoll, die Perspektiven in einer Bandbreite von möglichen Verläufen darzustellen. Damit können zufällige Konjunkturschwankungen und demografische Veränderungen insbesondere im Bereich der Wanderungen aufgefangen werden. Abrupte Konjunkturveränderungen und Migrationsschocks können in den Szenarien jedoch nicht abgebildet werden.

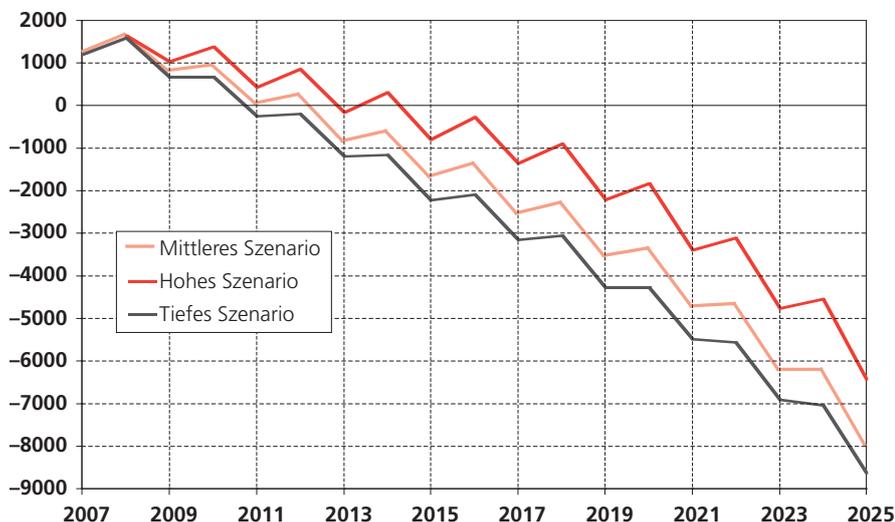
Die Schätzung der Entwicklung des Bevölkerungsbestandes wird den drei Grundscenarien des Bundesamts für Statistik⁴ entnommen. Diese wird mit Hypothesen zur künftigen Lohn- und Preisentwicklung verknüpft, wobei davon ausgegangen wird, dass mit einer starken Bevölkerungsentwicklung (hohes Szenario B-00-2005) auch ein höherer Reallohnzuwachs einhergeht und umgekehrt (tiefes Szenario mit tieferem Reallohnzuwachs). Das mittlere Szenario A-00-2005 wird mit mittleren Reallohnzuwachsen verknüpft.

Zur Bestimmung der Beitragseinnahmen werden die Bestände nach Alter, Jahr, Nationalität und Geschlecht mit den aufgrund der neusten zur Verfügung stehenden Register für individuelle Konten der AHV beobachteten Durchschnittsbeiträgen und Beiträgerquoten, definiert als beitragszahlende Personen an

³ Die Zahl der Beitragszahlenden pro Person im Rentenalter ist leicht höher (3,7 im Jahr 2007)

⁴ «Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005–2050» (BES, 2006)

Umlageergebnis der AHV nach Szenario für geltende Ordnung, zu Preisen von 2008



Quelle: BSV, eigene Berechnung

G3

Umlageergebnisse aufgrund der drei Szenarien bis ins Jahr 2025:

Im mittleren Szenario wird das Umlageergebnis im Jahr 2013 negativ. Im hohen Szenario bleibt es bis im Jahr 2014 positiv, während es im tiefen Szenario bereits ab 2011 negativ wird. In allen 3 Szenarien ist die Finanzierung mittel- bis langfristig nicht mehr gesichert. Auch bei günstigem Wirtschaftsverlauf wird sich in absehbarer Zeit eine Finanzierungslücke einstellen, welche von Jahr zu Jahr wächst.

Die derzeit gute finanzielle Lage der AHV darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der demografischen Entwicklung politische Massnahmen ergriffen werden müssen, um die sich in absehbarer Zeit abzeichnende Finanzierungslücke stopfen zu können.⁵

der Gesamtbevölkerung, verrechnet und aufsummiert.

Die Summe der jährlich ausbezahlten Rentenleistungen ergeben sich analog aus den Beständen aus den Szenarien, die anhand der jüngsten zur Verfügung stehenden Rentenregister nach Zivilstand und Geschlecht aufgeteilt und mit den jeweiligen Durchschnittsrenten multipliziert werden.

Jährlich werden die Perspektivrechnungen auf die zur Verfügung stehenden Abrechnungsergebnisse des Vorjahres justiert.

Das Umlageergebnis der AHV war im Jahre 2007 bei Einnahmen

ohne Zinsen von 34 512 Millionen Franken und Ausgaben von 33 303 Millionen Franken mit 1209 Millionen Franken positiv. Die Ausgaben der AHV waren somit im Jahr 2007 durch die Einnahmen finanziert. Ohne gesetzliche Änderungen werden im mittleren Szenario im Jahre 2020 die Ausgaben 45,8 Milliarden Franken und die Einnahmen ohne Anlageerträge 42,5 Milliarden Franken betragen, was einem negativen Umlageergebnis von -3,3 Milliarden Franken entspricht. Es wird sich somit eine Finanzierungslücke von 3,3 Milliarden Franken ergeben. Die Grafik G3 zeigt die Entwicklung der

Michel Kolly, lic. rer. pol., Bereich Statistik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV.

E-Mail: michel.kolly@bsv.admin.ch

Kurt Schluep, Dipl. Math. ETH, Bereich Mathematik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV.

E-Mail: kurt.schluep@bsv.admin.ch

⁵ Aufgrund der Folgen der Finanzmarktkrise dürften gemäss neusten Einschätzungen (nach Redaktionsschluss) die Umlageergebnisse im Kurzfristbereich eher dem tiefen Szenario folgen. Es ist bereits ab 2011 mit negativen Umlageergebnissen zu rechnen.

Eingliedern ist besser als ausschliessen

Das 4. Internationale Forum zum Disability Management fand vom 22. bis 24. September 2008 in Berlin statt. Eine grosse Schweizer Delegation nahm daran teil. Die erfolgten Austausche zeigten, dass die 5. IV-Revision im internationalen Vergleich auf gutem Weg ist. Die Rolle der Arbeitgebenden im Bereich Disability Management ist jedoch noch genauer zu definieren. Schliesslich sind die demografische Alterung der westlichen Gesellschaften und deren potenzielle Folgen auf die Eingliederung von behinderten Menschen ein wichtiges Thema für die verschiedenen Experten.



Céline Champion
Bundesamt für Sozialversicherungen

Welchen Herausforderungen müssen sich Unternehmen stellen, um die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitenden zu erhalten, die von Krankheit oder Unfall betroffen sind? ExpertInnen aus der ganzen Welt befassten sich anlässlich des 4. Internationalen Forums zum Disability Management (International Forum on Disability Management, IFDM, www.ifdm2008.de), das vom 22. bis 24. September 2008 in Berlin stattfand, mit dieser Frage.

Über 120 ReferentInnen sprachen vor 600 VertreterInnen von Arbeitgebergruppierungen, ExpertInnen von staatlichen Institutionen, ForscherInnen und Erbringern von Eingliederungsleistungen. Dabei präsentierten sie die neusten Erkennt-

nisse zu den verschiedenen Möglichkeiten des beruflichen Wiedereinstiegs nach einem Unfall oder einer Krankheit. Die Schweiz war durch eine Delegation vertreten, die sich aus Mitarbeitenden des Bundesamts für Sozialversicherungen, Leitern von IV-Stellen, der Suva und VertreterInnen der Hochschulen zusammensetzte.

Die IV ist im internationalen Vergleich auf gutem Weg

«Mit dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision ist die Invalidenversicherung (IV) im internationalen Vergleich auf gutem Weg». Das ist eine der wichtigsten Feststellungen, zu

denen Andreas Dummermuth und Martin Kalbermatten, IV-Stellenleiter der Kantone Schwyz bzw. Wallis, am Schluss des Forums gelangten. So scheinen die Instrumente der Frühintervention, die die Arbeitgebenden durch Schulungen oder Anpassungen am Arbeitsplatz unterstützen sollen, damit die betroffene Person ihre Stelle weiterhin besetzen kann, den im Ausland gemachten Erfahrungen zu entsprechen.

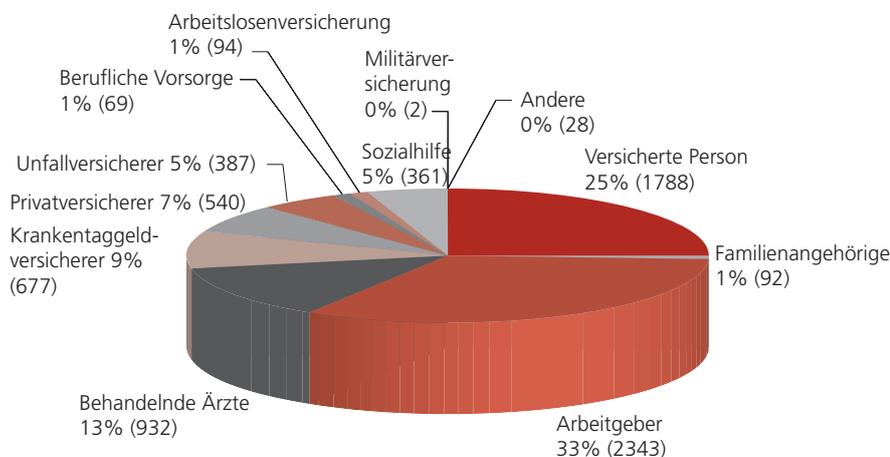
Das Symposium stellte die Rolle und die Verantwortung der Arbeitgebenden im Bereich Disability Management in den Vordergrund. Im Rahmen der 5. IV-Revision haben die Arbeitgebenden jedoch gerade die Möglichkeit, Personen bei der Fachstelle für die Früherfassung zu melden. Die neusten Statistiken zeigen, dass sie am meisten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen (siehe Grafik G1). Doch die Tatsache, dass man eine betroffene Person bei einer IV-Stelle melden kann, bedeutet nicht, dass sich die Arbeitgebenden ihrer Verantwortung entziehen können, warnt Andreas Dummermuth. Mit anderen Worten: Das Engagement der Unternehmen im Bereich Disability Management bleibt trotz der Unterstützung durch die IV-Stelle wichtig.

Herausforderung für die KMU im Bereich Disability Management

Das Disability Management in seinen häufigsten Formen (Prävention, Absenzenmanagement, Betreuung und Unterstützung im Krankheitsfall) ist in den grossen Schweizer Unternehmen zwar bereits relativ gut implementiert, bleibt aber eine Herausforderung für die kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die

Meldung Früherfassung nach Instanz (Stand 30.9.2008)

G1



Quelle: BSV

99,7% aller Schweizer Firmen ausmachen. Martin Kalbermatten würde es daher begrüßen, wenn die IV-Stellen eine aktivere Rolle bei der Unterstützung der KMU im Bereich Disability Management spielen würden. Auch Vinzenz Baur, Leiter der IV-Stelle des Kantons Aargau, ist der Ansicht, dass es sinnvoll wäre, den KMU nach dem Beispiel Deutschlands mehr Informationen, Unterlagen und andere Hilfsmittel zu Disability Management zur Verfügung zu stellen. Was die Verantwortung der Arbeitgebenden angeht, so hat er sich vor allem eine Idee gemerkt: Die Arbeitgebenden müssten nachweisen, dass sie im Bereich Disability Management alles unternommen haben, bevor sie zum Beispiel einen Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin entlassen. Die Arbeitnehmenden ihrerseits müssten zum Beispiel nachweisen, dass sie sich ernsthaft darum bemühen, eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands zu verhindern.

Demografische Entwicklung

Ein am Forum mehrfach behandeltes Thema war die demografische Alterung als Beweis dafür, dass die systematische Umsetzung des Disability Managements gerechtfertigt

ist. Stefan Ritler, Präsident der IV-Stellen-Konferenz, liess es sich im Übrigen nicht nehmen, im Rahmen seiner Plenumspräsentation zur Baby-Boomer-Generation für Lacher zu sorgen, indem er auf die britische Rockband Jethro Tull anspielte: «Too old to rock'n'roll: Too young to die!». Mangels Statistiken ist es schwierig, die Aussagen der verschiedenen RednerInnen zu überprüfen. Zwei

Dinge sind jedoch sicher: Einerseits werden die Menschen zumindest in der westlichen Welt immer älter. Andererseits steigt mit dem Alter das Invaliditätsrisiko.

Kann man deswegen einfach behaupten, dass die demografischen Veränderungen behinderten Menschen mehr Möglichkeiten bieten, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren? Die Zahlen des Bundesamts für Statistik zeigen, dass der Arbeitsmarkt offene Stellen vor allem durch die Einwanderung von in der Regel hochqualifizierten Personen neu besetzt – eine Einwanderung, die übrigens in den letzten Jahren stetig zugenommen hat. Daher ist es für behinderte Personen wichtig, sich mit Unterstützung der IV weiterzubilden, um auf dem Arbeitsmarkt möglichst wettbewerbsfähig zu bleiben.

Integrationsmassnahmen für psychische Behinderungen fehlen

Eine Problematik wurde an diesem Forum übergangen: die Wieder-

Was versteht man unter Disability Management?

Disability Management ist ein Konzept, das sich auf allen operativen Ebenen auswirkt. Es ist die Strategie, die ein Unternehmen anwendet, wenn seine Mitarbeitenden gesundheitliche Probleme haben. Dazu gehört auch die Prävention in diesem Bereich.

Disability Management umfasst alle Prozesse und Massnahmen mit folgenden Zielen:

- Verhinderung von Krankheiten und Unfällen (Prävention),
- Früherkennung von Gesundheitsrisiken (in der Regel durch ein systematisches Absenzenmanagement) und
- Förderung der Wiedereingliederung von erkrankten oder verunfallten Arbeitnehmenden.

Disability Management soll einerseits Kosteneinsparungen (Produktionseinbusen als Folge von Absenzen, Versicherungsprämien, Rekrutierungskosten usw.) ermöglichen und andererseits durch eine Verringerung der Zahl der Austritte den Verlust von Know-how verhindern.

eingliederung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen. Es ist jedoch genau diese Gruppe, bei der die Zahl der IV-RentenbezügerInnen am schnellsten wächst, und zwar sowohl in der Schweiz als auch in den restlichen OECD-Ländern. Es standen die verunfallten Personen im Vordergrund, die vor allem eine physische Rehabilitation benötigen. Dies ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass das diesjährige IFDM von der deutschen sozialen Unfallversicherung in Zusammenarbeit mit dem deutschen Arbeits- und Sozialministerium organisiert wurde.

In diesem Zusammenhang stellte Regina Knöpfel, Unternehmensberaterin und Leiterin der Knöpfel Life Consulting AG, fest, dass sich die internationale Gemeinschaft in der Regel der Schwierigkeiten im Bereich Disability Management bewusst ist und dafür Lösungsansätze auf Konzeptniveau präsentiert wurden. Konkrete Umsetzungsberichte dazu einschliesslich der Evaluationsergebnisse über die Wirkungen von Disability Management in den Problemfeldern fehlten hingegen.

Nach Ansicht der Teilnehmenden am Berliner Forum ist zu hoffen,

dass die Fachleute der verschiedenen Länder bis September 2010 und damit bis zum nächsten Anlass dieser Art in Los Angeles effiziente Integrationslösungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vorlegen können.

Céline Champion, lic. phil. I, MPA, stellv.
Leiterin Bereich Entwicklung, Geschäftsfeld
IV, BSV.
E-Mail: celine.champion@bsv.admin.ch

Parlamentarische Vorstösse

Das BSV bietet im Internet eine **Zusammenstellung der parlamentarischen Vorstösse** im Bundesparlament an **zu den Themen Kinder, Jugend, Familien und Generationen**. Link: www.bsv.admin.ch/themen/zulagen/00062/index.html?lang=de

Invalidenversicherung

08.3304 – Interpellation Büttiker Rolf, 10.6.08: Beratende Kommission betreffend Genehmigung von kantonalen Behindertenkonzepten

Ständerat Rolf Büttiker (FDP, SO) hat folgende Interpellation eingereicht:

«Mit dem Inkrafttreten der NFA am 1. Januar 2008 sind die Kantone für die Finanzierung der Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen verantwortlich. Um den Befürchtungen der Behinderten vor einem Leistungsabbau entgegenzukommen, wurde eine Übergangsbestimmung zu Artikel 112b in die Bundesverfassung aufgenommen, wonach die Kantone dem Bundesrat ihre Behindertenkonzepte zur Genehmigung vorzulegen haben. In der entsprechenden Ausführungsgesetzgebung wurde in Artikel 10 Absatz 3 IFEG festgelegt, dass sich der Bundesrat dabei von einer Kommission beraten lässt, in welcher der Bund, die Kantone, die Behinderten und die Institutionen vertreten sind.

1. Teilt der Bundesrat die Auffassung, wonach bei der Zusammensetzung der Kommission auf eine ausgewogene Vertretung aller im Gesetz aufgeführten Kreise zu achten ist?
2. Ist er bereit, diese Kommission rechtzeitig einzusetzen, damit die-

sem Gremium genügend Zeit bleibt, um die von den Kantonen eingereichten Konzepte zu prüfen?

3. Teilt er die Besorgnis der Behinderten und der Institutionen, wonach der Bundesrat die kantonalen Konzepte ohne vereinbarte inhaltliche Kriterien beurteilen will?

Begründung

Im Vorfeld der Abstimmung über die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenverteilung zwischen Bund und Kantonen haben Bundesrat und Parlament die Befürchtungen der Menschen mit Behinderung aufgenommen und haben sowohl in der Bundesverfassung (Artikel 112b und Übergangsbestimmung Artikel 197 Ziffer 4) als auch in der Ausführungsgesetzgebung verschiedene Sicherungen eingebaut. Danach hat der Verfassungsverfasser festgelegt, dass die Kantone die bisherigen Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung zu übernehmen hätten, bis sie über ein vom Bundesrat genehmigtes Behindertenkonzept, frühestens ab 1. Januar 2011, verfügten. Das Parlament hat zudem gestützt auf Artikel 112b BV ein Bundesgesetz (BG über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen IFEG) erlassen, worin das Verfahren zur Genehmigung der Konzepte geregelt ist. Danach lässt sich der Bundesrat durch eine Kommission beraten, worin Bund, Kantone, behinderte Menschen und Behinderteninstitutionen vertreten sind.

Ich muss heute feststellen, dass die NFA zwar in Kraft getreten ist, doch bislang kaum Vorkehren getroffen worden sind, um die Zusammensetzung und die Aufgaben der in Artikel 10 Absatz 3 IFEG vorgesehenen Kommission zu regeln. Trotz verschiedener Interventionen der Interessengemeinschaft Umsetzung NFA, in welcher alle massgeblichen Organisationen der Behinderten und der Institutionen vertreten sind, lässt die

Konstituierung dieser Kommission auf sich warten. Dadurch verstärkt sich die Skepsis der Behinderten, wonach eine vertiefte inhaltliche Prüfung der Konzepte, welche zeitlich anspruchsvoll sein müsste, nicht im Vordergrund stehen soll. Auch bezüglich der zahlenmässigen Zusammensetzung der Kommission bestehen Zweifel, ob die vom Gesetzgeber gewollte massgebliche Berücksichtigung der Anliegen der Betroffenen umgesetzt wird.

Mit der Übergangsbestimmung in der Bundesverfassung und deren Konkretisierung im Ausführungsgesetz IFEG hat der Gesetzgeber die klare Absicht geäussert, dass die betroffenen Kreise (behinderte Menschen und Behinderteninstitutionen) bei der erstmaligen Ausarbeitung der kantonalen Gesetzgebung ernst genommen werden und Gelegenheit erhalten, die Konzepte, welche die Zukunft vor allem schwer behinderter Menschen in unserem Land massgeblich prägen werden, eingehend zu prüfen. Mit der Hinauszögerung der Konstituierung (Festlegung der Aufgaben und Zusammensetzung) schwindet die Möglichkeit zusehends, dass dem Willen des Parlamentes entsprochen wird.»

Antwort des Bundesrats vom 27.8.09

«Ad 1

Der Bundesrat teilt die Auffassung, wonach bei der Zusammensetzung der Kommission auf eine ausgewogene Vertretung der im Gesetz (Art. 10 Abs. 3 IFEG) aufgeführten Kreise zu achten ist. Die Kommission soll nach Ansicht des Bundesrates aus 13 Personen bestehen und von einer Vertretung des Bundes geleitet werden. Vorgesehen ist folgende Zusammensetzung:

Bund: 3 Personen

Kantone: 6 Personen

Institutionen: 2 Personen

Behinderte: 2 Personen

Ad 2

Gestützt auf Artikel 197 Absatz 4 BV haben die Kantone ab Inkraft-

treten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) die bisherigen Leistungen der Invalidenversicherung an Anstalten, Werkstätten und Wohnheime so lange zu gewähren, bis sie über vom Bundesrat genehmigte Behindertenkonzepte verfügen, welche auch die Gewährung kantonaler Beiträge an Bau und Betrieb von Institutionen mit ausserkantonalen Platzierungen regeln, mindestens jedoch während drei Jahren, d.h. bis 31. Dezember 2010. Ausgehend von dieser Übergangsregelung hat die Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren (SODK) verlauten lassen, dass die Erarbeitung der kantonalen Konzepte koordiniert erfolgen soll und dass die Konzepte gegen Ende 2009 der Kommission bzw. dem Bundesrat zur Genehmigung vorgelegt werden können.

Unter Berücksichtigung dieser Planung wird der Bundesrat noch in diesem Jahr die beratende Fachkommission einsetzen. Die Einsetzung wird vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) unter Einbezug der betroffenen Kreise vorbereitet. Mit diesem Vorgehen ist gewährleistet, dass der Kommission genügend Zeit zur Verfügung steht, sich bis Ende 2009 ein Geschäftsreglement zu geben und das Vorgehen und die Kriterien festzulegen, nach denen die Konzepte formell und materiell zu prüfen sein werden.

Ad 3

Der Gesetzgeber hat in Artikel 10 Absatz 1 IFEG vorgesehen, dass Institutionen und Behindertenorganisationen bereits im Rahmen des kantonalen Verfahrens anzuhören sind. Zudem wurden in Artikel 10 Absatz 2 IFEG die Elemente aufgelistet, die im Konzept enthalten sein müssen. In Anbetracht des frühzeitigen Einbezuges der Behinderten und der Institutionen im kantonalen Verfahren, der klaren bundesrechtlichen Vorgaben für die Konzepte, der Bereitschaft der Kantone zur Koordination der Konzepte und des vorgesehenen Zeitpunktes ihrer Einrei-

chung ist der Bundesrat der Ansicht, dass der Kommission genügend Zeit zur Verfügung stehen wird, Kriterien für eine inhaltliche und formelle Prüfung zu erarbeiten und die Konzepte danach zu beurteilen, so wie der Bundesrat das bereits in seiner Botschaft (BBl 2005 6211) ausgeführt hat.»

**08.1062 – Anfrage Bortoluzzi Toni, 13.6.2008:
Übermässige Kosten durch psychische IV-Fälle**

Nationalrat Toni Bortoluzzi (SVP, ZH) hat folgende Anfrage eingereicht:

«Die Zahl psychisch Kranker in der Invalidenversicherung steigt stetig an. In diesem Zusammenhang bitte ich den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie haben sich die Kosten für diejenigen Personen, welche eine IV aufgrund einer psychischen Krankheit erhalten, in den letzten 20 Jahren entwickelt (Angaben pro Jahr und Anzahl Kranker)?
2. Wie hoch sind die Beiträge, welche für medizinische Behandlung und Betreuung dieser Kategorie in der IV und in der OKP seit der KVG-Einführung aufgewendet wurden (Angaben pro Jahr und Anzahl Kranker)?
3. Wie hoch ist der Anteil integrierter psychisch Kranker Personen, die aus der IV entlassen werden konnten (effektive Anzahl Personen, Anteil an der Gesamtzahl der noch in der IV verbleibenden psychisch Kranken)?
4. Wie gross ist die Zahl jährlich stationär behandelter Personen mit psychischen Krankheiten (aufgeteilt in Altersgruppen)? Wie hoch ist die Erfolgsquote (geheilt entlassen)?»

Antwort des Bundesrats vom 27.8.09

«Ad 1

Die Anzahl Personen mit psychischen Erkrankungen, welche Leistungen der IV bezogen haben, ist

von 1992 (für die Zeit vor 1992 liegen keine verlässlichen Zahlen vor) bis 2007 von insgesamt 59 000 auf 153 000 Personen angewachsen. Sie stellen damit heute die grösste Gruppe von Leistungsbezüglern in der IV dar. Die Ausgaben der IV für Eingliederungsmassnahmen, Renten sowie Hilflosenentschädigungen für diese Personengruppe haben im selben Zeitraum von 0,7 auf 2,7 Mrd. Franken zugenommen (bei einer Teuerung von 17 %).

Der Anteil an psychisch beeinträchtigten IV-Rentenbezüglern hat sich in Relation zum Gesamtbestand von 23 % (1992) auf 36 % (2007) erhöht. Die relativen Rentenkosten sind von 24 % (1992) auf 39 % (2007) angestiegen. Das Ausgabenwachstum bei den Renten für psychisch Beeinträchtigte lag in den letzten drei Jahren unter 5 %.

Ad 2

Die Kosten für medizinische Massnahmen der IV, welche der Eingliederung dienen, beliefen sich für Personen mit psychischer Beeinträchtigung im Jahr 2007 auf rund 14 Mio. Franken. Im Jahr 1992 betragen sie ca. 7 Mio. Franken. Seit Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 übernimmt die IV die Kosten medizinischer Massnahmen nur noch für Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr.

Im Bereich der OKP beliefen sich die Kosten für die medizinische Behandlung von Personen mit psychischen Problemen im Jahr 2003 (für die Zeit vor 2003 liegen keine verlässlichen Zahlen vor) auf rund 0,9 Mrd. Franken. 2007 betragen sie rund 1,2 Mrd. Franken. Diese Zahlen beinhalten im stationären Bereich die psychiatrischen Kliniken, im ambulanten Bereich die Leistungen der Psychiater und Psychotherapeuten, inkl. vom Arzt direkt verabreichter Medikamente. Gemessen an den Gesamtkosten machen diese Kosten ca. 6 % aus.

Ad 3

Die IV kann über die letzten Jahre einen stabilen Eingliederungserfolg

vorweisen. Durchschnittlich waren Massnahmen beruflicher Art bei 72 % jener Personen, die solche Leistungen zugesprochen erhalten hatten, erfolgreich. Bei den psychisch Erkrankten betrug die Wirksamkeit beruflicher Massnahmen 56 %. Diese Quote soll mit den neuen Instrumenten, die mit der 5. IV-Revision speziell für die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Personen eingeführt wurden, deutlich verbessert werden.

Ad 4

Aufgrund der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des BFS für die Periode von 2002 bis 2006 (ab 2002 liegen für jedes Jahr die Daten von über 99 % der Betriebe vor) betrug die Zahl jährlich stationär behandelter psychisch Erkrankter im Jahr 2002 74 286 Personen, wovon 10 % als geheilt entlassen werden konnten. 2006 wurden 81 652 Personen stationär behandelt, wovon 9 % geheilt werden konnten. Die Altersgruppen der 20- bis 50-Jährigen weisen dabei sowohl die höchste Erkrankungszahl als auch den niedrigsten Heilungserfolg auf.»

**08.3662 – Motion Humbel Näf Ruth, 3.10.08:
Hörgeräte. Zweckmässige
Versorgung durch Wettbewerb und Pauschalen**

Nationalrätin Ruth Humbel Näf (CVP, AG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, für mehr Wettbewerb bei den Leistungserbringern der Hörgeräteversorgung zu sorgen, insbesondere mit folgenden Massnahmen:

- Unverzögliche Aufnahme von Verhandlungen mit der Hörgerätebranche, um rasch Tarif- und Preissenkungen zu realisieren.
- Einführung einer einfachen Pauschale mit Härtefallregelung bei der Hörgeräteversorgung im Sinne der Empfehlung der Eidgenössischen Finanzkontrolle gemäss Bericht vom Juli 2007.

Begründung

Die Kosten für die Hörgeräteversorgung haben sich zwischen 1995 und 2005 verdoppelt, weil die Nachfrage um 75 Prozent zugenommen hat. Die Fallkosten sind um 4 Prozent gestiegen. Statt rechtlich fragwürdigen Ausschreibungen mit aufwändigem Submissionsverfahren macht es mehr Sinn, mit den Hörgeräteherstellern unverzüglich Verhandlungen aufzunehmen. Die Gerätehersteller scheinen bereit zu sein, die Tarife und Preise um 10 bis 15 Prozent zu senken, was eine Reduktion der Gerätekosten um bis 30 Prozent, beziehungsweise Einsparungen von ca. 26 Millionen Franken zur Folge hätte. Mittelfristig ist eine wettbewerbliche Neuregelung des gesamten Bereiches angezeigt. Das seit 1999 geltende dreistufige Tarifmodell mit umfangreicher Expertise hat seine Ziele nicht erreicht, sondern zur Kostensteigerung beigetragen. Das Parlament forderte 2005 mit zwei Motionen mehr Wettbewerb. Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) empfahl in ihrem Bericht vom Juli 2007 dem Bundesrat, eine Pauschale einzuführen, für die «einfache und zweckmässige» (Art. 21 Abs. 3 IVG) Geräte erhältlich sein müssen. Die Differenz zu teureren Geräten wäre durch die Konsumenten selber zu bezahlen. Zum Schutz der Versicherten müsste das BSV neben den Pauschalen die technischen Anforderungen für diese Geräte festlegen und diese regelmässig anpassen. Eine Pauschalregelung würde im Wesentlichen der Brillenversorgung im KVG entsprechen. Diese sieht eine Pauschale vor, wofür einfache Brillen erhältlich sind. Um einen unzumutbaren Leistungsabbau zu Lasten Hörbehinderter zu verhindern, ist eine Härtefallregelung vorzusehen. Mittels Gesuch an einen IV-Expertenarzt könnte eine betroffene Person einen besonderen Anspruch geltend machen. Diese Entscheide wären durch die regionalen ärztlichen Dienste zu kontrollieren.»

Vorsorge

**08.3723 – Motion Thorens Goumaz Adèle, 3.10.08:
Nachhaltigkeitsstrategie der
Pensionskassen**

Nationalrätin Adèle Thorens Goumaz (GPS, VD) hat folgende Motion eingereicht:

«Die Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge soll so geändert werden, dass die Pensionskassen festlegen müssen, inwieweit sie sich in ihrer Anlagepolitik einer Nachhaltigkeitsstrategie verschreiben (Anforderungen in den Bereichen Umwelt, Soziales und Unternehmensführung), und dass sie diese Strategie öffentlich machen müssen.

Begründung

Die Finanzkrise hat aufgezeigt, welche Gefahren darin lauern, dass in einem wenig transparenten und ungewissen Umfeld Investitionen auf maximalen und sofortigen Profit ausgerichtet werden. Der Zusammenbruch dieses Systems bietet Gelegenheit, über die Verantwortung der Investoren nachzudenken. Schon einige Zeit vor der Krise wurden Fonds geschaffen, die dem Anforderungsprofil ESG (environmental, social, corporate governance) entsprechen. Ihre Ergebnisse sind heute mit denjenigen «traditioneller» Produkte vergleichbar. Was die Zuverlässigkeit betrifft, sind sie diesen sogar überlegen.

Diese verantwortungsvoll getätigten Investitionen sollten insbesondere die Pensionskassen ansprechen. Deren Ziele sind von ihrer Art her auf Dauerhaftigkeit angelegt. Die Ergebnisse, die sie erzielen sollen, dürfen sie nicht zu unverantwortbaren Risiken nötigen. Ganz im Gegenteil müssen sie sich an einer langfristigen und nachhaltigen Unternehmensstrategie orientieren. Einige Kassen haben diese Strategie übrigens mit grossem Erfolg zu ihrer Leitlinie gemacht.

Dieser Vorstoss verlangt, dass die Pensionskassen bestimmen müssen, inwieweit sie sich in ihrer Anlagepolitik einer Strategie der Nachhaltigkeit verschreiben, und dass sie diese Strategie öffentlich machen müssen. Es geht nicht darum, dass sich alle Pensionskassen auf dieselben Grundsätze nachhaltiger Investitionen verpflichten müssen. Vielmehr sollen sie sich in diesem Bereich positionieren und ihre Nachhaltigkeitsstrategie – wenn sie eine solche haben – formulieren und bekanntmachen. Dies wird zu grösserer Transparenz führen. Die Versicherten werden mehr denn je ein Recht darauf haben, über die Art, wie ihr Geld investiert wird, und über die Anlagestrategie ihrer Kasse informiert zu werden. Die Pensionskassen, die bisher nicht über die Nachhaltigkeit nachgedacht haben, werden zudem veranlasst, sich zumindest die entsprechenden Fragen zu stellen. Diejenigen Kassen aber, die ihre Überlegungen zu ihrer Verantwortung als Investorinnen bereits ausgearbeitet haben, werden die Früchte ihres Engagements geniessen können.»

Alterspolitik

08.3615 – Motion Leutenegger Oberholzer Susanne, 2.10.08:

Alterspolitik. Alterssurvey

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

«Der Bundesrat wird beauftragt, in der Schweiz die Erstellung eines periodischen Alterssurvey zu prüfen. Die regelmässige Be-

richterstattung über die Lebenssituation der Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist ein strategisch wichtiges Instrument für die Alterspolitik. Sie gibt die notwendigen Hinweise über Befindlichkeit, Handlungskompetenzen, Lebensumstände und Beziehungsnetz der älteren Bevölkerung und Grundlagen für die Fortschrittmessung.

Begründung

Der Bundesrat hat dem Parlament in Erfüllung eines Postulats «Alterspolitik. Strategie-Entwicklung» (Leutenegger Oberholzer. 03.3541) am 29. August 2007 einen umfassenden Bericht vorgelegt. Dem Bericht fehlt aber eine strategische Ausrichtung. Ein Grund liegt wohl darin, dass in der Schweiz die für eine strategisch orientierte Alterspolitik notwendigen Daten über die Menschen in der zweiten Lebenshälfte fehlen. Neu existiert ein Schweizer Kinder- und Jugendsurvey, der den Wandel dokumentiert. Der gesellschaftliche Wandel durch die Langlebigkeit ist gleichermassen eine Herausforderung. Auch in diesem Bereich braucht die Politik verlässliche Entscheidungsgrundlagen.

Das liefern die in verschiedenen Ländern erstellten Alterssurveys. Empfohlen wird die Erstellung eines Alterssurveys u.a. in den neuen Leitlinien zur Einführung des Akti-

onsplans bezüglich einer langlebigen Gesellschaft, gestützt auf die zweite Weltkonferenz von Madrid über das Altern 2002. Ziel ist es, mit den Daten die Berücksichtigung der Alterung in allen Politikbereichen sicherzustellen (Mainstreaming). Damit wird das Alter nicht gesondert, sondern integral berücksichtigt.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) zum Beispiel umfasst eine bundesweit repräsentative Quer- und Längsschnittbefragung von Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte befinden (d.h. 40 Jahre und älter sind). Die Untersuchung von Personen dient dazu, Mikrodaten bereitzustellen, die sowohl für die sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung als auch für die Sozialberichterstattung genutzt werden. Die DEAS-Daten bilden damit eine wichtige Informationsgrundlage für die Politik. Die erste Befragung datierte von 1996, die zweite von 2002, die dritte findet 2008 statt. Personen werden umfassend zu ihrer Lebenssituation befragt, zu ihrem beruflichen Status oder ihrem Leben im Ruhestand, zur gesellschaftlichen Partizipation, zu nachberuflichen Aktivitäten, zur wirtschaftlichen Lage und Wohnsituation, zu sozialen Kontakten sowie zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszielen.»

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats, Stand 30. November 2008

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Ersttrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
KVG – Vorlage 1B Vertragsfreiheit	26.5.04	BBl 2004, 4293	SGK-SR 21./22.6.04 30.5., 21.+23.8.06, (Teil 2) 8.1., 15.2., 15.10, 9.11.07 18.2.08 (Teil 1) 18.3., 5.6.08 (Teil 2), 14.4., 13.5., 27.6., 26.8., 28.10., 24.11.08 (Teil 1)	SR 6.12.07 verl. Zulassungs- stopp) 27.5., 5.6.08 (Teil 2)	SGK-NR 30.6.04, 18.1., 2.6.08 (Teil 2)	5.3., 4.6.08 (Teil 2)	13.6.08 (Teil 2)	14.6.08 (Teil 2)
KVG – Vorlage 1D Kostenbeteiligung	26.5.04	BBl 2004, 4361	SGK-SR 21./22.6., 23./24.8.04	SR 21.9.04	SGK-NR 30.6.04			
KVG – Vorlage 2B Managed Care	15.9.04	BBl 2004, 5599	SGK-SR 18./19.10.04 30.5., 21./23.8., 12./13.9., 16./17.10., 13.11.06, 2. Teil Medika- mente: 9.1., 15.2., 26.3., 3.5., 13.9.07 8.1., 15.4., 27.8.08 (2. Teil Medikamente, Diff.)	SR 5.12.06 (1. Teil ohne Medikamente), 13.6.07, 4.3., 17.9.08 (2. Teil Medikamente) 4.3.08 (2. Teil Diff.)	SGK-NR 25.10.07, 10.3., 24.4., 18.9.08 (2. Teil Medikamente)	NR 4.12.07 (2. Teil Medikamente) 4.6., 18.9.08 (2. Teil Diff.)	1.10. (Teil 2) Ablehnung NR	
IV-Revision Zusatzfinanzierung	22.6.05	BBl 2005, 4623	SGK-NR 26.1.07, 17./18.1.08	NR 20.3.07, 18./19.3., 11.6.08	SGK-SR 3.7., 27./28.8., 12., 15., 16.10., 9.11.07	SR 18.12.07 27.5., 4./5.6., 12.6.08 (Diff.)	13.6.08	
11. AHV-Revision. Leistungsseitige Massnahmen	21.12.05	BBl 2006, 1957	SGK-NR 5.5.06, 25.1., 22.2.07 Subkomm. 16.11.07, 17./18.1.08	NR 18.3.08	SGK-SR 29.10.08			
11. AHV-Revision. Vorruhestandsleistung	21.12.05	BBl 2006, 2061	SGK-NR 5.5.06, 25.1., 22.2.07 Subkomm. 16.11.07, 17./18.1.08	NR 18.3.08	SGK-SR 29.10.08			
VI Ja zur Komplementärmedizin	30.8.06	BBl 2006, 7591	SGK-NR 23.11.06, 25.1.07, 24.4., 8.9.08	NR 18./19.9., 19.12.07, 17.9.08	SGK-SR 16.10., 9.11.07 13.5., 26.6.08	SR 13.12.07	3.10.08	Zurückgezogen. Direkter Gegen- vorschlag. Volksab- stimmung spätestens 30.11.09
UVG Revision	30.5.08	BBl 2008, 5395	SGK-NR 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11.08					

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

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
13./29./1./24.2./4.3.09	Informationstage 2009 zur beruflichen Vorsorge	Zürich, Kongresshaus	Amt für berufliche Vorsorge und Stiftungen des Kantons Zürich T: 031 352 54 54 F: 031 352 55 54 www.bvs-zh.ch
14.1.09	8. Personen-Schaden-Forum	Zürich, Kongresshaus	HAVE/REAS Postfach 1 8193 Eglisau T: 043 422 40 10 F: 043 422 40 11 tagung@have.ch
22./23.1.09	CURAVIVA Schweiz: Fachkongress Alter «Personal – Wertvolle Ressource für die Zukunft»	Basel, Congress Center	CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Alter, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 T: 031 385 33 45 F: 031 385 33 34 e.hirsbrunner@curaviva.ch www.congress.curaviva.ch
22./23.1.09	Einführung ins schweizerische Sozialversicherungsrecht. Schwerpunkt: Gesetz über die Invalidenversicherung	Freiburg, Universität	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
30.1.09	Case Management eines Privat- und Sozialversicherers	Zürich, HB Restaurant au Premier	Koordination Schweiz Kreuzstrasse 42 Postfach 255 5630 Muri AG T: 079 320 12 35 keller@koordination.ch www.koordination.ch/de/seminar-portal/schaden-tagungen/schaden-tagung
31.1.09	Subtile Diskriminierung und Gewalt in den Schulen	Freiburg, Universität	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
27./28.2.09	Die Anhörung des Kindes in familienrechtlichen Verfahren	Freiburg, Universität	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
21.3.09	Kind und Schule: Handeln zwischen Kindesinteressen, Recht und Bildungspolitik (vgl. Hinweis)	Universität, Freiburg	Weiterbildungsstelle, Universität Freiburg, Rue de Rome 6, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47 F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont

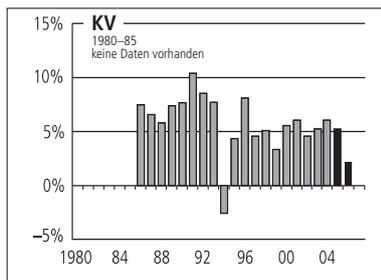
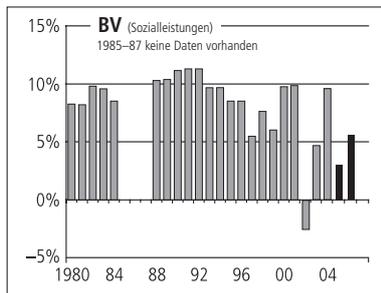
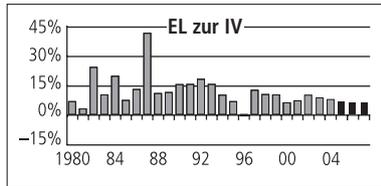
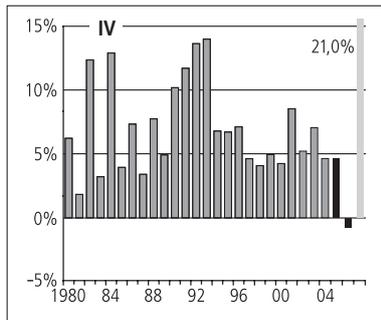
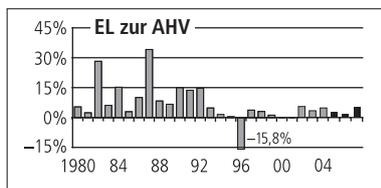
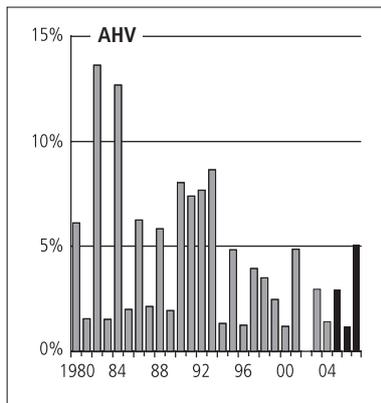
Kind und Schule: handeln zwischen Kindesinteressen, Recht und Bildungspolitik

Leben und Lernen in der Schule sind eng verbunden mit familiären Situationen und sozialen Entwicklungen. Die Referentinnen und Referenten vertiefen ausgewählte Fragen, die sich an der Schnittstelle von Bildung, Elternhaus und Gesellschaft ergeben. Zuerst gilt es, den Begriff des Kindeswohls zu klären und für den schulischen Alltag zu konkretisieren. Wie wird beispielsweise das Bedürfnis des Kindes nach Akzeptanz und Zuwendung, nach Entwicklung und Wissen im Bildungsbereich umgesetzt?

Vor diesem Hintergrund ist dann zu fragen, welches die Potenziale und Risiken heutigen Aufwachsens sind. Betonen wir eher die Schwierigkeiten – etwa Schulabsentismus oder mangelnde Sprachkompetenzen – oder sehen wir auch Chancen und Ressourcen? Dass auch Verschiedenheit und Vielfalt als Chance genutzt werden können, zeigt der Überblick über die Arbeit der EDK im Integrationsbereich.

Ein wichtiger Punkt ist ferner die Diskussion darüber, wie sich bei Verdacht auf Gefährdung oder bei bereits eingetretener Gefährdung des Kindes die Zusammenarbeit zwischen Familie, Schule und Behörden gestaltet und wie die Zuständigkeiten zu regeln sind. Schliesslich wird auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung im Schulbereich vorgestellt, namentlich zu Schullaufbahnentscheiden oder zu Disziplinar-massnahmen.

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV

		1990	2000	2005	2006	2007	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	33 712	34 390	34 801	1,2%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	23 271	24 072	25 274	5,0%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	8 596	8 815	9 230	4,7%
Ausgaben		18 328	27 722	31 327	31 682	33 303	5,1%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	31 178	31 541	33 152	5,1%
Rechnungssaldo		2 027	1 070	2 385	2 708	1 499	-44,7%
Kapital		18 157	22 720	29 393	32 100	40 637 ²	26,6% ²
Bezüger/innen AHV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 684 745	1 701 070	1 755 827	3,2%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	96 297	104 120	107 539	3,3%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 773 000	3 904 000	4 081 000	4 113 000	4 150 000	0,9%

EL zur AHV

		1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	1 695	1 731	1 827	5,5%
davon Beiträge Bund		260	318	388	382	403	5,4%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 308	1 349	1 424	5,6%
Bezüger/innen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	152 503	156 540	158 717	1,4%

IV

		1990	2000	2005	2006	2007 ³	VR ^{1,3}
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	9 823	9 904	11 786	19,0%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	3 905	4 039	4 243	5,0%
davon Beiträge öff. Hand		2 067	4 359	5 781	5 730	7 423	29,6%
Ausgaben		4 133	8 718	11 561	11 460	13 867	21,0%
davon Renten		2 376	5 126	6 750	6 542	6 708	2,5%
Rechnungssaldo		278	-820	-1 738	-1 556	-2 081	33,7%
Kapital		6	-2 306	-7 774	-9 330	-11 411	22,3%
Bezüger/innen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	289 834	298 684	295 278	-1,1%

EL zur IV

		1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 286	1 349	1 419	5,2%
davon Beiträge Bund		69	182	288	291	306	5,2%
davon Beiträge Kantone		241	665	999	1 058	1 113	5,2%
Bezüger/innen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	92 001	96 281	97 915	1,7%

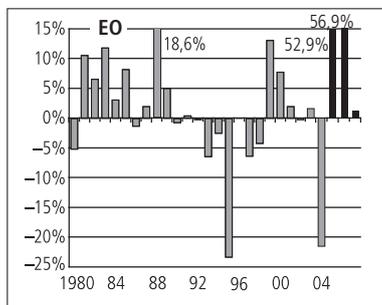
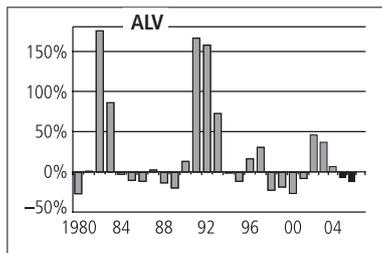
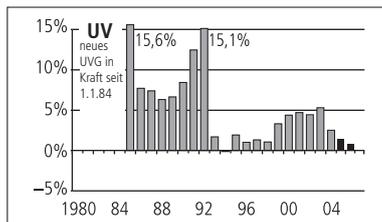
BV/2. Säule Quelle: BFS/BSV

		1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	50 731	53 734	...	5,9%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	13 004	13 488	...	3,7%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	19 094	19 908	...	4,3%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	14 745	15 081	...	2,3%
Ausgaben		15 727	31 605	35 611	36 081	...	1,3%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	25 357	26 895	...	6,1%
Kapital		207 200	475 000	565 400	604 400	...	6,9%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	508 000	748 124	871 282	896 026	...	2,8%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 944	18 907	19 685	...	4,1%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	18 554	19 384	...	4,5%
Ausgaben		8 417	14 056	18 375	18 737	...	2,0%
davon Leistungen		8 204	15 478	20 383	20 653	...	1,3%
davon Kostenbeteiligung		-801	-2 288	-2 998	-3 042	...	1,5%
Rechnungssaldo		451	-113	532	948	...	78,3%
Kapital		...	7 122	8 499	9 604	...	13,0%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 202	3 309	...	3,3%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	4 181	5 993	7 297	7 674	...	5,2%
davon Beiträge der Vers.	3 341	4 671	5 842	6 009	...	2,9%
Ausgaben	3 043	4 547	5 444	5 485	...	0,7%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	2 743	3 886	4 680	4 725	...	0,9%
Rechnungssaldo	1 139	1 446	1 853	2 190	...	18,2%
Kapital	11 172	27 341	35 594	38 335	...	7,7%

ALV Quelle: seco	1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	776	6 450	4 805	4 888	5 085	4,0%
davon Beiträge AN/AG	648	6 184	4 346	4 487	4 668	4,0%
davon Subventionen	-	225	449	390	402	3,1%
Ausgaben	492	3 514	6 683	5 942	5 064	-14,8%
Rechnungssaldo	284	2 935	-1 878	-1 054	22	-102,0%
Kapital	2 924	-3 157	-2 675	-3 729	-3 708	-0,6%
Bezüger/innen ⁴ Total	58 503	207 074	322 640	299 282	261 341	-12,7%

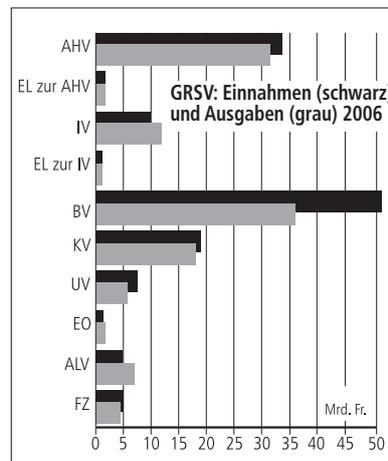
EO	1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen Mio. Fr.	1 060	872	1 024	999	939	-6,0%
davon Beiträge	958	734	835	864	907	5,1%
Ausgaben	885	680	842	1 321	1 336	1,2%
Rechnungssaldo	175	192	182	-321	-397	23,6%
Kapital	2 657	3 455	2 862	2 541	2 143	-15,6%

FZ	1990	2000	2005	2006	2007	VR ¹
Einnahmen geschätzt Mio. Fr.	3 049	4 517	4 945	5 009	...	1,3%
davon FZ Landw. (Bund)	112	139	125	120	...	-3,8%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2006

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2005/2006	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2005/2006	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	33 619	3,5%	31 682	1,1%	1 937	32 100
EL zur AHV (GRSV)	1 731	2,1%	1 731	2,1%	-	-
IV (GRSV)	9 904	0,8%	11 460	-0,9%	-1 556	-9 330
EL zur IV (GRSV)	1 349	4,9%	1 349	4,9%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	53 734	5,9%	36 081	1,3%	17 652	604 400
KV (GRSV)	19 685	4,1%	18 737	2,0%	948	9 604
UV (GRSV)	7 674	5,2%	5 485	0,7%	2 190	38 335
EO (GRSV)	929	3,6%	1 321	56,9%	-391	2 541
ALV (GRSV)	4 888	1,7%	5 942	-11,1%	-1 054	-3 729
FZ (GRSV) (Schätzung)	5 009	1,3%	4 980	2,0%	29	...
Konsolidiertes Total (GRSV)	137 914	4,4%	118 159	1,0%	19 755	673 920

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



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	2000	2002	2003	2004	2005	2006
Soziallastquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	26,1%	26,9%	27,2%	27,1%	27,4%	27,2%
Sozialleistungsquote ⁶ (Indikator gemäss GRSV)	19,6%	20,8%	21,8%	22,0%	22,2%	21,5%

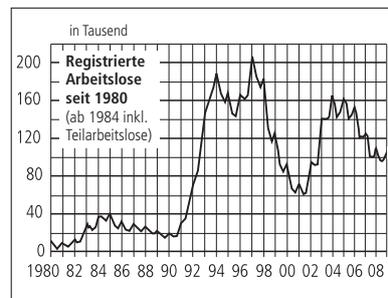
Arbeitslose

	Ø 2005	Ø 2006	Ø 2007	Sept. 08	Okt. 08	Nov. 08
Ganz- und Teilarbeitslose	148 537	131 532	109 189	95 980	100 471	107 652

Demografie

Basis: Mittleres Szenario A-00-2005, BFS

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	37,6%	33,5%	31,3%	32,1%	32,1%	31,7%
Altersquotient ⁷	25,0%	28,0%	33,5%	42,6%	48,9%	50,9%



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. Überweisung von 7038 Mio. Fr. Bundesanteil aus dem Verkauf des SNB-Goldes im Jahr 2007.
 3 Infolge NFA Werte mit Vorjahren nicht direkt vergleichbar.
 4 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 5 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.
 6 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.

7 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen (>65-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 65).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2008 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Wichtige Masszahlen im Bereich der beruflichen Vorsorge

MARIE-CLAUDE SOMMER, Bereich Mathematik, Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik, Bundesamt für Sozialversicherungen

Merkmale in Franken oder in Prozent	2008		2009	
	BVG-Rücktrittsalter : 65 (Männer 1943 geboren)	64 (Frauen 1944 geboren)	65 (Männer 1944 geboren)	64 (Frauen 1945 geboren)
1. Jährliche AHV-Altersrente				
minimal	13 260		13 680	
maximal	26 520		27 360	
2. Lohndaten der Aktiven				
Eintrittsschwelle; minimaler Jahreslohn	19 890		20 520	
Koordinationsabzug	23 205		23 940	
max. BVG-rentenbildender Jahreslohn	79 560		82 080	
min. koordinierter Jahreslohn	3 315		3 420	
max. koordinierter Jahreslohn	56 355		58 140	
3. Altersguthaben (AGH)				
BVG Mindestzinssatz	2,75 %		2 %	
Min. AGH im BVG-Rücktrittsalter	15 277	15 808	15 845	16 560
in % des koordinierten Lohnes	461 %	477 %	463,3 %	484,2 %
Max. AGH im BVG-Rücktrittsalter	246 794	255 289	256 484	267 982
in % des koordinierten Lohnes	438 %	453 %	441,1 %	460,9 %
4. Altersrente und anwartschaftliche Hinterlassenenrenten				
Renten-Umwandlungssatz in % des AGH im BVG-Rententalter	7,05 %	7,10 %	7,05 %	7,00 %
min. jährliche Altersrente im BVG-Rücktrittsalter	1 077	1 122	1 117	1 159
– in % des koordinierten Lohnes	32,5 %	33,9 %	32,7 %	33,9 %
min. anw. jährliche Witwenrente, Witwerrente	646	673	670	695
min. anw. jährliche Waisenrente	215	224	223	232
max. jährliche Altersrente im BVG-Rücktrittsalter	17 399	18 126	18 082	18 759
– in % des koordinierten Lohnes	30,9 %	32,2 %	31,1 %	32,3
max. anw. jährliche Witwenrente, Witwerrente	10 439	10 875	10 849	11 255
max. anw. jährliche Waisenrente	3 480	3 625	3 616	3 752
5. Barauszahlung der Leistungen				
Grenzbetrag des AGH für Barauszahlung	18 600	18 600	19 400	19 500
6. Teuerungsanpassung Risikorenten vor dem Rücktrittsalter				
erstmalig nach einer Laufzeit von 3 Jahren	3,0 %		4,5 %	
nach einer weiteren Laufzeit von 2 Jahren	–		3,7 %	
nach einer weiteren Laufzeit von 1 Jahr	–		2,9 %	
7. Beitrag Sicherheitsfonds BVG				
für Zuschüsse wegen ungünstiger Altersstruktur	0,07 %		0,07 %	
für Leistungen bei Insolvenz und für andere Leistungen	0,02 %		0,02 %	
max. Grenzlohn für die Sicherstellung der Leistungen	119 340		123 120	
8. Versicherung arbeitsloser Personen im BVG				
Eintrittsschwelle; minimaler Tageslohn	76,40		78,80	
Koordinationsabzug vom Tageslohn	89,10		91,95	
max. Tageslohn	305,55		315,20	
min. koordinierter Tageslohn	12,75		13,15	
max. koordinierter Tageslohn	216,40		223,25	
9. Steuerfreier Grenzbetrag Säule 3a				
oberer Grenzbetrag bei Unterstellung unter 2. Säule	6 365		6 566	
oberer Grenzbetrag ohne Unterstellung unter 2. Säule	31 824		32 832	

Wichtige Masszahlen im Bereich der beruflichen Vorsorge

Die jährlichen Angaben seit 1985 sind auf der BSV-Homepage www.bsv.admin.ch/themen/vorsorge/00039/index.html?lang=de

Erläuterungen zu den Masszahlen

	Art.
1. Die minimale AHV-Altersrente entspricht der Hälfte der maximalen AHV-Altersrente.	34 AHVG 34 Abs. 3 AHVG
2. ArbeitnehmerInnen, die bei einem Arbeitgeber einen Jahreslohn beziehen, der den minimalen Lohn übersteigt, unterstehen ab 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres für die Risiken Tod und Invalidität, ab 1. Januar nach Vollendung des 24. Altersjahres auch für das Alter der obligatorischen Versicherung. Ab dem 1.1.2005 entspricht die Eintrittsschwelle 3/4 der max. AHV-Rente, der Koordinationsabzug 7/8, der minimale koordinierte Lohn 1/8 und der maximale koordinierte Lohn 17/8 der max. AHV-Rente.	2 BVG 7 Abs. 1 und 2 BVG 8 Abs. 1 BVG 8 Abs. 2 BVG 46 BVG
3. Das Altersguthaben besteht aus den Altersgutschriften, die während der Zeit der Zugehörigkeit zu einer Pensionskasse angespart worden sind, und denjenigen, die von vorhergehenden Einrichtungen überwiesen wurden, sowie aus den Zinsen (Mindestzinssatz 4 % von 1985 bis 2002, 3,25 % im Jahr 2003, 2,25 % im Jahr 2004, 2,5 % von 2005 bis 2007, 2,75 % ab 2008, 2 % ab 2009).	15 BVG 16 BVG 12 BVV2 13 Abs. 1 BVG 62a BVV2
4. Die Altersrente wird in Prozent (Umwandlungssatz) des Altersguthabens berechnet, das der/die Versicherte bei Erreichen des Rentenalters erworben hat. Minimale bzw. maximale Altersrente BVG: Leistungsanspruch einer versicherten Person, die seit 1985 ununterbrochen immer mit dem minimalen bzw. immer mit dem maximalen koordinierten Lohn versichert war. Die Witwenrente bzw. Witwerrente entspricht 60 % der Altersrente und die Kinderrente 20 % der Altersrente. Die anwartschaftlichen Risikoleistungen berechnen sich aus der Summe des erworbenen und des bis zum Rücktrittsalter projizierten Altersguthabens.	14 BVG 62c BVV2 und Übergangsbestimmungen Bst. a 18, 19, 21, 22 BVG 18, 20, 21, 22 BVG
5. Die VE kann anstelle der Rente eine Kapitalabfindung ausrichten, wenn die Alters- oder Invalidenrente bzw. die Witwen-, Witwer- oder Waisenrente weniger als 10 bzw. 6 oder 2 Prozent der Mindestaltersrente der AHV beträgt. Ab 2005 kann der Versicherte ein Viertel seines Altersguthabens als Kapital verlangen.	37 Abs. 3 BVG 37 Abs. 2 BVG
6. Die obligatorischen Risikorenten müssen bei Männern bis zum Alter 65 und bei Frauen bis zum Alter 64 der Preisentwicklung angepasst werden. Dies geschieht erstmals nach einer Laufzeit von 3 Jahren zu Beginn des folgenden Kalenderjahres. Die Zeitpunkte der nachfolgenden Anpassungen entsprechen denjenigen der AHV-Renten.	36 Abs. 1 BVG
7. Der Sicherheitsfonds stellt die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehenden reglementarischen Leistungen von zahlungsunfähig gewordenen VE sicher, soweit diese Leistungen auf Vorsorgeverhältnissen beruhen, aber nur bis zu dem maximalen Grenzlohn. (www.sfbvg.ch)	14, 18 SFV 15 SFV 16 SFV 56 Abs. 1c, 2 BVG
8. Seit dem 1.1.1997 unterstehen BezügerInnen von Taggeldern der Arbeitslosenversicherung für die Risiken Tod und Invalidität der obligatorischen Versicherung. Die in den Artikeln 2, 7 und 8 BVG festgehaltenen Grenzbeträge müssen in Tagesgrenzbeträge umgerechnet werden. Die Tagesgrenzbeträge erhält man, indem die Jahresgrenzbeträge durch den Faktor 260,4 geteilt werden.	2 Abs. 3 BVG 40a AVIV
9. Maximalbeträge gemäss der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen: Gebundene Vorsorgeversicherungen bei Versicherungseinrichtungen und gebundene Vorsorgevereinbarungen mit Bankstiftungen.	7 Abs. 1 BVV3

Literatur

Sozialpolitik

Monica Budowski / Michael Nolert (Hrsg.): **Soziale Gerechtigkeiten.** Differenzen. 272 Seiten. Fr. 45.–. 2008. ISBN 978-3-03777-051-1. Seismo Verlag, Zürich. Beim Begriff «soziale Gerechtigkeit» scheiden sich die Geister. Während viele PolitikerInnen gerechte soziale Verhältnisse fordern und sich SozialwissenschaftlerInnen überlegen, was «Gerechtigkeit» beinhaltet, bezeichnen kritische Stimmen diesen Begriff als inhaltsleeres Schlagwort, das sich bestenfalls als Instrument im politischen Kampf eignet. Der vorliegende Sammelband dokumentiert, dass die Debatte über soziale Gerechtigkeit in der Tat viele Facetten aufweist. Die Beiträge von elf WissenschaftlerInnen aus drei Ländern und unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Disziplinen decken ein breites Spektrum an Perspektiven auf das Thema «soziale Gerechtigkeit» ab. Dabei zeigt sich zum einen, dass sich diese Thematik am besten erschliessen lässt, wenn sie aus unterschiedlichen disziplinären und nationalen Blickwinkeln beleuchtet wird. Zum andern wird deutlich, dass es nicht eine, sondern verschiedene Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit gibt, und diese Gerechtigkeitsvorstellungen die Wahrnehmung und das Handeln individueller und kollektiver Akteure beeinflussen. In diesem Sinne verweist der Titel des ersten Buches in der Reihe «Differenzen», Soziale Gerechtigkeiten, auf die Pluralität von Perspektiven zwischen Verteilungs- und Anerkennungsaspekten.

Ursula Renz / Barbara Bleisch (Hrsg.): **Zu wenig.** Dimensionen der Armut. 295 Seiten. Fr. 38.–. 2007. ISBN 978-3-03777-050-4. Seismo Verlag, Zürich. Arm zu sein bedeutet immer auch, in der einen oder ande-

ren Weise zu wenig zu haben. Doch wie wenig ist zu wenig? Und wovon hat zu wenig, wer als arm gilt? Lässt sich Armut bei uns mit der Armut in Entwicklungsländern vergleichen und wenn ja, anhand welcher Massstäbe? Wie nehmen wir Armut wahr – und wo und weshalb übersehen wir sie? Worin zeichnet sich Armut in Industrieländern aus, und welche Herausforderungen stellt sie an den Sozialstaat? Welche ökonomischen und technischen Strategien der Armutsbekämpfung werden gegenwärtig in Politik und Wissenschaft diskutiert? Diesen und weiteren Fragen geht der vorliegende Band in 13 Beiträgen aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen auf den Grund und wirft Schlaglichter auf ganz unterschiedliche Dimensionen dessen, was es heissen kann, zu wenig zu haben.

Familienfragen

Pasqualina Perrig-Chiello / François Höpflinger / Christian Suter: **Generationen – Strukturen und Beziehungen.** Generationenbericht Schweiz. 430 Seiten. Fr. 58.–. 2008. ISBN 978-3-03777-063-4. Seismo Verlag, Zürich. Generationenbeziehungen berühren alle Phasen des Lebens, von der Geburt bis zum Lebensende, und das Verhältnis von Jung und Alt beeinflusst alle Lebensbereiche, von Alltagskontakten bis hin zu Kultur, Wirtschaft und Politik. Der erste Generationenbericht der Schweiz – ausgehend von Forschungsergebnissen aus dem Nationalen Forschungsprogramm 52 «Kindheit, Jugend und Generationenbeziehungen» – vermittelt eine umfassende Darstellung neuer Trends zu familialen und ausserfamilialen Generationenbeziehungen. Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen unterliegt das Verhältnis zwischen Generationen einem raschen Wandel. Dies berührt die Beziehungen zwi-

schen Kindern, Eltern und Grosseltern als auch sozialpolitische Regelungen, politische Diskurse und wirtschaftliche Verhältnisse. Generationenbeziehungen und intergenerationale Aktivitäten haben sich nach sorgfältiger Analyse vielfach positiver entwickelt, als dies Diskussionen über aktuelle Generationenkonflikte vermuten lassen. Der Generationenbericht korrigiert viele populäre Vorstellungen über den Zusammenbruch der Generationensolidarität.

Sozialversicherungen

Erwin Murer (Hrsg.): **Was darf dem erkrankten oder verunfallten Menschen zugemutet werden?** Die Zumutbarkeit als Schlüsselbegriff des Versicherungs- und Haftpflichtrechts sowie der Versicherungsmedizin. Freiburger Sozialrechtstage 2008. 342 Seiten. Fr. 86.–. 2008. ISBN 978-3-7272-9791-5. Stämpfli Verlag AG, Bern. Zu den grössten Problemen des Entschädigungsrechts gehört die Beantwortung der Frage, ob eine nicht oder nur schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigung eine dauernde Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit zu bewirken vermag. Das entscheidende rechtliche Abgrenzungskriterium ist die *Zumutbarkeit*. Bei somatoformen Schmerzstörungen liegt diese gemäss Rechtsprechung z.B. nur vor, wenn der versicherten Person nicht zugemutet werden kann, den Schmerz willentlich zu überwinden. Wo liegt aber die «genaue» Grenze zwischen dem Erträglichen und Nichterträglichen? Wann schlägt Zumutbarkeit in Unzumutbarkeit um? Nach welchen Kriterien entscheiden die Rechtsanwender, nach welchen die beigezogenen Medizinerinnen und Mediziner? Fachleute aus Medizin, Recht und weiteren Wissenschaften versuchen, in einem pluridisziplinären Ansatz die Problematik aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten.

Inhaltsverzeichnis der «Sozialen Sicherheit» CHSS 2008

AHV	Heft/Seite
Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Australien.	1/3
Positives Jahresergebnis der AHV trotz bescheidenem Beitrag der Anlagen	2/74
Die Rechnungsergebnisse 2007 der AHV, IV und Erwerbsersatzordnung.	2/111
Die Beiträge der Nichterwerbstätigen in der AHV, der IV und der EO.	2/116
Reform der Altersvorsorge in Europa – Modelle für die Schweiz?.	5/254
Anpassung der AHV/IV-Renten, neue Grenzbeträge in der beruflichen Vorsorge	5/255
Rentenreformen in den OECD-Ländern: Beispiele für die Schweiz?.	5/294
Im Januar 2008 bezogen mehr als zwei Millionen Personen eine AHV-Rente	5/299
Neue AHV-Nummer: Einführung läuft erfolgreich	6/322
60 Jahre AHV – die Bedeutung dieser Sozialversicherung	6/370
60 Jahre AHV – die Entwicklung dieser Sozialversicherung	6/374
60 Jahre AHV – die Zukunft dieser Sozialversicherung	6/379
Altersfragen/Ältere ArbeitnehmerInnen	
Gründung der Unabhängigen Beschwerdestelle für das Alter Schweiz	1/4
Alterspolitik. Alterssurvey (Motion 08.3615)	6/389
Alterspolitik in der Schweiz	
Alterspolitik in einer Gesellschaft für alle Generationen	1/1
Einer Baustelle ähnlich: die Integration älterer Menschen in die Gesellschaft	1/5
Autonomie, Partizipation und Lebensqualität: auch das sind Ziele der Alterspolitik	1/6
Madrid, Berlin, León: Mit UNO-Rhetorik zum Erfolg?.	1/10
Eine Gesellschaft für alle Altersgruppen.	1/12
Chance für ein neues, positives Altersbild.	1/14
Prävention im Alter	1/16
Unterstützung anbieten und Bestätigung finden . .	1/21
Den Zusammenhalt fördern	1/23
Alter und Informationsgesellschaft – den digitalen Graben überbrücken	1/25
Neue Wohnmodelle für eine alternde Gesellschaft auf dem Prüfstand.	1/30
Die schweizerische Alterspolitik aus der Optik des schweizerischen Seniorenrates	1/34
Arbeitslosigkeit/Arbeitsmarkt	
Erwerbsbeteiligung der Frauen in der Schweiz: Teilzeit und familienbedingte Rückzüge	1/4
Flexicurity: Bedeutung für die Schweiz	1/39
Schwarzarbeit (Motion 07.3885)	2/127
Flexicurity: für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialer Sicherheit und Flexibilität des Arbeitsmarkts	3/135
Armut	
Systemübergreifende Koordination bei der Existenzsicherung (Anfrage 07.1096)	1/65
Armutsquote 2006 auf dem gleichen Niveau wie 2000.	2/75
Menschen in prekären Lebenslagen.	2/107
Wirtschaftliche Lage der Pensionierten und Erwerbstätigen gleicht sich an, Armutsrisiko verlagert sich	3/135
Berufliche Vorsorge	
Berufliche Vorsorge: Finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen im Jahr 2006	1/3
Finanzierung öffentlich-rechtlicher Vorsorgeeinrichtungen – Vernehmlassungsergebnisse	2/74
Bericht über die berufliche Vorsorge von atypischen Arbeitnehmenden.	3/135
Berufliche Vorsorge: Verbesserung für atypische Arbeitnehmende.	4/195
Finanzierung der Vorsorgeeinrichtungen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften: Botschaft des Bundesrats	5/255
Berufliche Vorsorge: Anpassung der Anlagebestimmungen.	5/255
Anpassung der AHV/IV-Renten, neue Grenzbeträge in der beruflichen Vorsorge	5/255
Anpassungen der Hinterlassenen- und Invalidenrenten der beruflichen Vorsorge	6/322
Berufliche Vorsorge: Der Mindestzinssatz wird auf 2 % gesenkt.	6/322
Wertschwankungsreserven vor Bewährungsprobe .	6/324
Nachhaltigkeitsstrategie der Pensionskassen (Motion 08.3723).	6/388

Wichtige Masszahlen im Bereich der beruflichen
Vorsorge..... 6/394

Ergänzungsleistungen zur AHV und IV (EL)

Abgeschwächtes Wachstum bei den Ergänzungs-
leistungen zur IV..... 4/233
Ergänzungsleistungen für einkommensschwache
Familien..... 5/256

Erwerbsersatz

Erwerbsersatz bei Mutterschaft – eine erste Bilanz 5/304

Familie, Generationen und Gesellschaftsfragen

Alle anders – alle gleich: Die Jugend engagiert sich
in 130 Projekten für Vielfalt, Menschenrechte und
Partizipation 1/3
Koalition für eine wirkungsvolle Kinder- und
Jugendpolitik..... 1/4
Engagiert für gelebte Vielfalt und Chancengleichheit 1/48
Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Gewalt
in der Familie (Postulat 07.3725)..... 1/67
Jugendaward (Motion 07.3874) 2/126
Präventionsmassnahmen Jugendgewalt
(Motion 07.3894) 2/127
Besserstellung von Alleinerziehenden
(Postulat 07.3877) 3/182
Qualität und gute Anstellungsbedingungen in der
Tagesbetreuung (Motion 08.3011) 3/183
Steuerabzug für die Kinderbetreuung durch Dritte
(Motion 08.3166)..... 3/183
Steuerabzug für Kinderbetreuung
(Interpellation 08.3210)..... 3/184
Familienbasierte Prävention im Frühbereich
(Motion 08.3189)..... 3/186
Wegleitung zum Bundesgesetz über die
Familienzulagen 4/194
Erste öffentlich-private Partnerschaft für nationales
Kinderschutzprogramm..... 4/194
Schweizer Premiere: Gesetzesentwurf zur Verdop-
pelung des Kinderbetreuungsangebots im Kanton
Neuenburg in die Vernehmlassung geschickt ... 4/196
Häusliche Gewalt: Beratung für Täterinnen und
Täter – ein Bericht des Bundes beleuchtet die
Situation..... 4/196
Familien – Erziehung – Bildung 4/243
Zulassungsvoraussetzungen bei der Eröffnung
von Kinderkrippen. Auswirkungen
(Interpellation 08.3395)..... 4/247
Einführung eines kantonalen Vaterschaftsurlaubs
und dessen Finanzierung über die Erwerbsersatz-
ordnung (Parl. Initiative 08.430) 4/247
Bericht über die Schweizer Kinder- und Jugend-
politik 5/254

Jugendministerkonferenz in Kiew 5/254
Generationenkonflikte – heiss debattiert,
aber kaum existent 5/256
Inkrafttreten des neuen Bundesgesetzes über die
Familienzulagen 6/322
Frühförderung – Schweden als Modell 6/324

Neues Familienzulagengesetz

Das neue Familienzulagengesetz steht vor dem
Inkrafttreten 2/73
Familienzulagen: die neue Konstellation 2/76
Ab nächstem Jahr gelten in der ganzen Schweiz
einheitliche Regelungen für die Familienzulagen. . 2/77
Anpassung der kantonalen Gesetzgebungen über
die Familienzulagen an das neue Bundesgesetz ... 2/83
Bundesgesetz über die Familienzulagen in der
Landwirtschaft (FLG) 2/87
Ein Kind, eine Zulage 2/91
Statistik über die Familienzulagen 2/94
Umsetzung des Familienzulagengesetzes:
Standpunkt der kantonalen Ausgleichskassen ... 2/96
Das Bundesgesetz über Familienzulagen aus der
Sicht der Verbandsausgleichskassen. 2/98
Anpassung des Waadtländer Familienzulagen-
gesetzes ans FamZG..... 2/100
Das neue Familienzulagengesetz – aus der Optik
der Arbeitgeber..... 2/103
Ausblick auf das neue Familienzulagengesetz
aus der Sicht der Arbeitnehmenden. 2/105

Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz

Eine Renovation der Kinder- und Jugendpolitik
in der Schweiz 5/253
Welchen Weg geht der Bund bei der Kinder- und
Jugendpolitik?..... 5/257
Strategie für eine schweizerische Kinder- und
Jugendpolitik..... 5/258
Was lange währt, wird nicht immer gut 5/262
Erste Einschätzungen der Eidgenössischen
Kommission für Kinder- und Jugendfragen. 5/266
Strategie für eine schweizerische Kinder- und
Jugendpolitik – Erkenntnisse zu wenig umgesetzt.. 5/270
Erster Stein im Mosaik einer wirkungsvollen
Kinder- und Jugendpolitik – griffigere Massnahmen
nötig 5/272
Wirkungsvolle Kinder- und Jugendpolitik
erfordert mehr! 5/277

Gesundheitswesen

Pflegefinanzierung: Erhebung von Pflegekosten... 1/57
Wieso haben Kantone so unterschiedliche Gesund-
heitskosten?..... 1/60
Zweckmässige Versichertenkarte (Motion 07.3703) 1/65

Nationaler Spitztag am 3. Mai 2008	2/75	Invalidenversicherung/Behindertenfragen	
Die Kosten der Langzeitpflege werden sich bis 2030 in der Schweiz mehr als verdoppeln	3/136	Invalidenversicherung: Bekämpfung des Versicherungsbetrugs	1/3
Kennzahlen der Schweizer Spitäler – eine neue Statistikpublikation zur Krankenversicherung	3/175	Pilotversuch Assistenzbudget für Behinderte: Evaluation liegt vor	1/3
Prämienverbilligung – zwischen wünschbaren Zielen und finanziellen Rahmenbedingungen	3/178	Evaluation des Pilotversuchs «Assistenzbudget»	1/50
Handy-Verbot für Kinder (Motion 08.3224)	3/184	Nicht zielkonforme Leistungen in der IV	1/53
Anti-Aging-Medizin (Postulat 08.3161)	3/185	Früherfassung und Frühintervention der IV: Broschüre für Arbeitgeber	2/74
Präventionsgesetz: Der Bundesrat eröffnet die Vernehmlassung	4/196	IV: Abnahme der Neurenten 2007 – erste Auswirkungen der 5. Revision	2/74
Der Ärztemangel könnte bis 2030 die ambulante medizinische Versorgung in der Schweiz gefährden	4/196	Invalidenversicherung: Studien zu den regionalen ärztlichen Diensten und zum Wandel der Rechtsprechung	2/74
Statistik der Kosten und Leistungen	4/239	Neue datenschutzrechtliche Grundlage für das IV-Abklärungsverfahren	2/122
Die Schweizer Bevölkerung fühlt sich gesund	5/256	Botschaft zur 6. IV-Revision bis Ende 2008	2/126
Revision des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung	5/308	Personalverleih für Behinderte: Zusätzliche Dienstleister	3/134
Prävention und Gesundheitsförderung		Mehr Verbindlichkeit für die interinstitutionelle Zusammenarbeit	3/135
Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz	6/321	Invalidenversicherung: Pilotprojekte zur Förderung der Eingliederung gesucht	3/135
Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen stärken	6/325	Chancen und Risiken des beschleunigten IV-Verfahrens	3/148
Neue gesetzliche Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung	6/326	Gemeinsam gegen den Drehtüreffekt: Erste Erfahrungen mit MAMAC sind vielversprechend	3/153
Stärkung der Prävention und der Gesundheitsförderung: wirtschaftliche Argumente	6/328	Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung	3/158
Prävention und Gesundheitsförderung aus kantonaler Sicht	6/332	Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischer Leistungsbeeinträchtigung	3/163
Mit vereinten Kräften zum Erfolg	6/335	Verfahrensstraffung und Einführung des neuen Bundesgesetzes über das Bundesgericht	3/168
Lotsen in Gesundheitsfragen	6/338	Gewinn der Nationalbank zur Äufnung des neuen IV-Ausgleichsfonds	3/185
Die Rolle des Apothekers, der Apothekerin in der Prävention	6/340	Erfolgreiche Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung	4/195
Nationales Programm Alkohol 2008–2012	6/343	Disability Management – ein neuer Handlungsansatz in Unternehmen der Schweiz	4/228
Nationales Programm Tabak 2008–2012	6/347	Abgeschwächtes Wachstum bei den Ergänzungsleistungen zur IV	4/233
Nationales Programm Ernährung und Bewegung 2008–2012	6/351	Umsetzung der 5. IV-Revision in der Bundesverwaltung	4/246
Prävention nicht übertragbarer Krankheiten: Beispiel psychische Krankheiten	6/354	Hörgeräteversorgung, Wettbewerb statt staatliche Administration	4/246
Präventionskampagnen: Millionen in den Sand gesetzt?	6/357	Disability Management lohnt sich	5/254
Gleichstellung		Mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung für Menschen mit Behinderung	5/254
Erwerbsbeteiligung der Frauen in der Schweiz: Teilzeit und familienbedingte Rückzüge	1/5	Die nächsten Etappen zur Sanierung der Invalidenversicherung	5/254
Fortschritte in der Gleichstellung	6/324	Die IV-Reform ist auf Kurs	5/255
International		Senkung der Hörgerätepreise für IV und Hörbehinderte	5/255
Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Australien	1/3		
Ozeanien: eine andere Welt der Sozialversicherungen	4/236		
Jugendministerkonferenz in Kiew	5/254		

IV-Statistik 2008: Weniger Rentenausgaben	5/280
Vergütung von Hilfe, Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen	5/284
Die Rechtsprechung und Gerichtspraxis der Invalidenversicherung und ihre Wirkungen	5/289
Internationale Betrugsbekämpfung in der IV.	6/322
Eingliedern ist besser als ausschliessen	6/383
Beratende Kommission betreffend Genehmigung von kantonalen Behindertenkonzepten (Interpellation 08.3304)	6/386
Übermässige Kosten durch psychische IV-Fälle (Anfrage 08.1062)	6/386
Hörgeräte. Zweckmässige Versorgung durch Wettbewerb und Pauschalen (Motion 08.3662)	6/388

Personelles

Rolf Camenzind wird neuer Kommunikationschef des BSV	1/3
Michel Valterio geht in den Ruhestand	6/323

Sozialpolitik

Flexicurity: Bedeutung für die Schweiz	1/39
Junge Frauen in der Sozialhilfe	1/44
Menschen in prekären Lebenslagen	2/107
Die wirtschaftliche Situation der Erwerbstätigen und Personen im Ruhestand	3/133
Flexicurity: für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen sozialer Sicherheit und Flexibilität des Arbeitsmarkts	3/135
Sozialhilfequote hat sich stabilisiert	3/136
Die wirtschaftliche Situation von Personen im Ruhestand: neue Daten, neue Prioritäten	3/137
Europa im Fokus	3/143
Sozialhilfe 2007: Weniger Fälle, aber längere Unterstützungsdauer	4/196
Europäisches Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung	4/246
Reform der Altersvorsorge in Europa – Modelle für die Schweiz?	5/254
Rentenreformen in den OECD-Ländern: Beispiele für die Schweiz?	5/294
Soziale Fragen aus ökonomischer Sicht	
Soziale Fragen sind auch ökonomische Fragen	4/193
Wenn ÖkonomInnen in der Sozialpolitik mitreden	4/197
Vom Nutzen wirtschaftlicher Überlegungen in der Sozialpolitik	4/198
Das Verursacherprinzip in der Sozialpolitik: Perspektive und Anwendung	4/201
Sinn und Unsinn des Zwangssparens	4/207
Möglichkeiten und Grenzen der Subjektfinanzierung mit Betreuungsgutscheinen	4/212

Partizipationseinkommen: ein wirkungsvolles Instrument im Kampf gegen die Armut?	4/218
Nettosozialleistungen: Ein Untersuchungsansatz mit bedeutenden Folgen	4/223

Soziale Sicherheit/Sozialversicherungen

Reform der Sozialversicherungsgesetzgebung – Stand nach Wintersession 2007	1/2
Reform der Sozialversicherungsgesetzgebung – Stand nach Frühlingsession 2008	3/134
Reform der Sozialversicherungsgesetzgebung – Stand nach Sommersession 2008	4/194
Neugestaltung des Jahresberichts zu den Sozialversicherungen	4/195
Neuerungen, Anpassungen und laufende Reformen bei den Sozialversicherungen	6/360
Ergebnisse der schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2008	6/366

Varia

2,0 Prozent Teuerung am Jahresende	1/4
Statistisches Jahrbuch der Schweiz	2/75
E-Projekte im EDI	3/136
Jahresteuern 2,3 Prozent	3/136
Nominallohnerhöhung um 1,6 Prozent: stärkste Zunahme seit fünf Jahren	3/136
Erneut leichte Zunahme bei den Geburten	4/196
Tendenz zu längerer Ausbildungsdauer in den OECD-Ländern hält an	5/256
Anpassung der Renten der Militärversicherung	6/324
Die Renten der Unfallversicherung werden an die Teuerung angepasst	6/324

Rubriken

Parlamentarische Vorstösse	1/65, 2/126, 3/182, 4/246, 5/313, 6/386
Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats	1/68, 2/128, 3/188, 4/248, 5/316, 6/390
Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	1/69, 2/129, 3/189, 4/249, 5/317, 6/391
Sozialversicherungsstatistik	1/70, 2/130, 3/190, 4/250, 5/318, 6/392
Literatur und Links	
– Sozialversicherungen	1/72, 2/132, 3/192, 4/252, 5/320, 6/396
– Sozialpolitik	1/72, 3/192, 4/252, 5/320, 6/396
– Gesundheitswesen	3/192, 4/252
– Familienfragen	1/132, 6/396
– Vorsorge	3/192
– Invalidenversicherung	2/132
– Arbeitsmarkt	5/320
– Jugendpolitik	1/72



Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Tätigkeitsbericht 2007, Aufsicht Berufliche Vorsorge (ABV)	d ¹ Gratis
Statistiken zur sozialen Sicherheit: IV-Statistik 2008	318.124.08 d / f ² Fr. 13.–

¹ Bundesamt für Sozialversicherungen, Effingerstrasse 20, 3003 Bern, www.bsv.admin.ch

² Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, Fax: 031 325 50 58
verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2006:

Nr. 1/06 Berufliche Vorsorge – quo vadis?
Nr. 2/06 11. AHV-Revision zum Zweiten
Nr. 3/06 Anstossfinanzierung – familienexterne Kinderbetreuung
Nr. 4/06 10 Jahre KVG
Nr. 5/06 Wenn Behörden ins Familienleben eingreifen
Nr. 6/06 Das Pflegekinderwesen in der Schweiz

Nr. 1/07 Soziale Sicherheit und Arbeitsmarkt
Nr. 2/07 Solidarität bei den Sozialversicherungen
Nr. 3/07 Forschungskonzept 2008–2011 «Soziale Sicherheit»
Nr. 4/07 Kinderrechte
Nr. 5/07 Neuer Finanzausgleich
Nr. 6/07 Umsetzung 5. IV-Revision

Nr. 1/08 Alterspolitik der Schweiz
Nr. 2/08 Neues Familienzulagengesetz
Nr. 3/08 Kein Schwerpunkt
Nr. 4/08 Soziale Fragen aus ökonomischer Sicht
Nr. 5/08 Kinder- und Jugendpolitik in der Schweiz
Nr. 6/08 Prävention und Gesundheitsförderung

Die Schwerpunkte sowie weitere Rubriken sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2002 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellung von Einzelnummern:

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

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Rosmarie Marolf E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Sabrina Gasser, Administration E-Mail: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Telefon 031 325 93 13 Die Meinung BSV-externer AutorInnen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Susanna Bühler, Bernadette Deplazes, Stefan Müller, Andrea Nagel	Auflage	Deutsche Ausgabe 5100 Französische Ausgabe 1800
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670 318.998.6/08d