

Schwerpunkt

Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal

Sozialpolitik

Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut

Vorsorge

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2012

Soziale Sicherheit

CHSS 3/2013



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 3/2013

Editorial	113
Chronik April / Mai 2013	114

Schwerpunkt

Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal

Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung (Daniela Schibli, GDK)	117
Gesundheitsberufe / berufsübergreifende Zusammenarbeit (Olivier-Jean Glardon, BAG)	121
Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin (Maria Hodel, BAG)	125
Hausarztmedizin: Ein Ziel, viele Wege – Volksinitiative, Gegenentwurf, Masterplan (Brigitte Menzi und Nuria del Rey, BAG)	131
Ärzterschaft in der Schweiz: aktuelle Fragen zur künftigen Entwicklung (Laila Burla, Obsan)	135
Transparenz und Qualität in der Psychologie und psychologischen Psychotherapie (Marianne Gertsch, BAG)	137

Sozialpolitik

Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut (Joana Guldemann, BSV)	139
Fortwährende Erholung der Sozialversicherungsfinanzen 2011/2012 (Stefan Müller, Salome Schüpbach und Solange Horvath, BSV)	143

Invalidenversicherung

Startkapital – Pilotprojekt nach Art. 68 ^{quater} IVG (Adelaide Bigovic, BSV)	148
Rückblick auf die Arbeit der IFEG-Kommission (Ralf Kocher und Nikos Stamoulis, BSV)	151

Gesundheit

Kosteneinsparungen und Risikoselektion bei Modellen der Krankenversicherung (Jürg Burri, BAG)	154
---	-----

Vorsorge

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2012 (Jacques Méry, BSV)	160
--	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	164
Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats)	168

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	169
Sozialversicherungsstatistik	170
Literatur	172

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Gesundheitsbildungspolitik



Dr. Catherine Gasser

Leiterin Abteilung Gesundheitsberufe,
Bundesamt für Gesundheit

Die Gesundheitsbildungspolitik ist derzeit stark gefordert, nachdem sie noch bis vor wenigen Jahren nur punktuell im Fokus des öffentlichen Interesses gestanden hat. Die bedarfsgerechte Ausrichtung der betroffenen Bildungsgänge wird mittlerweile als unverzichtbarer Beitrag an eine wirksame und nachhaltige Gesundheitsversorgung diskutiert. Die angestrebte Versorgungssicherheit gründet dabei sowohl auf quantitativen als auch auf qualitativen Parametern: Es muss nicht nur genügend sondern auch gut qualifiziertes Gesundheitspersonal zur Verfügung stehen, das in einem ansprechenden Arbeitsumfeld wirken kann.

Aufgrund der demografischen Prognosen und einer Zunahme der chronischen Krankheiten gilt es als ziemlich sicher, dass sich die Versorgungslage in einzelnen Regionen und Fachgebieten schon in naher Zukunft verschlechtern wird. Es sei denn, die Gesundheitsbildungspolitik findet rechtzeitig gute Lösungen – eine Einschätzung, die 2011 in einem gemeinsamen Bericht von OECD und WHO zum Schweizer Gesundheitswesen bestätigt wurde. Neben den sich abzeichnenden, punktuellen Versorgungslücken weist die Schweiz auch Regionen mit einer sehr hohen Dichte an Health Professionals aus. Da sich dort die Anzeichen einer Überversorgung mehren, diskutiert die Politik die Einführung einer Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich.

Rund ein Drittel der in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. der Pflegenden verfügt über einen im Ausland erworbenen Abschluss. Offensichtlich bildet das Land zu wenig Gesundheitspersonal aus, um die eigenen Bedürfnisse zu decken und gerät so in eine heikle Abhängigkeit von ausländischen Bildungsinvestitionen. Der skizzierte

Zustand steht auch dem Code of Practice entgegen, den die WHO im Mai 2010 verabschiedet hat. Dieser Verhaltenskodex soll die Versorgung mit Gesundheitspersonal international sichern und verhindern helfen, dass einzelne Länder längerfristig auf Kosten anderer profitieren.

Die Patientenbedürfnisse und die Versorgungsstrukturen verändern sich. Zunehmend gefragt sind Fachkräfte, die sich in interdisziplinären, interprofessionellen Settings und integrierten Versorgungsmodellen zurechtfinden und bereit sind, die Selbstkompetenz der Patientinnen und Patienten aktiv zu unterstützen. Dabei sollen die Fachkräfte aber auch attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine Karriere im Gesundheitsbereich ohne vorzeitigen Ausstieg begünstigen. Wichtig wären zum Beispiel flexible und familienfreundliche Arbeitsmodelle, welche einer gleichberechtigten Lebensgestaltung beider Geschlechter entgegenkommen würde.

Mit der Agenda Gesundheit2020 hat der Bundesrat im Januar 2013 seine gesundheitspolitischen Prioritäten bis 2020 festgelegt (mehr dazu: www.gesundheit2020.ch). Insgesamt 36 Massnahmen wurden zwölf Zielen und vier Handlungsfeldern zugeordnet. Der zunehmenden Bedeutung der Gesundheitsbildungspolitik wurde Rechnung getragen, indem im Handlungsfeld Versorgungsqualität drei konkrete Massnahmen verankert wurden: Erstens sollen in allen Fachgebieten genügend Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden ausgebildet werden. Mit einer Anpassung der Aus- und Weiterbildungen, einer Stärkung der Forschung und der Schaffung günstiger Voraussetzungen für die Berufsausübung sollen zweitens die medizinische Grundversorgung (namentlich die Hausarztmedizin) und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen gefördert werden. Drittens ist die Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes vorgesehen. Im Interesse der öffentlichen Gesundheit und auf den Bedarf im Gesundheitssystem abgestimmt, soll es zum einen die Ausbildungsqualität der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe und die beruflichen Kompetenzen der dort Ausgebildeten fördern. Zum anderen sollen damit wichtige Voraussetzungen für neue Versorgungsmodelle geschaffen werden.

Die Agenda Gesundheit2020 räumt der Gesundheitsbildungspolitik einen grossen Stellenwert ein, was angesichts der vielfältigen Herausforderungen nicht erstaunt. Die Schwerpunktbeiträge der vorliegenden CHSS geben einen Einblick in einige wichtige bei Bund und Kantonen laufende Arbeiten und Projekte.

Sozialpolitik

Jacqueline Veuve verstorben

Die Filmemacherin Jacqueline Veuve ist im April im Alter von 83 Jahren gestorben. Die NZZ schreibt über sie: «Ihre Filme haben uns die Schweiz mit andern Augen sehen gelehrt.» Und weiter: «Es sind Menschen aus Fleisch und Blut, die ihre Filme zeigen, zugleich werden sie aber eben auch als Träger von Funktionen und Darsteller von Rollen erkennbar, als Berufsleute und Pensionierte, Arbeitgeber und Mitarbeiter, Ehepartner und Eltern.» (NZZ, 20.4.2013)

Entschuldigung bei Opfern von fürsorglichen Zwangsmassnahmen

An einem Gedenk Anlass in Bern haben im April Hunderte von ehemaligen Verdingkindern und andere Opfer von fürsorglichen Zwangsmassnahmen zusammen mit Behörden- und Kirchenvertretern, Vertretern des Bauernverbands und von Sozialfürsorgeeinrichtungen an ein dunkles Kapitel der Schweizer Geschichte erinnert. Bundesrätin Simonetta Sommaruga entschuldigte sich im Namen des Bundesrats für das grosse Leid, das den Opfern dieser Zwangsmassnahmen angetan wurde.

IIZ lanciert Forschungsprojekt zum Übergang Sekundarstufe I – Berufsausbildung

Im Rahmen des Projekts wird eine Bestandaufnahme der kantonalen Projekte für Jugendliche mit Problemen am Übergang Sekundarstufe I – Berufsausbildung vorgenommen. Insbesondere werden die Massnahmen der integrativen Schulung, ihre Auswirkungen auf die Berufsausbildung und die Zuständigkeit der IV beleuchtet. Auch auf die bestehende und gewünschte Kompetenzabgrenzung zwischen den beteiligten kantonalen und eidgenössischen Akteuren wird eingegangen. Insbesondere soll auch untersucht werden, wie sich die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen

Bund und Kantonen (NFA) auf die Ausgestaltung des Übergangs Schule – Beruf bei Jugendlichen mit Problemen auswirkt.

Berufliche Vorsorge

Höhere Anforderungen an Kostentransparenz

Die Oberaufsichtskommission Berufliche Vorsorge (OAK BV) hat die Anforderungen an die Kostentransparenz insbesondere von Kollektivanlagen deutlich erhöht. Die Transparenzvorgaben legen fest, wie die entsprechenden Kosten in den Jahresrechnungen der Pensionskassen auszuweisen sind. Sie lassen sich von den Pensionskassen mit vertretbarem Aufwand umsetzen. Die Produkte von Anbietern, welche die geforderten Kosteninformationen nicht liefern, werden künftig als intransparent qualifiziert.

Arbeit

Jahresrechnung ALV 2012

Die Arbeitslosenversicherung (ALV) schliesst die Jahresrechnung 2012 mit einem Überschuss von 1,16 Mrd. Franken und einem Schuldenstand von 5 Mrd. Franken ab. Der Gesamtertrag des Ausgleichsfonds betrug 6,94 Mrd. (2011: 7,21) Franken, die Gesamtaufwendungen standen bei 5,78 Mrd. (5,58) Franken. Im Jahresdurchschnitt waren 125594 Arbeitslose bei der ALV registriert; dies entspricht einer Quote von 2,9% (122892; 2,8%). Aufgrund des Überschusses konnten 2012 Darlehen von 1 Mrd. Franken an die Bundestresorerie zurückbezahlt werden.

Arbeitskräfteerhebung SAKE 2012

2012 arbeiteten 5,4 Prozent der Arbeitnehmenden auf Abruf und 42,4 Prozent profitierten von flexiblen Arbeitszeiten. Wochenendarbeit ist verbreitet: 21,4 Prozent der Erwerbstä-

tigen arbeiteten regelmässig am Samstag und 10,7 Prozent am Sonntag. Rund jede zwanzigste Person leistete regelmässig Nachtarbeit. Abgesehen von einer anhaltenden Zunahme der Teilzeitarbeit haben sich die Arbeitszeitmodelle in den letzten zehn Jahren insgesamt nicht stark verändert. Allerdings sind grosse Unterschiede zwischen den Wirtschaftsabschnitten zu beobachten.

Kinder und Jugend

Steuerbefreiung von juristischen Personen mit ideellen Zwecken

Gewinne von juristischen Personen mit ideellen Zwecken sollen nicht besteuert werden, sofern sie höchstens 20000 Franken betragen. Der Bundesrat hat den Entwurf zu einem entsprechenden Bundesgesetz bis zum 10. Juli 2013 in die Vernehmlassung geschickt. Damit sollen namentlich Vereine der Jugend- und Nachwuchsförderung entlastet werden.

Präventionskampagne Arbeitssicherheit für Jugendliche

Das Berufsunfallrisiko von Jugendlichen war in den vergangenen Jahren stets höher als das durchschnittliche Unfallrisiko aller UVG-Versicherten. Im Auftrag der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) sollen die Suva und SAFE AT WORK (gemeinsames Label der kantonalen Arbeitsinspektorate und des SECO) ab Herbst 2013 mit zwei sich ergänzenden, mehrjährigen Präventionskampagnen die Unfallzahlen der Jugendlichen reduzieren helfen. Die Suva führt im Kern den Dialog mit den Branchen und den Ausbildnern, um auf Arbeitsplatzsicherheit ab dem ersten Arbeitstag hinzuwirken. SAFE AT WORK spricht die Jugendlichen mittels Online-Plattformen und Social-Media-Kanälen direkt an und baut so den Dialog auf. Ziel beider Kampagnen ist es, im Rahmen der «Vision 250

Leben» Berufsunfälle mit Todesfolge und schwere Invaliditätsfälle zu verhindern.

Gesundheit

Kostenbeteiligung bei Mutterschaft

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind die Leistungen bei Mutterschaft von der Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) befreit. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat diese Bestimmung so ausgelegt, dass Behandlungskosten, die während einer Schwangerschaft durch Komplikationen entstehen, als Krankheitskosten gelten und der Kostenbeteiligung unterstehen. Einzig bei Frauen, deren Schwangerschaft komplikationslos verläuft, wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Aus gesellschafts- und familienpolitischen Überlegungen unterstützt der Bundesrat die parlamentarische Initiative «Kostenbeteiligung bei Mutterschaft. Gleichbehandlung». Sie fordert, dass die Behandlungskosten bei Komplikationen während einer Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung in der Grundversicherung befreit werden.

Volksinitiative «Abtreibungsfinanzierung ist Privatsache»

Der Bundesrat empfiehlt die Volksinitiative zur Abtreibungsfinanzierung ohne Gegenvorschlag zur Ablehnung. Seines Erachtens sollen auch weiterhin moralische, religiöse oder

sozialethische und nicht finanzielle Kriterien im Vordergrund stehen, bevor sich eine Frau für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet.

Indirekter Gegenvorschlag zur Initiative «Für eine öffentliche Krankenkasse»

Der Bundesrat stellt der von ihm abgelehnten Volksinitiative «Für eine öffentliche Krankenkasse» einen indirekten Gegenvorschlag gegenüber. Dieser soll vor allem die Risikoselektion der Krankenversicherer verringern, und zwar mit einer Rückversicherung für sehr hohe Kosten und einer weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs. Zudem soll eine striktere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung die Transparenz erhöhen. Der Entwurf zum indirekten Gegenvorschlag wurde mit einer Frist bis 3. Juni 2013 in die Vernehmlassung gegeben.

Bundesrat verlängert Programm Migration und Gesundheit

Das seit 2008 laufende Nationale Programm Migration und Gesundheit wurde bis Ende 2017 verlängert. Das Programm hilft mit, den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Migrationsbevölkerung zu verbessern, und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur nationalen Integrationspolitik. Dazu wurden verschieden Projekte wie eine Plattform für Gesundheitsinformationen (www.migesplus.ch), ein nationaler Dolmetschdienst für interkulturelles

Übersetzen oder das Netzwerk Migrant Friendly Hospitals lanciert. Bis 2017 soll das Programm mit den kantonalen Integrationsplänen in Einklang gebracht werden.

Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Nach den provisorischen Zahlen des Bundesamtes für Statistik (BFS) betragen die Gesundheitsausgaben 2011 64,6 Mrd. Franken, d.h. 680 Franken pro Person und Monat. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen sie um 3,4 Prozent oder um 19 Franken pro Person und Monat an. Das Verhältnis der Gesundheitsausgaben zum Bruttoinlandprodukt (BIP) nahm leicht zu und erreichte 2011 einen Stand von 11,0 Prozent (10,9% im Vorjahr).

Kampf der Verlärmung

Die zunehmende Verlärmung unserer Umwelt belastet Menschen, Tiere und Lebensgemeinschaften. Lärm ist gesundheitsschädlich und führt in der Schweiz zu externen Kosten von über einer Milliarde Franken pro Jahr. Dazu kommt, dass in einer lärmigen Umgebung Gespräche gestört oder verunmöglicht werden. Lärm beeinträchtigt die Kommunikation, reduziert die Sprachverständlichkeit und macht uns im Extremfall «stumm». Am Tag gegen den Lärm im April zeigte der cercle bruit Schweiz (www.laerm.ch) mit verschiedenen Aktionen auf, welche Auswirkungen der Lärm im öffentlichen Raum auf die gegenseitige sprachliche Verständigung haben kann.

Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal



Foto: spitäler fmi ag, Sandro Hügli

Wer wird in welcher Form künftig die medizinische Grundversorgung der Schweiz sicherstellen? Eine scheinbar einfache Frage. Die Suche nach Antworten gestaltet sich dafür umso komplexer. Denn das Gesundheitswesen ist derzeit durch zahlreiche Entwicklungen gefordert. Internationalisierungstendenzen, Wandel der Gesellschaftsstruktur, veränderte berufliche und private Rollenbilder der Gesundheitsfachkräfte, neue Patientenbedürfnisse, Bestrebungen für einen effizienten und wirksamen Einsatz der begrenzt vorhandenen Ressourcen: All diese Faktoren erfordern eine Anpassung der medizinischen Versorgungsstrukturen. Die folgenden Schwerpunktbeiträge weisen dabei in Richtung interprofessionelle Netzwerke, deren Leistungserbringer in einem interdisziplinären Rahmen ausgebildet werden müssen.

Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung

Die ambulante medizinische Grundversorgung in der Schweiz wird durch Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Gesundheitsberufe sichergestellt. Aktuelle Herausforderungen wie die Zunahme chronischer Erkrankungen oder ein absehbarer Mangel an Gesundheitsfachpersonen erfordern neue Versorgungsmodelle. Dabei geht es um neue, beruflich attraktive Formen der Zusammenarbeit und Leistungserbringung.



Daniela Schibli

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Warum braucht es neue Versorgungsmodelle?

Die medizinische Grundversorgung steht vor verschiedenen neuen Herausforderungen: Erstens steigt der **Anteil chronischer Leiden** laufend. Machten diese 1990 noch knapp die Hälfte aller Erkrankungen aus, wird sich deren Anteil gemäss Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO bis ins Jahr 2020 auf fast drei Viertel erhöhen. Gründe sind vor allem die demografische Alterung sowie gesundheitsgefährdendes Verhalten im Alltag (z.B. Übergewicht). Dies bedeutet erstens, dass die medizinische Grundversorgung vermehrt mit älteren, chronisch und mehrfach kranken Patientinnen und Patienten konfrontiert ist. Zweitens ändern sich die Inanspruchnahme des

Angebots und die Patientenbedürfnisse. Die **Nachfrage** nach ärztlichen und pflegerischen Leistungen steigt an und die Patientinnen und Patienten werden anspruchsvoller: Sie erwarten eine sofortige Behandlung nach den neusten diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Drittens ist ein Mangel bei den ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern¹ sowie bei den Pflegefachpersonen absehbar, vor allem in ländlichen Gebieten.

Es ist unrealistisch, dass diese Herausforderungen mit den aktuellen Versorgungsstrukturen bewältigt werden können. Die heutige Gesundheitsversorgung ist noch stark auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet und die Gesundheitsförderung und Prävention werden vernachlässigt. Tritt eine Krankheit akut auf, wird diese behandelt, und der Patient bzw. die Patientin sucht erst wieder beim nächsten Krankheitsfall eine Ärztin oder einen Arzt auf. Chronisch und mehrfach Kranke benötigen aber eine **integrierte und koordinierte medizinische Betreuung**, in welcher ein Versorgungsteam die Behandlung vorausschauend sicherstellt, unterstützt durch Behandlungsrichtlinien, sog. Guidelines, und elektronische Hilfen wie einem elektronischen Patientendossier. Darüber hinaus sollten die Patientinnen und Patienten aktiv bei der Krankheitsbewältigung mitwirken, indem sie geschult und ihr **Selbstmanagement** gestärkt werden.

Neue Versorgungsmodelle sind eine Möglichkeit, die geschilderten Herausforderungen anzugehen und die allgemeine Versorgung, speziell jene von chronisch und mehrfach Kranken zu optimieren. Unter neuen Versorgungsmodellen werden ganz allgemein neue Formen der integrierten medizinischen Leistungserbringung verstanden mit dem Ziel, eine qualitativ hochstehende und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung insbesondere auch für chronisch und mehrfach Kranke zu garantieren.

Arbeits- und Kompetenzverteilung: Wer macht was?

In neuen Versorgungsmodellen werden vermehrt verschiedene Berufsgruppen unter einem Dach zusammenarbeiten. Dadurch sollen Doppelspurigkeiten verhindert und die Arbeit an den Schnittstellen verbessert werden. Die verschiedenen Leistungserbringer (z.B. Hausärzte, Spezialärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten etc.) wissen um die spezifischen Probleme des Patienten, tauschen sich aus und stimmen ihre Behandlungen untereinander ab.

¹ Zu den ärztlichen Grundversorgern gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktischer Arzt / praktische Ärztin. Vgl. Hodel, Maria, «Strategie gegen den Ärztemangel» in dieser Ausgabe.

Probleme bei der **interdisziplinären Zusammenarbeit** können sich bei denjenigen Leistungen ergeben, die an den Schnittstellen zwischen den verschiedenen Berufsprofilen angesiedelt sind und prinzipiell von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erbracht werden könnten. Grundsätzlich gilt hier, dass eine medizinische Leistung immer von derjenigen Gesundheitsfachperson erbracht werden soll, welche dies mit dem geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Qualität machen kann. Demzufolge sollte der Blutdruck nicht von einer Ärztin, sondern einer Assistenzperson wie der medizinischen Praxisassistentin gemessen werden. Dadurch wird die Versorgung effizienter und die Arbeitszufriedenheit und Attraktivität der betroffenen Berufe kann erhöht werden. Die effektivste Aufgabenverteilung an der Schnittstelle von Pflege, Medizin und Therapie muss neu überdacht und in der Praxis erprobt werden. Tradiertere Vorstellungen, was eine «Krankenschwester» oder ein «Doktor» ausmacht, sowie bestehende Hierarchien müssen abgebaut und eine **partnerschaftliche Zusammenarbeit** ermöglicht werden. Dabei ist es hilfreich, wenn die verschiedenen Berufsgruppen unter einem Dach, möglichst in derselben Organisation arbeiten. Die räumliche Nähe und eine gemeinsame Arbeitskultur begünstigen die Zusammenarbeit und Diskussionen darüber, wer was warum machen soll. Dabei ist es wichtig, dass Aufgaben und Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen möglichst kongruent und rechtliche Fragen wie die Haftung bzw. Letztverantwortung geklärt sind.

Grundsätzlich stehen neue Versorgungsmodelle in der Stadt, der Agglomeration und auf dem Land **unterschiedlichen Herausforderungen und Rahmenbedingungen** gegenüber. Entsprechend bedürfen sie unterschiedlicher Fördermassnahmen.² Beispielsweise stellt in ländlichen Regionen der Zuzug von Spezialisten-Wissen eine Herausforderung dar, wohingegen in Agglomerationen oder grossen Städten spezielle Kompetenzzentren für spezifische Patientengruppen (z.B. Geriatriepatienten) geschaffen werden könnten.

Attraktive Arbeitsbedingungen

Die Arbeitsbedingungen in neuen Versorgungsmodellen müssen attraktiv und zeitgemäss sein. Junge Ärztinnen und Ärzte wollen ihren Patienten nicht mehr rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Es besteht ein Bedürfnis nach **Teilzeitarbeit und Arbeit im (interprofessionellen) Team**. Auch ist die junge Ärztesgeneration weniger bereit, in eine Einzelpraxis zu investieren. Häufig wird – zumindest in einem ersten Schritt – die Arbeit im Angestell-

tenverhältnis bevorzugt, zum Beispiel mit der Möglichkeit, sich später in die Praxisgemeinschaft einzukaufen.

Aufgrund dieser Anforderungen wird es künftig **grössere Praxisgemeinschaften oder Gesundheitszentren** geben. Schon heute ist dieser Trend zu beobachten. Fast die Hälfte der Frauen, die im ambulanten Sektor tätig sind, arbeiten in einer Doppel- oder Gruppenpraxis. Bei den Männern sind es 35 Prozent, insgesamt 40 Prozent. Aufgrund der geteilten Infrastrukturen lassen sich Kostenersparnisse erzielen. Die Patientinnen und Patienten profitieren von längeren Öffnungszeiten und einem breiteren Angebot an Gesundheitsleistungen unter einem Dach. Gleichzeitig erfordert ihr Bedürfnis nach Kontinuität und gleichbleibenden Ansprechpersonen eine kluge Organisation der Zentren. Die Integration von Gesundheitsleistungen kann sich für die Patienten aber auch als nachteilig erweisen. So kann beispielsweise der Ersatz einzelner Dorf- durch Gemeinschaftspraxen mit grösserem Einzugsgebiet die Anfahrtswege verlängern. Mit neu entwickelten Versorgungsmodellen, wie eingeschränkt geöffneten «Satelliten- oder Filialpraxen» oder dem Einsatz von Telemedizin, werden die negativen Begleiterscheinungen abzufedern versucht. Spezialistenwissen gelangt auch über einen bedarfs- und situationsgerechten Abruf von Spezialisten wie Dermatologen, Orthopäden oder Psychiatern in die Zentren.

Attraktive Arbeitsbedingungen sind nicht nur für die individuelle Arbeitszufriedenheit wichtig sondern sie drängen sich auch aus **gesundheitsökonomischen Überlegungen** auf. Angesichts der kostenintensiven Ausbildungen sollten die Verweildauer im Beruf unterstützt bzw. Berufsausstiege minimiert werden. Denn die beste Ausbildung nützt nichts, wenn die jungen Gesundheitsfachpersonen nach wenigen Jahren den Beruf aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen oder der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf verlassen. Nicht zuletzt erleichtern gute Arbeitsbedingungen die Suche nach Nachfolgern bei anstehenden Pensionierungen.

Fördernde Faktoren und Hemmnisse

Im Gegensatz zu anderen Ländern haben in der Schweiz neue Versorgungsmodelle noch keine lange Geschichte. Die Initiative dazu geht zumeist von innovativen Gesundheitsfachpersonen aus, die zum Teil aus der Not – bei der anstehenden Pensionierung keinen **Nachfolger** zu finden – eine Tugend machen, indem sie die Gründung von Gruppenpraxen anregen oder einen entsprechenden Umbau selbst einleiten. Häufig werden dabei weitere Gesundheitsfachpersonen ins Boot, d.h. ins Zentrum geholt. Mit der Zeit entstehen neue Formen der Zusammenarbeit und – nicht zuletzt aufgrund des steigenden Frauenanteils in der Medizin – **familienfreundliche Arbeitsmodelle**. **Unterstützung** erfahren die Gesundheits-

² Vgl. dazu «Trendszenarien Integrierte Versorgung Schweiz» unter www.fmc.ch → Infothek & Medien → Trendszenarien 2020 (9.5.2013)

fachpersonen teilweise von **privaten Unternehmen, Kantonen und/oder Gemeinden**. Die öffentliche Hand hilft teilweise bei der Bedarfsabklärung oder der Finanzierung, indem eine Anschubfinanzierung oder zinslose Darlehen gewährleistet werden.

Neue Versorgungsmodelle entstehen aber auch im Zuge des laufenden **Strukturwandels im Spitalbereich**. Vermehrt wird ein Teil der ambulanten Grundversorgung durch Spitalambulatorien oder dem Spital vorgelagerten Walk-In-Praxen wahrgenommen. In ländlichen Regionen werden aufgrund der Konzentration der Spitalstandorte teilweise kleine Regionalspitäler in Gesundheitszentren umgewandelt, welche die medizinische Grundversorgung sicherstellen.

Gewisse Faktoren erschweren jedoch die Etablierung neuer Versorgungsmodelle. So sind der **Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen** und die **Finanzierung des Gesundheitswesens** als Ganzes zu wenig differenziert auf eine integrierte Versorgung abgestimmt. Als Massnahme gegen die unerwünschte Risikoselektion wurde 2013 der Risikoausgleich angepasst und als zusätzliches Kriterium zu Alter und Geschlecht der Spital- oder Pflegeheimaufenthalt im Vorjahr eingeschlossen. Da aber gerade neue Versorgungsmodelle solche Aufenthalte minimieren sollten, indem frühzeitig auf Verschlechterungen des Gesundheitszustandes reagiert wird, genügt dieses Kriterium nicht. Wichtig wäre die Verfeinerung des Risikoausgleichs in Richtung eines **morbiditätsbasierten Risikoausgleichs**, wie dies vom Bundesparlament ebenfalls gefordert wird.

Im aktuellen Finanzierungssystem werden ambulante **ärztliche** Leistungen über den Einzelleistungstarif Tarmed abgerechnet. Dieser ist auf die Einzelpraxis ausgerichtet und nicht geeignet, um eine integrale, durch verschiedene Gesundheitspersonen erbrachte Behandlung abzugelten. Um von einer Krankenkasse vergütet zu werden, müssen ambulante **pflegerische** Leistungen ärztlich verordnet sein und sie werden pro Stunde abgerechnet. Dieser Zeittarif erlaubt nur die Verrechnung der unmittelbar beim Patienten aufgewendeten Verrichtungen. Wegzeiten sowie Zeiten für Abklärungen oder Einsatzdispositionen können nicht verrechnet werden. Beide Tarife haben ihre Vor- und Nachteile, einer integrierten Versorgung sind sie aber nicht dienlich, da Koordinations- und Vernetzungsleistungen, die Erprobung neuer Formen der Zusammenarbeit oder die Entwicklung praxistauglicher IT-Lösungen (gemäss eHealth-Strategie von Bund und Kantonen) kaum abgerechnet werden können. Es wäre wünschenswert, dass künftige Tarifrevisionen die Erfordernisse einer integrierten Versorgung berücksichtigen.

Aus- und Weiterbildung am künftigen Bedarf ausrichten

Die Aus- und Weiterbildung steht vor der Herausforderung, heute Gesundheitsfachpersonen auszubilden, die künftigen Anforderungen gewachsen sind. Generell werden die Patientenorientierung sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit bei der Leistungserbringung an Bedeutung gewinnen. Spezifische Kompetenzen werden z.B. in der **Patientenschulung**, dem Arbeiten mit Behandlungsrichtlinien (sog. **Guidelines**) oder in der Versorgung chronisch Kranker (sog. **Chronic-Care-Management**) nötig sein. Entsprechend müssen die Curricula aller Gesundheitsberufe laufend dem Bedarf angepasst und das **interprofessionelle Lernen** in die Aus- und Weiterbildung integriert werden. Während schweizweit schon verschiedene Projekte zum interprofessionellen Lernen umgesetzt oder in Planung³ sind, müssen entsprechende Bemühungen weiter vertieft und das interprofessionelle Lernen in den Regelunterricht integriert werden.

Wer hilft beim Wandel?

Ein Strukturwandel in der ambulanten Grundversorgung braucht Zeit und benötigt das Engagement aller. Verantwortlich für die strategische Steuerung des Bildungsangebots, sollte der **Bund** auf zukunftsweisende Curricula oder Abschlusskompetenzen der Gesundheitsfachpersonen hinwirken. Die **Bildungsinstitutionen** wiederum sind gefordert, ihre Aus- und Weiterbildungsgänge an die neuen Herausforderungen anzupassen. Ange-

Beispiel Gesundheitszentrum Meiringen

In Meiringen (Kanton Bern) wurde das ehemalige Spital in den letzten Jahren Schritt für Schritt in ein Gesundheitszentrum umgewandelt, welches die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und Touristen sicherstellt. Die Kooperation der spitäler fmi ag mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren privaten Partnern wurde durch eine Anschubfinanzierung des Kantons unterstützt. 2013 waren im Zentrum unter anderem eine ärztliche Praxisgemeinschaft, eine Tagesklinik mit chirurgischem Ambulatorium, periodisch stattfindende Spezialsprechstunden (Kardiologie, Orthopädie, Ernährungsberatung), die Spitex, die Mütter- und Väterberatung sowie eine Physiotherapiepraxis untergebracht.
→ www.spitalfmi.ch

3 Vgl. Glardon, Olivier-Jean, «Gesundheitsberufe/berufsübergreifende Zusammenarbeit» in dieser Ausgabe.



Beispiel Cité générations – maison de santé

Die Cité Générations in Onex (Kanton Genf) ist ein Gesundheitszentrum, welches unter einem Dach verschiedenste Leistungserbringer vereinigt: Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutische Berufe (z.B. Ergo- und Physiotherapie, Psychologie, Logopädie, Osteopathie etc.). Besonderes Augenmerk gilt der Gesundheitsförderung und Prävention. Eine Notfallpraxis gewährleistet rund um die Uhr die Notfallversorgung und die Spitzex ist ebenfalls im Zentrum untergebracht. Ausserdem sind kurze stationäre Aufenthalte möglich, z.B. in Krisensituationen oder im Anschluss an eine Hospitalisation. Die Cité Génération ist Teil des eHealth-Projekts eToile des Kantons Genf und nutzt das elektronische Patientendossier.

→ www.cite-generations.ch

sichts ihrer Verantwortung bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung – insbesondere auch in ländlichen Gebieten – liegt die Entwicklung und Verbreitung neuer Versorgungsmodelle auch im Interesse der **Kantone**. Dabei wäre beispielsweise an Anstossfinanzierungen auch in Zusammenarbeit mit den **Gemeinden** zu denken. Die **Tarifpartner** ihrerseits sollten die Voraus-

setzungen schaffen, dass zukunftsgerichtete Versorgungsformen auf eine sichere, von der öffentlichen Hand unabhängige finanzielle Basis gestellt werden können. In den Diskussionen um künftige Berufsrollen und Zusammenarbeitsformen ist der konstruktive Beitrag der **Berufsverbände** gefragt, deren Mitglieder als **Leistungserbringer** die neuen Versorgungsmodelle aufbauen werden. Die **Patientinnen und Patienten** schliesslich sind als wichtige und potente Partner in das künftige System einzubinden. Gemäss WHO sind sie und ihr Umfeld (Familie, Freunde, Nachbarn) die am stärksten unterbewertete Ressource im Gesundheitswesen. Eine gesundheitsfördernde Lebensgestaltung und eine hohe Therapie-Compliance vermag die Lebens- und Versorgungsqualität stark zu verbessern.

Grundlagenpapier

«Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung», Bericht der Arbeitsgruppe «Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung» von GDK und BAG, Bern 2012; greifbar über www.gdk-cds.ch → Themen → Medizinische Grundversorgung (9.5.2013)

Daniela Schibli; Dr. phil., Projektleiterin, Leiterin der Arbeitsgruppe Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung, GDK
E-Mail: daniela.schibli@gdk-cds.ch

Gesundheitsberufe/berufsübergreifende Zusammenarbeit

*Wenn sich alle ein wenig verändern, lässt sich alles verändern.
(Philippe Douste-Blazy, ehemaliger französischer Minister)*

Der Informationsaustausch in einem interprofessionellen Team und interdisziplinär abgestützte medizinische Entscheidungen können nur gewährleistet werden, wenn sie als solche erlernt und regelmässig praktiziert werden. Um die Ausbildung im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit zu fördern, wurden Module für den berufsübergreifenden Unterricht entwickelt.



Olivier-Jean Glardon
Bundesamt für Gesundheit

Alle Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe leisten auf ihrer Ebene einen wesentlichen Beitrag zur Versorgungsqualität in der Schweiz. Sie engagieren sich für das Wohl der Patientinnen und Patienten und arbeiten untereinander so eng wie möglich zusammen. Die meisten Fachhochschulen (FH) und höheren Fachschulen haben bereits einen **berufsübergreifenden Unterricht** (*Interprofessional education, IPE*) eingeführt: Studierende in den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie und Ernährungsberatung sowie Hebammen haben gemeinsame Unterrichtsblöcke. Zu diesem Zweck wurden – teilweise im regionalen Rahmen – Ausbildungskonzepte und Module entwickelt, teilweise auf der Grundlage einer regionalen Zusammenarbeit.

Da sich die Lehraufträge der medizinischen Fakultäten und der Fachhochschulen unterscheiden, ist es Medizinstudierenden oft nur punktuell und auf freiwilliger Basis möglich, berufsübergreifenden Unterricht zu besuchen.

Die IPE-Konzepte, die von der Fachhochschule Westschweiz (HES-SO), der Fakultät für Medizin und Biologie der Universität Lausanne und vom Waadtländer Universitätsspital (CHUV) entwickelt wurden, und die Zusammenarbeit zwischen der Fachhochschule Gesundheit, der Medizinischen Fakultät und dem Universitätsspital in Genf sind indessen erwähnenswerte Ausnahmen. Dies gilt sowohl in Bezug auf ihren Umfang als auch auf das Ausmass der interprofessionellen Zusammenarbeit, das zu deren Realisierung geleistet wurde.

Sowohl im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) als auch im künftigen Gesundheitsberufegesetz (GesBG) ist die Bedeutung einer berufsübergreifenden Ausrichtung der Ausbildungsgänge hervorgehoben. So hält ersteres fest, dass die universitäre Ausbildung und die Weiterbildung künftige Ärztinnen und Ärzte zur Zusammenarbeit sowie zur sachgerechten und zielgerichteten Kommunikation mit den anderen Gesundheitsberufen befähigen muss.

Die anstehenden Herausforderungen im Bereich der Grundversorgung lassen sich nicht mehr mit einer traditionell verstandenen Interprofessionalität und den entsprechenden Unterrichtsansätzen bewältigen. Denn es zeigt sich, dass die **interprofessionelle Zusammenarbeit** (*Interprofessional collaborative practice, IPC*) meist zu eng verstanden wird und dass es zu Verwechslungen zwischen Interprofessionalität und der Bündelung von Kompetenzen innerhalb eines Pflgeteams (Zusammenlegen von Kompetenzen in einem Cluster) kommt.

Das wesentliche Merkmal der interprofessionell organisierten medizinischen Grundversorgung ist die Übertragung von Kompetenzen, Befugnissen, Führung und Verantwortung an ein breit abgestütztes – interdisziplinär zusammengesetztes – Team, unabhängig von der Funktion, vom Beruf und von der hierarchischen Stellung der einzelnen Mitglieder. Dies erfordert einen grundlegenden Mentalitätswandel und ein neues Berufsverständnis. Der Informationsaustausch in einem IPC-Team und die gemeinsame Entscheidungsfindung müssen bereits in einem berufsübergreifenden Kontext erlernt und später regelmässig praktiziert werden. Trotz ersten positiven Erfahrungen der involvierten Leistungserbringer und diversen entsprechenden Publikationen fehlt bis anhin der wissenschaftliche Nachweis dafür, dass eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung die Arbeits- und Versorgungsqualität sowie die Patientenbetreuung verbessert, die persönliche Motivation der Leistungserbringer verstärkt, die Verfahren vereinfacht oder, dass sie zu einer höheren Wertschätzung der geleisteten Arbeit führt.

Interprofessionelle Gesundheitsversorgung erlernen

Um eine effiziente, bedürfnisgerechte medizinische Versorgung zu gewährleisten, müssen alle beteiligten Leistungserbringer die Funktion der anderen Berufe (ander-)kennen und bereit sein, als Teil eines Ganzen zu wirken. Dazu gehört neben einer positiven Grundeinstellung zur Teamarbeit auch die Bereitschaft, den Beitrag des anderen an das Ganze zu anerkennen. Dies lässt sich nicht von heute auf morgen realisieren. Die eingeschliffenen Gewohnheiten in der bis anhin praktizierten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe lassen sich nur auf der Basis einer gemeinsamen Auffassung von Interprofessionalität ändern. Dazu bedarf es sorgfältig konzipierter und interprofessionell ausgerichteter, bedürfnisorientierter Ausbildungsgänge für alle Gesundheitsberufe bereits ab der Grundausbildung. Die generischen Kompetenzen (fachübergreifendes Wissen, Selbstorganisation, Kooperations- und Delegationsfähigkeit, Grundlagenkenntnis im Prozessmanagement) sollten in Abstimmung mit den spezifischen Fachkompetenzen schrittweise vermittelt werden. Der «Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training» berücksichtigt diese Anforderungen teilweise. Allerdings sind noch nicht alle Lehrpläne darauf ausgerichtet.

Elemente, welche die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen beeinflussen

Ich bin gerne bereit, meine Meinung zu ändern. Aber wem gegenüber? (Tristan Bernard, französischer Romanautor)

Die Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nicht isoliert aus. Sie sind vielmehr Teil eines sich unablässig wandelnden Systems, in welchem der medizinische Alltag und die Berufsprofile einem steten Anpassungsdruck unterworfen sind. Im Folgenden wird auf die verschiedenen Elemente und Entwicklungen eingegangen, welche die gegenwärtige und künftige Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen – und damit verknüpft die universitäre medizinische Ausbildung – nachhaltig beeinflussen:

- **Mangel an Gesundheitspersonal**, insbesondere im Bereich ambulante Grundversorgung, Psychiatrie, Langzeit- und Palliativpflege sowie Spitex. Er lässt sich mit neuen IPC-Modellen bis zu einem gewissen Grad auffangen. Denn diese gewährleisten, dass alle Gesundheitsfachpersonen jene Leistungen sicherstellen, die sie am besten beherrschen, und ihre Kompetenzen in den Dienst eines Teams stellen. Im Rahmen von berufsübergreifenden Institutionen (z. B. Spitex) oder Ad-hoc-Organisationen (Gruppenpraxis, regionales

Netzwerk) entsteht so ein Angebot, das dem Patientenbedürfnis entspricht.

- **Zunahme der Multimorbidität**, die mit der sich stark verbreitenden Spezialisierung und Fragmentierung der Gesundheitsversorgung nur unzulänglich angegangen werden kann und eine Neuausrichtung auf stärker integrierte und allgemeinmedizinisch orientierte Formen der Zusammenarbeit erfordert.
- **Entwicklung von elektronischen Hilfsmitteln** in der klinischen Entscheidungsfindung und **Entwicklungspotenzial von E-Health-Ansätzen** im Bereich der integrierten Versorgung (berufsübergreifend und interdisziplinär).
- Die **Sicherstellung und Gewährleistung der Versorgungsqualität** über Audits, Zertifizierung, Zulassung von Versorgungseinheiten, Statistiken der Critical Incidents Reporting Systems CIRS verlangt einschneidende Anpassungen bei den Arbeitsabläufen.
- Die **Internationalisierung** der Gesellschaften und ihrer **Gesundheitssysteme** bewirkt eine steigende Anzahl ausländischer Ärzte und Pflegefachleute, aber auch von Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturkreisen.
- **Ökonomisierungstendenz**: In praktisch allen Kantonen finden Reorganisationen der Spitalplanung statt. Sie gehen oft einher mit der Schliessung von stationären Einrichtungen, auf die sich die Grundversorger abstützten, und bedingen eine Reorganisation der Versorgungs- und Behandlungsketten. Diese lässt sich mit einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit auf regionaler Ebene optimal angehen.
- **Wachsender Einfluss neuer sozioökonomischer Determinanten** auf die medizinische Praxis: geänderte Familienstrukturen, soziale Isolation, Abnahme der Gesundheitskompetenz, starke Zunahme des alternativmedizinischen Angebots, wachsendes Interesse an der Gesundheitsprävention (Wellness) oder am Schönheitschirurgischen Angebot (Kosmetik, Anti-Ageing usw.), Verschiebung an den Schnittstellen zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich, Leistungsverlagerungen im Anschluss an die Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen (Swiss-DRG).
- Umfassende Strategie **Gesundheit2020** des EDI, die sich am Konzept einer nachhaltigen medizinischen Grundversorgung orientiert und die eine Erweiterung der primär auf den Akutfall ausgerichteten medizinischen Versorgung auf die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Palliativmedizin anstrebt.
- **Diversifizierter Zugang zum Gesundheitssystem**, insbesondere für sozial Schwache, die sich bei Gesundheitsproblemen bereits jetzt nicht an Ärztinnen und Ärzte wenden.
- Die **Übernahme von Betreuung und Pflege durch Angehörige zu Hause** erfordert die Unterstützung der

berufsübergreifenden Gesundheitsversorgung durch ein entsprechendes institutionelles Netzwerk (lokal, regional oder ad hoc).

- Die **Stärkung der Patientenkompetenz** bei Therapieentscheidungen und -planung erfordert neue Kommunikations- und Zusammenarbeitsformen.

Neue Kompetenzen für neue berufliche Herausforderungen?

Bei der Ausübung eines Gesundheitsberufs sind zum einen Grundkompetenzen gefragt, die bei allen Berufen unabhängig von der Funktion und vom Berufsprofil erforderlich sind, zum anderen Fachkompetenzen, die direkt mit der jeweiligen beruflichen Tätigkeit zusammenhängen. Als Basis zur Festlegung der Grundkompetenzen in der interprofessionellen Gesundheitsversorgung haben sich die Schweizer Gesundheitsakteure auf das kanadische Rollenkonzept CanMEDS geeinigt, das jeder einzelnen Gesundheitsfachperson sieben ineinander übergreifende, sich ergänzende Rollen (Metakompetenzen) zuweist. Alle Lehr- und Ausbildungseinrichtungen im Gesundheitswesen haben dieses Grundkonzept grösstenteils übernommen und ihren berufsspezifischen Bedürfnissen angepasst.

Die Frage der Fachkompetenzen ist etwas komplexer. Hier haben sich die Hochschulen und höheren Fachschulen auf Vorgaben für Berufsabschlüsse geeinigt (Bachelor oder eidgenössischer Abschluss). Auf der Ebene der Master- oder der geplanten Advanced-Practice-Abschlüsse sind Gespräche im Gang. Dabei gehen die Vorstellungen der Berufsgruppen über die nötigen fachlichen Kompetenzen zur Ausübung der bestehenden und künftigen Gesundheitsberufe auseinander. Je nach Berufsprofil, Funktion, Auftrag werden die einzelnen Tätigkeitsbereiche so definiert, dass sie sich überlagern oder voneinander abgegrenzt sein wollen. Daraus ergibt sich die Schwierigkeit, auf gesamtschweizerischer Ebene einen ausgewogenen und offenen interprofessionellen Dialog zu unterhalten.

Hinzu kommt das Konzept der nachhaltigen medizinischen Grundversorgung, das die professionelle und bedürfnisgerechte Begleitung der Patientinnen und Patienten auf ihrem Weg durch das Versorgungssystem vorsieht. Dazu konkurrieren zwei verschiedene Sichtweisen mit unterschiedlichen Zielsetzungen. Zum einen soll die Rolle des Grundversorgers oder Hausarztes als «Gate-Keeper» gefördert und aufgewertet werden. Zum anderen soll der Zugang zum Gesundheitssystem ausgeweitet werden, indem das Modell eines einzelnen Arztes als Torwächter durch ein interprofessionelles Konzept ergänzt wird, bei der Einzel- und Gruppenpraxen, Apotheken und interprofessionelle Versorgungsnetze den Zugang gemeinsam sicherstellen.

Das künftige Gesundheitsberufegesetz (GesBG)

Dieser Gesetzesentwurf hat für den Bundesrat Priorität und wird in dessen Bericht Gesundheit2020 ausdrücklich erwähnt (Ziel 3.3):

«Die Anzahl der universitären und nicht universitären Aus- bzw. Weiterbildungsplätze soll dem Bedarf entsprechen und die Lerninhalte sollen den Anforderungen einer integrierten Versorgung angepasst werden, damit in der Schweiz genügend und den Bedürfnissen entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal vorhanden ist. (...)

Folgende zusätzliche Massnahmen stehen im Zentrum:

- *Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Ärzten/Ärztinnen und Pflegenden in den entsprechenden Fachrichtungen.*
- *Die medizinische Grundversorgung (namentlich die Hausarztmedizin) und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sollen durch die Anpassung der Aus- und Weiterbildungen, die Stärkung der Forschung und die Schaffung günstiger Voraussetzungen für die Berufsausübung gefördert werden.*
- *Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes, damit Qualität und Kompetenzen der Ausgebildeten in den neu auf Fachhochschulstufe entstandenen Gesundheitsberufen gewährleistet und auf den Bedarf im Gesundheitssystem abgestimmt sowie die Voraussetzungen für neue Versorgungsmodelle geschaffen werden können.»*

Der Gesetzesentwurf bildet auch Teil des Masterplans Bildung Pflegeberufe (den das BBT initiiert hat und der von einer Steuergruppe gemeinsam geleitet wird, der neben dem SBFJ (in der Nachfolge des BBT) das BAG, die GDK, die EDK und die OdASanté angehören). Das Gesundheitsberufegesetz soll im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Qualität der Bildung und der Ausübung der Gesundheitsberufe im Hochschulbereich (Tertiärstufe A) fördern. Es ist nach dem Modell des Medizinalberufegesetzes (MedBG) aufgebaut. Dieses Zusammenspiel wird dazu beitragen, die berufsübergreifende Zusammenarbeit zu fördern. Das neue Gesetz wird insbesondere die allgemeinen Kompetenzen sowie die Aspekte im Bereich der Sozialkompetenz und der Persönlichkeitsentwicklung regeln, die bis zum Abschluss des Bachelor-Studiengangs erworben werden müssen. Es wird die Voraussetzungen für den Zugang zur privatwirtschaftlichen Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung (für die eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erforderlich ist) landesweit vereinheitlichen. Ausserdem wird es im Einklang mit den einschlägigen europäischen Richtlinien die Anerkennung der ausländischen Abschlüsse regeln. Die Bestimmungen zur Akkreditierung der Ausbildungsprogramme werden den Anforderungen des Bundesgesetzes über die Förderung der Hochschulen und der Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (HFKG) entsprechen. Analog zum Medizinalberuferegister (MedReg) wird im GesBG zudem der Aufbau eines eidgenössischen Gesundheitsberuferegisters vorgesehen.

Von den Bedürfnissen bei der Berufsausübung zu den Realitäten der Ausbildung für die berufsübergreifende Zusammenarbeit

*Wer die Bildung beherrscht, kann die Welt verändern.
(frei nach Gottfried Wilhelm Leibniz, deutscher Philosoph)*

Ein zunehmend interprofessionell geprägtes Arbeitsumfeld verlangt nach einer landesweit koordinierten, grundlegenden Anpassung der Ausbildungsgänge im Gesundheitswesen, aber auch nach einem Überdenken der überlieferten Berufsbilder. Bislang beschränkte sich der Diskurs der betroffenen Akteure auf die Kompetenzen, welche die Angehörigen der einzelnen Gesundheitsberufe zur Sicherstellung einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung mitbringen sollten. Die Themengruppe «Interprofessionalität» der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» hat beschlossen, die Debatte mit Blick auf die bestehenden und künftigen Versorgungsszenarien auszuweiten.

Dabei wurden sechs Modelle ausgewählt, die sich zur IPC-Ausbildung von Studierenden aller Gesundheitsberufe eignen. Jedes Modell ist in Module unterteilt, die konkrete medizinische Situationen abbilden, wie sie die Patientin oder der Patient beim Durchlaufen des Versorgungssystems in der ambulanten Behandlung oder an der Schnittstelle zwischen dem stationären und ambulanten Bereich antrifft. In der Auseinandersetzung mit den einzelnen Modellen und Modulen wurden die Grundzüge einer IPE entwickelt, in welche die Grundkompetenzen nach CanMEDS integriert wurden.

Der Bericht der Themengruppe, der im Sommer der Plattform unterbreitet wird, hält fest, dass die Beiträge aller beteiligten Berufsgruppen zusammengeführt und die Bemühungen zur Entwicklung einer tragfähigen Lösung unterstützt werden müssen. Neben der Entwicklung einer gesamtschweizerischen Strategie für den Aufbau eines berufsübergreifenden Unterrichts für alle Medizinal- (Ärzte, Apotheker) und die übrigen Gesundheitsberufe müssen Grundsatzfragen der interprofessionellen Gesundheitsversorgung geklärt werden. Zum einen müssen dabei die gewünschten gegenwärtigen und künftigen Versorgungsmodelle gemeinsam definiert und die Berufsprofile darauf abgestimmt werden. Zum anderen müssen die für die einzelnen Berufsprofile geltenden Fachkom-

petenzen an die neuen Modelle angepasst werden. Der Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität» beabsichtigt, diese Arbeiten durch die Vorgabe entsprechender Leitlinien zu erleichtern.

Olivier-Jean Glardon, Dr. med.vet., Leiter der Geschäftsstelle
Akkreditierung und Qualitätssicherung, BAG
E-Mail: Olivier-jean.glardon@bag.admin.ch

Bibliografie und Hintergrundinformationen:

Hewitt J., Thomas P., *The Impact of Clinical Governance on the Professional Autonomy and Self-Regulation of General Practitioners: Colonization or Appropriation?*, Sheffield 2007: <http://www.mngt.waikato.ac.nz/ejrot> → Critical Management Studies → 2007 Conference abstracts and Proceedings → Proceedings → 18. New perspectives in the study of professionalism (31.3.2013)

Künzi K., Detzel P., *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute*, Neuenburg 2007 (Obsan): <http://www.obsan.admin.ch> → Publikation → Arbeitsdokument 27 (31.3.2013)

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften, *Die zukünftigen Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis*, SAMW, Bericht aus dem Jahr 2007 und Kommentar 2011: www.samw.ch → Aktuell → News → 26.8.2011 – Bericht (31.3.2013)

Iglehart J.K., *Health Reform, Primary Care and Graduate Medical Education*, New England Journal of Medicine 2010, 363, S. 584–590.

Julio F. et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*, The Lancet 2010, 376, S. 1923–1958

Deutscher Wissenschaftsrat, *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*, (Drs. 2411–12), Berlin 2012: www.wissenschaftsrat.de → Veröffentlichungen → Empfehlungen und Stellungnahmen (31.3.2013)

Bericht Gesundheit2020 (Bundesamt für Gesundheit): <http://www.bag.admin.ch> → Aktuell → Gesundheit2020 (31.3.2013)

Nachhaltige Medizin – Positionspapier der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW), Basel 2012, <http://www.samw.ch> → Aktuell → News → 7.11.2012 – Medienmitteilung (31.3.2013)

Masterplan «Bildung Pflegeberufe»: www.sbf.admin.ch → Themen → Berufsbildung → Gesundheitsausbildungen → Masterplan «Bildung Pflegeberufe» (31.3.2013)

Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training: <http://sclo.smifk.ch> (31.3.2013)

The Physician Competency Framework (Royal College of Physicians and Surgeons of Canada): <http://www.royalcollege.ca> → CanMEDS (31.3.2013)

Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin

Mehr Ärztinnen und Ärzte aus- und bedarfsgerecht weiterbilden, die Chancengleichheit verbessern und ärztliche Ressourcen gezielter einsetzen: Mit diesen und weiteren Massnahmen möchte der Bundesrat dem prognostizierten Engpass in der medizinischen Versorgung entgegentreten.



Maria Hodel
Bundesamt für Gesundheit

Im September 2011 hat der Bundesrat in Erfüllung der Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr den Bericht «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» veröffentlicht.¹ Der Vorstoss bezog sich auf eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), die – ausgehend von 700 Abschlüssen jährlich (2012: 775 eidg. Diplome) – festhielt, dass bis 2030 rund 30 Prozent der ärztlichen Konsultationen nicht mehr gewährleistet werden könnten.² Für den Bereich der Hausarztmedizin, sprich die ärztliche Grundversorgung, prognostizierte das Obsan gar 40 Prozent ungedeckte Konsultationen.

Einige Empfehlungen des bundesrätlichen Strategiepapiers wie beispielsweise die Überprüfung der Steuerungs-

mechanismen in der Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte sowie die Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit werden derzeit im Rahmen der Plattform Zukunft ärztliche Bildung³ analysiert und auf ihre Umsetzung hin geprüft. Die wichtigsten Fragestellungen, Erkenntnisse, Empfehlungen zu den Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin sowie der aktuelle Stand der politischen Diskussion werden nachfolgend vorgestellt.

(Haus-)Ärztemangel

Der Bericht geht zunächst der Frage nach, ob es **aktuell** einen **Ärztemangel** gibt und zitiert diverse Studien, die sowohl für Spitäler als auch für Arztpraxen Rekrutierungsprobleme nahelegen. Eine Befragung der Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS) hielt 2009 fest, dass 65 Prozent von 205 befragten Spitälern Probleme bei der Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten hatten. Am stärksten betroffen waren und sind psychiatrische Kliniken. Aber auch die ambulante Versorgungslandschaft ist im Umbruch. Bezüglich Ärztedichte sind grosse regionale Unterschiede festzustellen. Hausärztinnen und -ärzte bekunden Probleme bei Nachfolgeregelungen für ihre (Einzel-)Praxen. Marty (2006) stellte bei diesen einen deutlichen Angebotsüberhang fest. Viele junge Ärztinnen und Ärzte möchten flexibel bleiben, in einem Team arbeiten und ein Teilzeitpensum in angestellter Funktion übernehmen. Diese Berufsvorstellungen lassen sich in Einzelpraxen nicht verwirklichen. Parallel zu dieser Entwicklung erfolgt weiterhin ein starker Ausbau der ambulanten Spitalleistungen, die grundsätzlich in der ambulanten Hausarztpraxis erbracht werden könnten.

Trotz der festgestellten Rekrutierungsschwierigkeiten findet sich derzeit **keine Evidenz für einen generellen Ärztemangel**. Die Ärztedichte ist gestiegen, auch in der Grundversorgung. Letztere liegt mit 1,1 pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner deutlich über dem OECD-Durchschnitt.⁴ Die Frage nach einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung scheint sich somit weniger in rein quantitativer sondern eher in verteilungstechnischer bzw. qualitativer Form zu stellen. In einigen Fachgebieten stehen eher Strukturprobleme im Vordergrund, in anderen dürfte die Rekrutierung ausländischer Ärztinnen und -ärzte mit mangelnden Sprachkenntnissen zu Qualitätseinbussen führen. Obschon systematische Versorgungsdefizite bislang empirisch nicht belegt sind, wäre es falsch zu folgern,

1 Im Internet: www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitsberufe → Publikationen (16.4.2013)

2 Obsan, «Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030», Document de travail 33, Neuenburg 2008, (dt. Zusammenfassung)

3 Marty, Franz, «Zahl der Praxisangebote 2005 – drei Jahre nach Einführung der Zulassungsbeschränkung», in PrimaryCare, Nr. 17/2006

4 Obsan Bulletin, Nr. 3/2012: Zwischen 2009 und 2011 hat die Zahl der um 5,1 Prozent zugenommen, während die Anzahl Spezialmediziner relativ konstant geblieben ist. (Anm. Verfasserin: Mit der Aufhebung des Zulassungsstopps per Ende 2011 ist nun auch ein starker Anstieg der Spezialmedizin zu verzeichnen.)

dass kein Handlungsbedarf besteht: Die Schweiz ist in wachsendem Mass **abhängig von im Ausland ausgebildeten Medizinern**. Seit 2002 anerkennt das BAG im Jahresschnitt rund 1200 ausländische Arzt diplome, 2012 waren es mehr als 2000. Im selben Jahr ging bereits mehr als die Hälfte der insgesamt über 2200 erteilten kantonalen Berufsausübungsbewilligungen an Träger eines ausländischen Diploms.⁵ Auch in Zukunft wäre die Deckung des Personalbedarfs über Rekrutierungen im Ausland wahrscheinlich möglich. Aus der Perspektive der Versorgungssicherheit und aus Gründen der Fairness gegenüber andern Ländern empfiehlt der Bericht jedoch, das nötige Gesundheitspersonal künftig selbst auszubilden.

Überversorgung

Neben Hinweisen auf einen Mangel an hier ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten findet der Bericht auch Indizien für eine **mögliche Überversorgung**. So bestehen in verschiedenen Fachgebieten starke regionale Unterschiede in der Anzahl (chirurgischer oder diagnostischer) Interventionen.⁶ Die festgestellte Diskrepanz weist darauf hin, dass die erbrachten Leistungen möglicherweise durch ein zu hohes Angebot induziert werden und deshalb nicht in jedem Fall geeignet, erforderlich und angemessen wären.

Aufgefallen ist zudem die im OECD-Ländervergleich deutlich höhere Personalintensität oder geringere Personalproduktivität in den Schweizer Spitälern.⁷ Dieser Befund trifft auf alle dort beschäftigten Fachkräfte zu. Einige der Gründe dafür dürften im hohen Versorgungsstandard, der geringeren durchschnittlichen Grösse der Schweizer Spitäler mit entsprechend geringeren Skaleneffekten und der längeren durchschnittlichen Verweildauer der Patientinnen und Patienten liegen. Die Autoren des Ländervergleichs orten hier ein Potenzial für Effizienzsteigerungen.

Komplexe Ausgangslage – einfache Fragestellung

Aus den Befunden zum Ärztemangel, zu möglicher Überversorgung und vergleichsweise tiefer Personalproduktivität ein Fazit über die Bedarfsgerechtigkeit des gegenwärtigen Angebots an Gesundheitsleistungen zu ziehen ist schwierig. Noch schwieriger ist es, den zukünftigen

Bedarf an medizinischen Leistungen zu schätzen. Zwischen einer medizinischen Behandlung in lebensbedrohlichen Situationen und einer Gesundheitsoptimierung liegen viele Eingriffsmöglichkeiten, die je nach Interessenlage als unabdingbar oder unnötig angesehen werden. Aufgrund der methodischen Schwierigkeit, das komplexe Zusammenspiel aller beteiligten Variablen und Grössen abzubilden, ging der Bundesrat bei der Schätzung des Ausbildungsbedarfs von einem «Stabilisierungsszenario» aus. Die gewählte Fragestellung, **«wie viele Ärztinnen müsste die Schweiz ausbilden, um das heute verfügbare ärztliche Arbeitsvolumen aus eigener Kraft mit in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten zu ersetzen?»**, basiert auf der plausiblen Annahme, dass in Zukunft mindestens gleich viele ärztliche Leistungen benötigt werden wie heute. Dabei wird weder bewertet, ob die aktuelle Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht erfolgt, noch werden allfällige Effekte möglicher Effizienzsteigerungen oder Substitutionen ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsberufe berücksichtigt, noch wird der prognostizierte zusätzliche Bedarf an medizinischen Leistungen aufgrund demografischer Veränderungen eingerechnet.

Wie viele Ärztinnen und Ärzte arbeiteten 2011 in der Gesundheitsversorgung?

Die **FMH** verzeichnete in ihrer Ärztestatistik 2011 insgesamt 30 327 Ärzt/innen, die sich zu 16 232 auf den ambulanten und zu 14 095 auf den stationären Sektor verteilten.

Demgegenüber steht die Krankenhausstatistik des **BFS**, welche die im stationären Sektor beschäftigten Ärzt/innen erfasst und die 2011 mit 20 292 rund 6 000 Spitalärzte mehr auswies, als die FMH-Ärztestatistik.

Die stark divergierenden Zahlen zeigen, dass die Frage nach der genauen Anzahl der in der Gesundheitsversorgung beschäftigten Mediziner nicht klar beantwortet werden kann. Während die FMH die Zahlen für den stationären Sektor wohl unterschätzt, dürfte das BFS aufgrund von Mehrfachzählungen sowie von Überschneidungen zum ambulanten Sektor eher zu hoch liegen.⁹

Eine zuverlässige Aussage über die Anzahl der in der Gesundheitsversorgung beschäftigten Mediziner kann nur dann gemacht werden, wenn zukünftig eindeutige Personenidentifikatoren erhoben werden, mit denen sich Mehrfachzählungen korrigieren lassen.

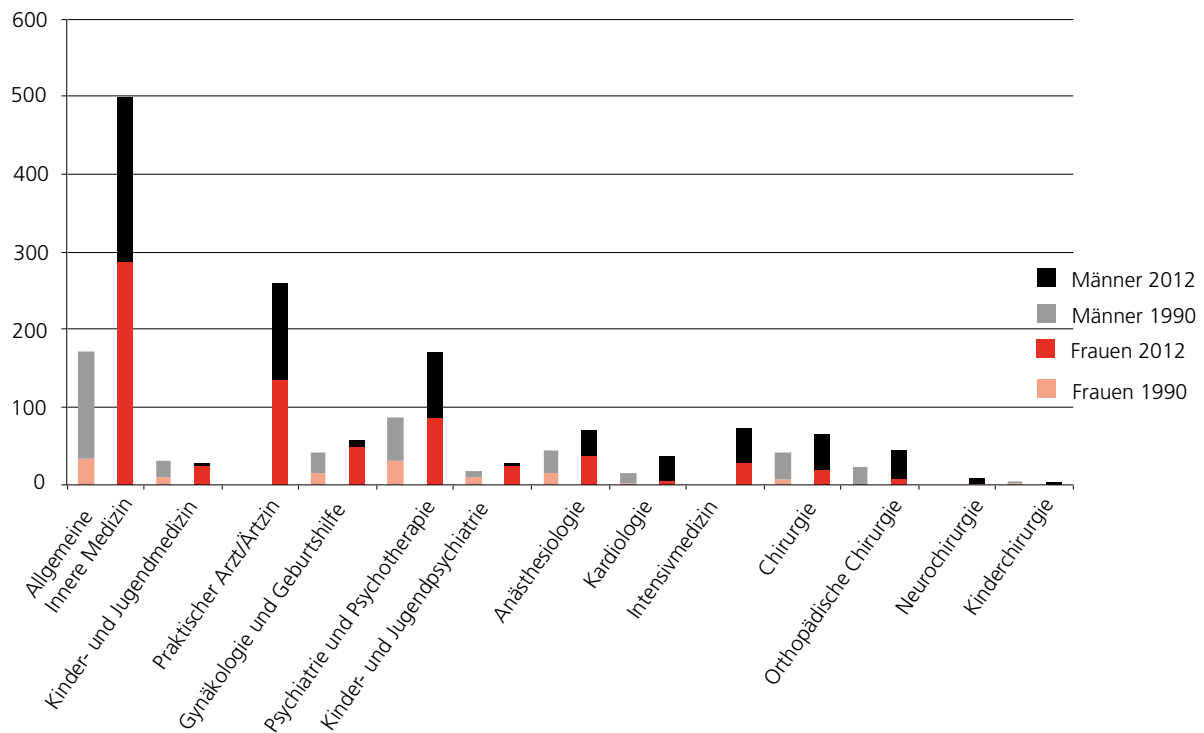
5 BAG: Auswertungen des Medizinalberuferegisters

6 Busato, André et al., «Die Schulter tut nicht überall in der Schweiz gleich weh», in Schweiz. Med. Forum, Nr. 24/2009, 438

7 Salfeld, Rainer et al., «Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, Berlin/Heidelberg 2009

Weiterbildungstitel 1990 und 2012

G1



Quelle: FMH-Ärzttestatistik 1990 und 2012

Schätzung des Ausbildungsbedarfs

Basierend auf Schätzungen zu 2009 ging der Bericht von einer Grundgesamtheit von 32000⁸ in der Gesundheitsversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte aus. Mithilfe von drei Berechnungsschritten, welche die bekannten Zu- und Abgangsbewegungen von der Ausbildung bis zur Pensionierung abbilden, wurde der jährliche Ergänzungsbedarf berechnet, um das aktuelle Arbeitsvolumen stabil zu halten. Berücksichtigt wurden die wahrscheinlichen Verluste nach abgeschlossenem Medizinstudium in Form nicht absolvierter Weiterbildungen sowie die Auswirkungen des wachsenden Frauenanteils in der Medizin auf die Entwicklung der Vollzeitäquivalente.

8 Diese Zahl umfasst auch die im Ausland ausgebildeten Ärzt/innen, die in der schweizerischen Gesundheitsversorgung tätig sind.

9 Die BFS-Statistik erfasst auch eine unbekannte Zahl von Ärzt/innen, die an mehreren Spitälern angestellt sind, oder solche, die sowohl im Spital als auch in der ambulanten Praxis arbeiten (z.B. Belegärzt/innen).

10 Nach dem sechs Jahre dauernden Medizinstudium an der Universität, das mit einer eidg. Prüfung abgeschlossen wird, beginnt die Weiterbildung oder sog. Assistenzarztzeit, die mit dem Facharzt – oder juristisch korrekt – mit einem eidg. Weiterbildungstitel in einem von 45 Fachgebieten abgeschlossen wird.

1. Berechnungsschritt:

Bei einer geschätzten Grundgesamtheit von 32000 Medizinern und einer angenommenen Lebensarbeitszeit von 37 Jahren (zwischen 28 und 65 Jahren) beträgt die jährliche Ersatzrate 2,7 Prozent oder 864 Ärztinnen und Ärzte, die jedes Jahr in das Versorgungssystem eintreten müssten, um die heutige Ärztedichte (Kopfzahl) zu halten.

2. Berechnungsschritt:

Eine Analyse aller zwischen 1985 und 2000 in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte hat ergeben, dass rund 16 Prozent nie eine Weiterbildung/Spezialisierung abgeschlossen haben.¹⁰ Da der Beruf ohne Weiterbildung nur unter Aufsicht ausgeübt und keine Praxis eröffnet werden kann, erscheint es wahrscheinlich, dass die betreffenden Mediziner der Gesundheitsversorgung verloren gehen. Für die weitere Berechnung des Ersatzbedarfs wurde dieser Anteil deshalb als Verlust klassifiziert. Damit erhöht sich der jährliche Ausbildungsbedarf von 864 auf 1030 Ärztinnen und Ärzte.

3. Berechnungsschritt:

Seit 2004 erwerben Frauen mehr als die Hälfte, seit 2008 rund 60 Prozent aller eidg. Arzt diplome. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil berufstätiger Ärztinnen bis ins Jahr 2030 von derzeit 35 Prozent

auf 60 Prozent ansteigen wird. Da sich Frauen häufiger als Männer für eine Teilzeitarbeit entscheiden, nimmt das Arbeitsvolumen pro Kopf mit wachsendem Frauenanteil ab.

Analysen zum Beschäftigungsgrad der Frauen legen nahe, dass zwei Männer mit drei Frauen ersetzt werden müssen. Bei einem Frauenanteil von 60 Prozent nimmt das 2030 verfügbare Arbeitsvolumen gegenüber heute um rund zehn Prozent ab und es werden 35 200 Ärztinnen und Ärzte benötigt, um das Arbeitsvolumen der heute 32 000 Mediziner zu erreichen.

Um die Grundgesamtheit innerhalb von 20 Jahren auf 35 200 aufzustocken, müssten pro Jahr durchschnittlich 1 066 Ärztinnen und Ärzte in die Versorgung einsteigen. Da, wie im 2. Berechnungsschnitt dargelegt, dem Gesundheitssystem jährlich 16 Prozent der diplomierten Ärzte vor dem Erwerb eines eidg. Weiterbildungstitels verlorengelassen, muss der jährliche Ersatzbedarf um diesen Anteil ergänzt werden, was den Ausbildungsbedarf auf **1 200–1 300 Ärztinnen und Ärzte¹¹** pro Jahr erhöht. Dies bedeutet eine Steigerung der Ausbildungsabschlüsse um knapp 50 Prozent gegenüber heute. Eine aktuelle Schätzung des Stabilisierungsszenarios aufgrund der seit 2011 weiter gestiegenen Zahlen zu den in der Gesundheitsversorgung beschäftigten Medizinerinnen dürfte auf einen noch höheren Ausbildungsbedarf kommen.

Bedarfsgerechte Weiterbildung und Chancengleichheit

Mit einer Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse allein ist nicht sichergestellt, dass später auch ein bedarfsgerechtes Angebot an in der Schweiz ausgebildeten Fachärztinnen und -ärzten zur Verfügung steht, welches die von den einschlägigen Studien für einzelne Gebiete der Spezialmedizin und die Grundversorgung prognostizierte Entwicklung in Richtung Unterdeckung aufzuhalten vermag. Obschon aufgrund der methodischen Schwierigkeiten sowohl bei der Ursachenanalyse als auch bei den Prognosetools, die Meinungen über den bedarfsgerechten Spezialitätenmix und eine zeitgemässe Grundversorgung auseinandergehen, scheint die **Feminisierung der Medizin gewisse Strukturveränderungen vorzuspüren**.

11 Da der Anteil der in der Gesundheitsversorgung beschäftigten Ärztinnen sukzessive wächst, müssten genau genommen jedes Jahr einige Mediziner zusätzlich ausgebildet werden, um den Verlust an Vollzeitäquivalenten aufzufangen. Deshalb empfiehlt der Bericht eine Bandbreite zwischen 1 200 und 1 300 Abschlüssen.

12 1990 wurde unterschieden in Allgemeinmedizin sowie Innere Medizin und deren Subspezialitäten: In dieser Grafik wurden die Weiterbildungen in Allgemeinmedizin sowie in Innerer Medizin ohne Subspezialität in der Kategorie Allgemeine Innere Medizin zusammengefasst.

13 Bei dieser Zahl ist zu berücksichtigen, dass mehr als die Hälfte der Weiterbildungstitel durch im Ausland ausgebildete Ärzt/innen erworben wurde. Zu berücksichtigen ist auch, dass rund zehn Prozent aller Mediziner mehr als einen Weiterbildungstitel erwerben.

Ein Blick auf die quantitative Entwicklung und das Geschlechterverhältnis bei einigen ausgewählten von insgesamt 45 Weiterbildungstiteln¹² zwischen 1990 und 2012 zeigt, dass sich die Anzahl Weiterbildungsabschlüsse von 661 auf 1 727¹³ verdreifacht hat. Im gleichen Zeitraum ist die schweizerische Wohnbevölkerung rund 18 Prozent angewachsen. Der Anteil der Grundversorgertitel hat sich von 30 auf 50 Prozent erhöht. Der Anteil der von Frauen erworbenen Weiterbildungstitel ist von rund 25 Prozent auf über 50 Prozent gestiegen.

Die Verteilung 2012 zeigt, dass es grosse **geschlechtsspezifische Unterschiede** gibt. Frauen sind in chirurgischen Fachgebieten deutlich untervertreten. Dagegen sind sie in der ärztlichen Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin) sowie in Gynäkologie und Psychiatrie in der Mehrzahl. Die Auswirkungen der beobachteten Zunahme der Grundversorgertitel mit stark wachsendem Frauenanteil auf die Gesundheitsversorgung sind noch nicht vollständig geklärt. Es ist offen, ob diese Verschiebungen zu einem bedarfsgerechten Angebot führen werden. Bekannt ist, dass gerade junge Ärztinnen und Ärzte häufiger Teilzeit arbeiten möchten. Der wachsende Frauenanteil verstärkt diesen Trend und damit auch den Druck, die Angebotsstrukturen in der Grundversorgung entsprechend zu verändern.

Empfehlungen

Die wichtigste Empfehlung ist sicherlich die Erhöhung der Ausbildungsabschlüsse auf 1 200 bis 1 300 pro Jahr. Aus den im Bericht erläuterten Analysen zu einzelnen Aspekten der Aus- und Weiterbildung sowie den Bedingungen einer freien Berufsausübung resultierten vielfältige Erkenntnisse, aus denen weitere Empfehlungen abgeleitet wurden. Nachfolgend die wichtigsten in Kürze:

- **Numerus Clausus (NC):** Die Zahl der Interessentinnen und Interessenten für das Medizinstudium liegt bei über 4 000 pro Jahr. Selbst wenn die Ausbildungskapazität wie empfohlen erhöht würde, wäre weiterhin eine Selektion notwendig. Der Eignungstest erhöht die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Studienabschlusses. Der gezielte Ressourceneinsatz für dieses teure Studium ist sinnvoll und der NC soll deshalb beibehalten werden.
- **Verluste tief halten:** Frauen schliessen nach dem Medizinstudium weniger häufig als Männer auch eine Weiterbildung ab. Mit steigendem Frauenanteil in der Medizin könnten sich deshalb die Verluste nach Studienabschluss vergrössern. Die Gründe dafür sollten untersucht und geeignete Massnahmen ergriffen werden, um Verluste möglichst tief zu halten.
- **Bedarfsgerechte Weiterbildung und Chancengleichheit:** Die Feminisierung der Medizin wirkt sich beson-

ders stark auf die ärztliche Grundversorgung, Psychiatrie und Gynäkologie aus. In den meisten übrigen Fachgebieten dagegen sind Frauen untervertreten. Es sollte untersucht werden, ob die Chancengleichheit in den vorherrschenden Ausbildungsstrukturen gewährleistet ist und ob die beobachteten Veränderungen im Spezialitätenmix bedarfsgerecht sind. Gegebenenfalls sollte eine bedarfsgerechte Steuerung (z.B. mittels geeigneter Anreize) geprüft werden.

- **Strukturwandel unterstützen:** Für die Angebotsstruktur in der ambulanten Grundversorgung haben Feminisierung und generell veränderte Berufsvorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte starke Folgen: Mit einem Anteil von 60 Prozent überwiegen in der ambulanten Gesundheitsversorgung noch immer die Einzelpraxen. Teilzeitstellen fehlen weitgehend. Kantone und Gemeinden sollten darum bemüht sein, den Strukturwandel in Richtung Gruppenpraxen und Gesundheitszentren unter Einbezug weiterer, auch nicht-ärztlicher Fachkräfte zu ermöglichen und allenfalls mit Investitionen in Praxisinfrastrukturen zu fördern.

Aktueller Stand des politischen Entscheidungsprozesses

Die Publikation des Berichts «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» im Herbst 2011 hat den Dialog zwischen Bildungs- und Gesundheitspolitik intensiviert. Das Thema «Erhöhung der Abschlusskapazitäten in Humanmedizin» liegt weit oben auf der politischen Agenda. Inzwischen wurden zwei weitere Berichte und eine Motion ausgearbeitet bzw. eingereicht, die sich mit der konkreten Umsetzbarkeit und den Kostenfolgen befassen:

- Ein erster Bericht wurde unter der Co-Leitung des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) unter Einbezug aller fünf Medizinischen Fakultäten im April 2012 verfasst. Die vom Bundesrat empfohlene Anhebung der Ausbildungsabschlüsse wurde befürwortet, wobei eine Erhöhung um 300 Abschlüsse pro Jahr als realistisch erachtet wurde. Die Zusatzkosten wurden mit 56 Mio. Fr. pro Jahr beziffert und ein stärkeres finanzielles Engagement des Bundes gefordert, ohne welches die Kantone den Ausbau nicht zu finanzieren vermöchten. Im August 2012 veröffentlichte der Nationale Dialog Gesundheitspolitik im Namen von Bundesrat Alain Berset und dem Präsidenten der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, Carlo Conti, ein **Communiqué, das den gemeinsamen Willen von Bund und Kantonen bekräftigte, die Ausbildungsabschlüsse um 300 zu erhöhen.**
- Im September 2012 reichte Nationalrätin Regula Rytz die Motion 12.3931 «Impulsprogramm für die Ausbil-

dung von Ärztinnen und Ärzten» ein, welche die Einstellung zusätzlicher Gelder verlangte, um die diskutierte Erhöhung der Studienabschlüsse bis 2018/2019 zu erreichen. Mit Verweis auf die weiterhin unbekanntenen Kosten des Medizinstudiums und die soeben verabschiedete BFI-Botschaft 2013–2016 lehnte der Bundesrat die in beiden Räten noch hängige Motion ab. Das zwischen 2013 und 2016 vorgesehene durchschnittliche jährliche Wachstum der Grundbeiträge des Bundes um 3,7 Prozent erlaube zusammen mit den Kantonsbeiträgen gemäss Interkantonaler Universitätsvereinbarung eine **sukzessive Erhöhung** der Studienplätze. Die Regierung signalisierte aber Bereitschaft, das Thema «Konsolidierung und Ausbau von Lehre und Forschung in der Humanmedizin» schwerpunktmässig in die nächste BFI-Botschaft aufzunehmen und mit den Kantonen die gemeinsame Finanzplanung festzulegen.

- Im Dezember 2012 folgte der Bericht einer Koordinationsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesamts für Gesundheit, des Staatssekretariats für Bildung und Forschung (SBF), der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK). Er vertiefte die Fragen zu den Kosten des Medizinstudiums und den Finanzierungsmodalitäten des Bundes und prüfte die Schaffung zusätzlicher Ausbildungsstandorte. Obschon es schwierig sei, die Kosten des Medizinstudiums präzise und fundiert zu beziffern, sei die **angekündigte Erhöhung mit den zurzeit zur Verfügung stehenden Mitteln nicht zu bewerkstelligen.** Die geprüften zusätzlichen Ausbildungsstandorte im Tessin, in St. Gallen und in Luzern würden kurzfristig kaum zu Kapazitätssteigerungen beitragen können. Im Weiteren wies der Bericht darauf hin, dass eine Erhöhung ohne flankierende Massnahmen, wie beispielsweise die Steuerung der Weiterbildung oder eine bessere regionale Verteilung des Angebots, nicht sinnvoll sei.
- Im März 2013 bekräftigten die beiden Bundesräte Schneider-Ammann und Berset in einer gemeinsamen Medienmitteilung, das Thema **Konsolidierung und Ausbau von Lehre und Forschung der Humanmedizin in der BFI-Botschaft 2017–2020** zu vertiefen und demnächst entsprechende Vorarbeiten einzuleiten.
- Am 9. April 2013 erfolgte der Auftakt zur Unterschriftensammlung für die **Volksinitiative «Mehr Ausbildungsplätze Humanmedizin».** Die Initiative will die Kantone verpflichten, so viele Ärztinnen und Ärzte auszubilden, wie in der Schweiz langfristig benötigt werden.
- Im Juli 2013 wird das Parlament erneut einen **Zulassungsstopp** für Spezialisten diskutieren.

Fazit

Die beiden Ansinnen, mehr Ärztinnen und Ärzte aus- und bedarfsgerecht weiterzubilden sowie gleichzeitig den Zuwachs der ambulanten Praxen zu beschränken, mögen auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen. Tatsächlich unterstützen sie jedoch das Ziel des Bundesrats, die Abhängigkeit der Schweiz von den Bildungsinvestitionen anderer Länder zu reduzieren. Gleichzeitig helfen sie mit zu verhindern, dass aufgrund der Einwanderung in der ambulanten Gesundheitsversorgung ein Überangebot entsteht, das die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit

der Leistungen in Frage stellt und den notwendigen Strukturwandel womöglich bremst. Die **Veränderungen der Angebotsstruktur**, d.h. die Schaffung von Gruppenpraxen und Gesundheitszentren ist aber notwendig, damit die an den Schweizer Fakultäten ausgebildeten Mediziner zukünftig flexiblere Arbeitsmöglichkeiten finden und die Bildungsinvestitionen dadurch nachhaltig genutzt werden.

Maria Hodel, lic. phil. I, wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Direktionsbereich Gesundheitspolitik, BAG
E-Mail: maria.hodel@bag.admin.ch

Hausarztmedizin: Ein Ziel, viele Wege – Volksinitiative, Gegenentwurf, Masterplan

Vor zwei Jahren wurde die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» eingereicht. Der Bundesrat lehnt diese ab, weil sie auf Verfassungsebene die umfassende Besserstellung einer einzelnen Berufsgruppe fordert und die erprobte Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen tangiert. Er stellt der Initiative einen direkten Gegenentwurf gegenüber und geht mit dem Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» auf berechtigte Anliegen der Hausärztinnen und Hausärzte ein.



Brigitte Menzi
Bundesamt für Gesundheit



Nuria del Rey

Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»

Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» wurde im April 2010 mit über 200000 Unterschriften eingereicht. Ihr Ziel ist die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin. Im Weiteren soll deren spezifische Aus- und Weiterbildung gefördert, der Zugang zum Beruf gesichert, die Berufsausübung erleichtert und die erbrachten hausärztlichen Leistungen besser abgegolten werden. Nach dem Willen der Initiantinnen und Initianten sollen grundsätzlich die Hausärztinnen und -ärzte erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem sein.

Eidgenössische Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»

Die Bundesverfassung wird wie folgt geändert:

Art. 118b (neu) Hausarztmedizin

¹Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin.

²Sie erhalten und fördern die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvorsorge.

³Sie streben eine ausgewogene regionale Verteilung an, schaffen günstige Voraussetzungen für die Ausübung der Hausarztmedizin und fördern die Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.

⁴Der Bund erlässt Vorschriften über:

- a. die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt sowie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin;
- b. den gesicherten Zugang zum Beruf und die Erleichterung der Berufsausübung;
- c. die Erweiterung und die angemessene Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Leistungen der Hausarztmedizin;
- d. die Anerkennung und die Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten für Patientinnen und Patienten;
- e. administrative Vereinfachungen und zeitgemässe Formen der Berufsausübung.

⁵Der Bund trägt in seiner Gesundheitspolitik den Anstrengungen der Kantone und Gemeinden sowie der Wirtschaft auf dem Gebiet der Hausarztmedizin Rechnung. Er unterstützt sie in ihren Bestrebungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel und die Sicherung der Qualität der Leistungen.

Ablehnung der Volksinitiative durch den Bundesrat

Im Oktober 2010 gab der Bundesrat bekannt, das Volksbegehren wegen zu weitreichender Forderungen abzulehnen. Insbesondere sprach er sich gegen die umfassende Besserstellung einer einzelnen Berufsgruppe sowie die verfassungsmässige Einschränkung des bis anhin freien Zugangs zum Gesundheitssystem aus. Gerade eine Solche würde mit der von der Initiative vorgesehenen systemumspannenden Gatekeeper-Funktion der Hausärztinnen und -ärzte (inklusive Gesundheits-erziehung und -vorsorge) aber vorgezeichnet. Der Bundesrat begründete die Ablehnung der Initiative auch mit rechtlichen und staatspolitischen Vorbehalten: So sei weder ersichtlich, wie mit dem geforderten gesicherten Zugang zum Beruf noch der im Initiativtext angelegten Kompetenzverschiebung von den Kantonen an den Bund umzugehen sei. Letztere war in der Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf von den Kantonen denn auch dezidiert kritisiert worden. Weiter störte sich der Bundesrat an im Initiativtext verwendeten Begriffen: Die Forderungen hinter Wendungen wie «in der Regel erste Anlaufstelle», «günstige Voraussetzungen», «ausgewogene regionale Verteilung» oder «gesicherter Zugang zum Beruf» seien nicht abschliessend geklärt und ihre Kostenfolgen bei einer Annahme der Initiative schwer abzuschätzen. Der gesicherte Zugang zum Beruf, der in den Erläuterungen zur Initiative als dauerhafte Aufhebung sämtlicher Zulassungsbeschränkungen im Sinn von Art. 55a KVG (Zulassungsstopp) verstanden wird, würde im Weiteren bei einer generellen oder regionalen Überversorgung sämtliche Steuerungsmöglichkeiten ausschliessen. Zusammenfassend sieht der Bundesrat in der Förderung einer einzelnen Berufsgruppe keine adäquate Antwort auf die anstehende Herausforderung, die medizinische Grundversorgung bedarfsgerecht zu organisieren. Um die Versorgung der Bevölkerung mit grundlegenden präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen medizinischen Gütern sicherzustellen, sei eine interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit unabdingbar.

Direkter Gegenentwurf zur medizinischen Grundversorgung: Stand der Beratungen

In Anerkennung der tragenden Rolle der Hausärztinnen und -ärzte im Gesundheitssystem, insbesondere in der medizinischen Grundversorgung, hat der Bundesrat der Hausarztinitiative im September 2011 einen direkten Gegenentwurf gegenübergestellt. Ziel des vorgeschlagenen Bundesbeschlusses ist eine durch Bund und Kantone gemeinsam verantwortete Sicherstellung einer allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität. Die Hausarztmedizin spielt dabei eine wichtige, nicht jedoch allein tragende Rolle.¹ Auf eine Neuerteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen wird verzichtet. Die bestehenden strategischen Aufgaben des Bundes im Bereich der Aus- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung werden lediglich vervollständigt und präzisiert. Der steigenden Tendenz von chronischen Leiden und Mehrfacherkrankungen, die mit der zunehmenden durchschnittlichen Lebenserwartung einhergeht, soll mit einer soliden, aber auch flexibel ausgerichteten medizinischen Grundversorgung Rechnung getragen werden.² Die Auswirkungen der erwarteten Veränderungen sollen über eine stärkere Vernetzung und gezielte Zusammenarbeit der beteiligten Leistungsträger abgedeckt werden. In seinem Gegenentwurf greift der Bundesrat Entwicklungstendenzen auf, die klar in Richtung einer koordinierten medizinischen Grundversorgung zeigen. Diese verlangt sowohl eine aufeinander abgestimmte und kohärent geregelte Aus- und Weiterbildung als auch ein interprofessionelles Berufsverständnis. Anfang 2012 wurden die parlamentarischen Beratungen zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» und zum Gegenvorschlag aufgenommen. In deren bisherigem Verlauf haben sich sowohl der Ständerat als auch der Nationalrat gegen die Volksinitiative und für inhaltlich voneinander abweichende Fassungen eines direkten Gegenentwurfs entschieden. Das Geschäft befindet sich derzeit in der Differenzbereinigung.

Der Masterplan Hausarztmedizin: entschlossenes Angehen berechtigter Forderungen

Um die berechtigten Anliegen zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung rasch aufzugreifen und den Initianten den Rückzug ihres Begehrens zu ermöglichen, lancierte Bundesrat Berset in Absprache mit den zuständigen parlamentarischen Kommissionen den «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Dessen breit abgestützte Träger-schaft aus Initiativkomitee, Departement des Innern

1 Vgl. Bericht des Bundesrats «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin», September 2011 (in Erfüllung Mo. 08.3608, Jacqueline Fehr): www.bag.ch → Themen → Gesundheitsbe-rufe → Publikationen (16.4.2013)

2 Vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN (Hg.), «Ageing workforce in an ageing society – Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?», Neuenburg 2009

3 Vgl. www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitspolitik → Volksini-tiative «Ja zur Hausarztmedizin» → Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» (16.4.2013)

(EDI), Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Verband Hausärzte Schweiz, FMH sowie Schweizerischer Universitätskonferenz (SUK) konstituierte sich Anfang April 2012. Drei Teilprojektgruppen suchen in den Bereichen Medizinalberufegesetz, Bildung und Forschung sowie Versorgung und Finanzierung nach kompromissfähigen, rasch umsetzbaren Lösungen.³

Mehr Hausarztmedizin im Medizinalberufegesetz

Da das seit 2006 geltende Medizinalberufegesetz (MedBG), das die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den universitären Medizinalberufen (Humanmedizin, Zahnmedizin, Chiropraktik, Pharmazie und Veterinärmedizin) regelt, derzeit revidiert wird, war es naheliegend, hierbei auch die Anliegen der Initianten aufzugreifen. In Erfüllung einer zentralen Forderung der Initiantinnen und Initianten wurde die medizinische Grundversorgung (mit Schwerpunkt Hausarztmedizin) in die Aus- und Weiterbildungsziele des MedBG (Art. 8 und Art. 17) aufgenommen. Die Praxisassistentin, die es Assistenzärztinnen und -ärzten ermöglicht, spezifische Fähigkeiten direkt in der Hausarztpraxis zu erwerben, wurde als Weiterbildungsobligatorium für die in der Grundversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte verankert. Der revidierte Gesetzesentwurf und die dazugehörige Botschaft werden voraussichtlich im Juni 2013 dem Bundesrat unterbreitet und anschliessend in die parlamentarische Beratung gegeben.

Mehr Hausarztmedizin in der Bildung

Herzstück des Massnahmenpakets im Bildungs- und Forschungsbereich ist ein Kredit von vier Mio. Franken, den die SUK in der Planungsperiode 2013–2016 zur Schaffung tragfähiger akademischer Strukturen von Lehre und Forschung im Bereich Hausarztmedizin einsetzt. Um den Reformbedarf des bestehenden universitären Bildungsangebots an den betroffenen Fakultäten zu eruieren, wurde unter Einbezug aller hausarzt-

medizinischen Institute der Istzustand 2012/2013 festgehalten. Der Handlungsbedarf im Forschungsbereich wird unter der Federführung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) ermittelt. Bis Ende 2013 erstellt diese ein Konzept zur Versorgungsforschung, das als Grundlage eines nationalen Forschungsschwerpunkts (NFP) dienen wird.

Die Reformmassnahmen, die im Bereich der ärztlichen Weiterbildung bis anhin getroffen wurden, beschränken sich auf eine generelle Akzeptanz der von der Weiterbildungskommission SGIM/SGAM erarbeiteten Lernziele für angehende Hausärzte. Hingegen lehnen die konsultierten Fachgesellschaften die vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) angeregte Verankerung eines Schwerpunkts Hausarztmedizin im Rahmen der Facharztausbildung Allgemeine Innere Medizin (AIM) ab. Auch die Aus- und Weiterbildung nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen wie der Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA), *Advanced Nurse Practitioners*, Hebammen, Ernährungsberaterinnen und -berater sind zu überdenken. Gerade den MPA kommt sowohl in den klassischen Einzelpraxen mit traditioneller Arbeitsteilung als auch in neuen Versorgungsmodellen (Gruppenpraxen, Ärztenetzwerken) eine wichtige Koordinationsfunktion zu. So liegt dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) der Antrag auf eine Berufsprüfung für Medizinische Praxisassistentinnen, (MPK) vor, der durch das BAG unterstützt wird.

Mehr Geld für die Hausarztmedizin?

Schwieriger als in den anderen Teilbereichen des Masterplans gestaltet sich wie erwartet der Diskurs rund um die finanzielle Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte. Ihr Einkommen setzt sich grösstenteils aus den für Laborleistungen⁴ erzielten Einkünften sowie den Entschädigungen gemäss TARMED⁵ zusammen. Aus Sicht der Initiantinnen und Initianten sind insbesondere Erstere integraler Bestandteil der hausärztlichen Tätigkeit und entscheidend für die Attraktivität des Berufs. Weder die geltenden Tarife für Analysen im Praxislabor noch der Ärztetarif TARMED würden aber gemäss den Initiantinnen und Initianten die sach- und leistungsgerechte Abgeltung der hausärztlichen Tätigkeit garantieren.

Die geltende Analyseliste wurde anlässlich ihrer Inkraftsetzung im Juli 2009 einem Monitoring unterzogen, das v.a. darauf ausgerichtet war, beabsichtigte von unerwünschten Wirkungen der Neutarifizierung zu unterscheiden, um gegebenenfalls korrigierend eingreifen zu können. Der Schlussbericht zum Monitoring⁶ vom 17. Januar 2012 zeigt auf, dass sich das Verhalten

4 Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, ausgewählte Laboranalysen im praxiseigenen Labor durchzuführen. Die im Rahmen der Grundversorgung abgegoltene Analysen werden in zwei Teillisten geführt. Unter der Voraussetzung bestimmter Weiterbildungstitel dürfen im Praxislabor auch noch weitere Analysen vorgenommen werden: www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Tarife und Preise → Analysenliste (16.4.2013).

5 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Tarife und Preise → TARMED (16.4.2013)

6 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Tarife und Preise → Analysenliste (16.4.2013)

der Leistungserbringer nicht wesentlich verändert hat. Im beobachteten Zeitraum 2008–2010 ist die Zahl der Analysen um 6,2 Mio. Franken bzw. um 8,7% angestiegen, der Umsatz um 73 Mio. (–5,8%), von 1,27 Mia. auf 1,20 Mia. Franken gesunken. Aufgeschlüsselt nach Leistungserbringerkategorie verlief die Entwicklung jedoch unterschiedlich: Während bei den Praxislaboratorien die Anzahl der Analysen um 7,6% und der Umsatz um 18,5% deutlich zurückgegangen sind, haben die Spitallaboratorien (+26%) und die Privatlaboratorien (+27%) deutlich mehr Untersuchungen durchgeführt. Dabei vermochten sie den Umsatz fast zu halten oder leicht zu erhöhen (–0,5% bzw. +1,7%). Die u.a. dank dem Monitoring identifizierten Schwachstellen in Methodik und Struktur der Analyseliste sollen mit dem Projekt transAL (Transformation Analyseliste) angegangen werden. Dieses zielt primär auf die Stabilität und Pflanzbarkeit der Analysenliste ab. In einer ersten Phase soll dabei ein separates Kapitel für schnelle Analysen im Praxislabor eingeführt werden. Mengen- und Kostenstruktur der geplanten Liste sind Gegenstand der aktuellen Diskussion.

Im laufenden Diskurs rund um die Ausgestaltung der Hausarztmedizin wird auch eine vorgezogene TAR-MED-Revision und die Schaffung eines separaten Grundversorgerkapitels verlangt, das die Leistungen der Hausärztinnen und -ärzte umfasst. Dabei wird eine finanzielle Besserstellung um rund 350 Mio. Franken verlangt. Bundesrat Berset hat klar signalisiert, dass er eine Aufwertung der Grundversorgerleistungen grundsätzlich befürwortet. Er hat deshalb die für die Revision des Tarifs zuständigen Tarifpartner (FMH, santé-suisse und der Spitalverband H+) aufgefordert, geeignete Vorschläge auszuarbeiten. Da die angestrebte Besserstellung der Hausärztinnen und -ärzte nicht zulasten der Prämienzahlerinnen und Prämienzahler gehen darf, müssen die entstehenden Mehrkosten innerhalb des Tarifs kompensiert werden.

Zwischenfazit

Der Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» hat auf gesetzlicher Ebene und im Bildungsbereich schon viel bewegt – bei der zentralen Finanzierungsfrage ist hingegen noch vieles offen. Auf der Prozessebene lässt sich bereits heute ein positives Fazit ziehen: Durch die Einbindung der wichtigsten Akteure in den Masterplan konnten rasch konkrete Lösungsansätze erarbeitet und teilweise bereits umgesetzt werden. Eine breitere Diskussion der Hausarztmedizin fand anlässlich der nationalen Tagung «Hausarztmedizin – eine attraktive Disziplin mit Zukunft» am 16. Mai 2013 statt. Dabei diskutierten Hausärztinnen und -ärzte, Politikerinnen und Politiker sowie Behördenvertreter aller Staatsstufen neue Versorgungsansätze und -modelle. Am 6. September wird das Thema der «medizinischen Grundversorgung» im Rahmen der Jahrestagung des Schweizerischen Gemeindeverbands erneut aufgegriffen. Unabhängig vom konkreten Ausgang des durch die Initiative angestossenen politischen Prozesses hat der gewählte Governance-Ansatz zu einer breiten Sensibilisierung für die Anliegen der Hausärztinnen und Hausärzte geführt.

Nuria del Rey, lic. phil.hum., Wissenschaftliche Sachbearbeiterin,
Abteilung Gesundheitspolitik, BAG
E-Mail: nuria.del-rey@bag.admin.ch

Brigitte Menzi, lic. rer.soc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung Gesundheitspolitik, BAG
E-Mail: Brigitte.Menzi@bag.admin.ch

Ärztenschaft in der Schweiz: aktuelle Fragen zur künftigen Entwicklung

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium analysiert auf der Basis vorhandener Daten die Entwicklung der Ärzteschaft in der Schweiz. Es zeigt sich eine vielschichtige Dynamik – den Prognosen und Schlussfolgerungen sind aber Grenzen gesetzt.



Laila Burla
Schweizerisches
Gesundheitsobservatorium

Wer im Gesundheitswesen die Versorgung plant, ist auf verlässliche Zahlen über die Entwicklungen bei den diversen Berufsgruppen angewiesen. Dabei ist es u.a. auch schwierig zu ermitteln, wie viele Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz arbeiten, wo diese tätig sind und wie hoch ihre Arbeitspensen sind. Zwar erfassen verschiedene Datenbanken Informationen zur Ärzteschaft, wie die Krankenhausstatistik des Bundesamts für Statistik, die Ärztestatistik der FMH, das Medizinalberuferegister des Bundesamts für Gesundheit oder das Zahlstellenregister der SASIS AG. Dennoch weist die aktuelle Datenlage Schwächen auf, so dass sich die genaue Zahl der in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte nicht ermittelt lässt. 2012 wurden rund 17000 frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte gezählt, im stationären Bereich waren es je nach Datenquelle zwischen 14000 und 20000.

Eine ungefähre Kenntnis der Anzahl Ärztinnen und Ärzte allein, lässt noch keine Aussagen zum Total der effektiven ärztlichen Leistung zu. Eine Annäherung daran kann nur unter Berücksichtigung des Beschäftigungsgrads

mittels so genannter Vollzeitäquivalenten erfolgen. Solche Angaben existieren zwar für die Ärzteschaft in den Spitälern, für die frei Praktizierenden ist die Datenlage aber noch ungenügend. Informationen zum Arbeitspensum sind insofern von zentraler Bedeutung, als die Entwicklungen darauf hinweisen, dass die Durchschnittsarbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren sinken wird.

Die Medizin wird weiblich – aktuelle Entwicklungen

Das durchschnittliche Arbeitspensum wird v.a. deswegen abnehmen, weil der Frauenanteil in der Humanmedizin steigt: 2011 waren über 57% der Medizinstudierenden weiblich. Ärztinnen arbeiten durchschnittlich rund einen Tag weniger als ihre männlichen Kollegen. Zudem ist ein 100%-Pensum auf die Dauer auch für Letztere immer seltener eine Option. Das heisst, für die gleiche Arbeitsleistung braucht es künftig mehr Ärztinnen und Ärzte: Eine zentrale Erkenntnis, die in die Planung und Steuerung der Personalressourcen einfließen muss.¹

Mit dem steigenden Frauenanteil in der Medizin stellt sich zudem die Frage, ob Ärztinnen Fachgebiete wählen, in denen sich Arbeit und Familie besser vereinbaren lassen als in anderen. Die Geschlechterverteilung nach Fachgebiet zeigt denn auch, dass der Frauenanteil insbesondere in der Gynäkologie und der Grundversorgung (inkl. Pädiatrie) in den letzten Jahren gestiegen ist. In der Psychiatrie liegt er schon seit einigen Jahren bei rund 45%, während Ärztinnen in den chirurgischen Fachgebieten mit nur etwa 20% deutlich untervertreten sind. Dabei ist auch von Interesse, ob der Anteil Spitalärztinnen in leitender Funktion ansteigt, wie dies aufgrund der Feminisierung des Berufs erwartet werden könnte. 2010 betrug der Frauenanteil auf Assistenzarztstufe 56%, bei den Chefärztinnen und -ärzten bzw. bei Leitungsfunktionen lag er bei knapp 20%.

Um die Entwicklungen besser zu verstehen und Vorhersagen machen zu können, braucht es eine genauere Kenntnis über die Karriereverläufe. So muss eruiert werden, wieviele Ärztinnen und Ärzte ihre praktische Tätigkeit aufgeben, um z.B. in der Forschung, Industrie oder Verwaltung zu arbeiten und weshalb sie sich so entscheiden. Desgleichen stellt sich die Frage nach den Beweggründen von Spitalärztinnen und -ärzten, eine Praxistätigkeit aufzunehmen, wobei auch der gewählte Zeitpunkt interessiert. Im Weiteren sollte die Veränderung des Arbeitspensums im Verlauf einer Arztkarriere erfasst werden.

¹ Vgl. Hodel, Maria; «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» in dieser Ausgabe

Alterung zeigt sich auch bei der Ärzteschaft

Um zu erfahren, wie sich die Ärzteschaft künftig entwickelt, ist ein Blick auf die Altersstruktur aufschlussreich. Diese variiert von Sektor zu Sektor stark: Da fast die Hälfte der an Spitälern beschäftigten Ärzte Assistenzärztinnen und -ärzte sind, liegt dort das Durchschnittsalter mit gut 39 Jahren (im Jahr 2010) relativ tief. Jenes von frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten beträgt dagegen 53 Jahre (2011).

Die Altersverteilung der frei Praktizierenden wird häufig diskutiert im Hinblick auf einen möglichen zukünftigen Ärztemangel. Die Zahlen von 2011 zeigen, dass 10% schon 65-jährig oder älter sind und dass weitere 35% das Pensionsalter in den nächsten zehn Jahren erreichen werden. Hohe Anteile älterer Ärztinnen und Ärzte finden sich insbesondere in der Grundversorgung und im Fachgebiet der Psychiatrie – in beiden Bereichen sind jüngere Ärztinnen und Ärzte vergleichsweise untervertreten, was einen zukünftigen Mangel wahrscheinlich macht.

Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte: die andere Seite der Medaille

Der Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte ist in verschiedener Hinsicht von Bedeutung. Ihr bereits jetzt hoher Anteil an der Gesamtärzteschaft weist darauf hin, dass der Ärztebedarf schon seit einigen Jahren nur dank ausländischer Fachkräfte gedeckt werden kann. 2011 verfügten über 17% der frei Praktizierenden über ein ausländisches Diplom – Tendenz steigend. Im Spitalbereich ist dieser Anteil rund doppelt so hoch, wobei die momentane Datenlage dazu keine differenzierten Aussagen ermöglicht. Zahlen des Zentralen Migrationsinformationssystems des Bundesamts für Migration zeigen, dass in den letzten Jahren jeweils deutlich mehr ausländische Ärztinnen und Ärzte ein- als ausgewandert sind: Der jährliche Migrationssaldo beläuft sich auf ca. 1 000 Personen. Dabei spart sich die Schweiz mit jedem eingewanderten Arzt, mit jeder eingewanderten Ärztin Ausbildungskosten in der Höhe von rund 720 000 Franken.

Die Rekrutierung im Ausland hat aber nicht nur Folgen für die Schweiz: Indirekt kurbelt sie damit die Abwanderung von hochqualifiziertem Gesundheitspersonal aus den ärmsten Ländern an. Zwar rekrutiert sie mehrheitlich aus Nachbarländern, doch diese decken ihren Personalbedarf wiederum mit Fachkräften aus wirtschaftlich schwächeren (Nachbar-)staaten – es kommt zum Dominoeffekt. Das Nachsehen haben beispielsweise südlich der Sahara gelegene Länder, die am Ende dieser Migrationskette liegen.

Im Zusammenhang mit dem Ausbildungshintergrund von im Ausland rekrutierten Ärztinnen und Ärzten wird zunehmend auch die Qualitätsfrage thematisiert: Verglichen mit dem Schweizer System werden Unterschiede in

der Ausbildungsdauer und den vermittelten Inhalten festgestellt. Zudem manifestieren sich sprachliche und kulturelle Verständnisschwierigkeiten sowie ungenügende Kenntnisse über das Schweizer Gesundheitswesen.

Genügend? Zu wenig? Zu viel?

Erkenntnisse über die zahlenmässige Entwicklung der Ärzteschaft, über das Geschlechterverhältnis oder die Altersstruktur sind zwar interessant, aber sie vermögen auf die brennende Frage, ob es in der Schweiz genügend, zu wenig oder zu viele Ärztinnen und Ärzte gibt, keine befriedigende Antwort zu geben: zu komplex ist das System und zu unklar auch die Definitionen von Über- und Unterversorgung. Zu gegensätzlich sind die Positionen und Interessen der involvierten Akteure. Dennoch sollen abschliessend jene Punkte benannt werden, die im Rahmen der Versorgungsdebatte wichtig sind.

In der Schweiz kommen auf 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner gut vier Ärztinnen und Ärzte – damit verfügt sie über eine der weltweit höchsten Ärztedichten, die seit Jahren ansteigt. Die im Vergleich zu anderen Ländern durchaus komfortable Lage darf jedoch nicht vergessen machen, dass ein beträchtlicher und wachsender Anteil der Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland kommt.

Bei einer Beurteilung der Versorgungslage sind auch regionale Unterschiede (z.B. Stadt/Land) und die unterschiedliche Situation in den Fachrichtungen (Grundversorgung/Spezialmedizin) zu berücksichtigen. Zahlen bzw. Studien dazu gibt es kaum. Die Einschätzungen sind zudem häufig widersprüchlich: So liest man z.B. im Psychriatriebereich einerseits von aktuellen und bevorstehenden Engpässen, während andererseits – u.a. vor dem Hintergrund der neu erteilten Berufsausübungsbewilligungen nach dem Auslaufen des Zulassungstopps – in bestimmten Regionen auch von einem Überangebot die Rede ist. Auf Basis der vorhandenen Daten wird das Obsan in den kommenden Jahren die Ursachen solch widersprüchlicher Einschätzungen eingehender analysieren und ihrer Bedeutung für die Demografie der Ärzteschaft – und damit verknüpft – die Planung der Gesundheitsversorgung untersuchen.

Das Obsan wird auch in den kommenden Jahren vorhandene Daten analysieren, um sich einen vertieften Einblick in die Demografie der Ärzteschaft in der Schweiz zu verschaffen. Dafür ist es vor allem auf eine bessere Vergleichbarkeit der Daten angewiesen. Eine breitere Datenbasis im ambulanten Bereich wird in Zukunft zudem bessere Grundlagen für gesundheitspolitische Entscheidungen ermöglichen und neue Fakten liefern, um den Diskurs über die Ärzteschaft und die Gesundheitsberufe zu versachlichen.

Laila Burla, lic. rer. soc., Wissenschaftliche Projektleiterin, Obsan
E-Mail: laila.burla@bfs.admin.ch

Transparenz und Qualität in der Psychologie und psychologischen Psychotherapie

Am 1. April 2013 trat das Psychologieberufegesetz¹ (PsyG) in Kraft. Das neue Gesetz schafft mit geschützten Bezeichnungen Transparenz beim psychologischen und psychotherapeutischen Angebot und legt verbindliche Qualitätsstandards fest, wie sie auch für die universitären Medizinalberufe selbstverständlich und im Medizinalberufegesetz (MedBG) verankert sind.



Marianne Gertsch
Bundesamt für Gesundheit

Bedeutung der Psychologie im Gesundheitswesen

Die Psychologie, definiert als die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen sowie deren Veränderung, hat sich in den letzten dreissig Jahren stark ausdifferenziert. Psychologinnen und Psychologen sind heute in sehr vielen Lebensbereichen als Berater, Coaches, Diagnostikerinnen oder Therapeuten tätig. Neben den ärztlichen Fachpersonen spielen sie in der ambulanten und insbesondere auch der stationären therapeutischen Behandlung und Betreuung psychisch belasteter und kran-

ker Menschen eine zentrale Rolle. Im ambulanten Bereich gibt es gut 3000 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit eigener Praxis. Hinzu kommen schätzungsweise rund 4000 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung qualifiziert sind, in eigener fachlicher Verantwortung psychotherapeutisch tätig zu sein.² Gemäss Bundesamt für Statistik³ liess sich 2012 rund ein Drittel aller Personen mit psychischen Problemen bei einer Psychologin bzw. einem psychologischen Psychotherapeuten behandeln.

Regelungsbedarf aus Patienten- bzw. Konsumentensicht

Im Widerspruch zur faktischen Bedeutung der Psychologie im Gesundheitswesen stand bisher das Fehlen jeglicher gesundheitspolitischer Regelung der Psychologieberufe auf Bundesebene. Dies im Gegensatz zum ärztlichen Fachbereich, bei dem Aus-, Weiterbildung und Berufsausübung im MedBG umfassend geregelt sind. Ohne verlässliche Qualitätslabel vermögen Hilfesuchende sich kaum auf dem unüberblickbaren, intransparenten Markt psychologischer und psychotherapeutischer Hilfestellungen orientieren und die seriösen Angebote von unqualifizierten unterscheiden. Dabei sind nicht nur psychisch erkrankte oder beeinträchtigte Personen betroffen, sondern auch all jene, die in belastenden Lebenssituationen (Paar-, Familien- oder Erziehungsprobleme, Arbeitsplatzverlust, Tod eines Angehörigen, lebensbedrohliche Krankheit etc.) vorübergehend qualifizierte Beratung und Unterstützung benötigen.

Zentrale Regelungsaspekte des Psychologieberufegesetzes

Die psychologische Psychotherapie war vor der Inkraftsetzung des PsyG in 25 von 26 Kantonen geregelt und der Bewilligungspflicht unterstellt. Die unterschiedliche Regelungsdichte der kantonalen Vorgaben führte dazu, dass nichtärztliche psychotherapeutische Leistungen regional unterschiedlichen Qualitätsanforderungen unterlagen. Mitverursacht durch die Bestimmungen des schweizerischen Binnenmarktgesetzes (BGBM), das die gegenseitige Anerkennung kantonalen Berufsausübungsbewilligungen vorsieht, drohte dabei eine Nivellierung der Behandlungsqualität nach unten. Das PsyG beseitigt die

1 Systematische Sammlung des Bundesrechts, SR 935.81; www.admin.ch → Gesetzgebung → Systematische Sammlung (25.4.2013)
2 Grundlagen der Schätzung:
– Anzahl Mitglieder der Berufsverbände FSP, SBAP und ASP mit Fachtitel Psychotherapie 2012;
– Angaben der kantonalen Gesundheitsbehörden zur Zahl kantonalen Praxisbewilligungen (Stand März 2009)
3 www.bfs.admin.ch → Aktuell → Publikationen → Gesundheitsstatistik 2012 (25.4.2013)

skizzierten Missstände und verbessert den angestrebten Konsumenten- bzw. Patientenschutz und die Qualitätssicherung in wesentlichen Punkten:

- Die Berufsbezeichnung «Psychologin»/«Psychologe» ist neu Personen vorbehalten, die ein Hochschulstudium absolviert haben und einen Master-, Lizentiats- oder Diplomabschluss in Psychologie besitzen. Damit wird Markttransparenz hergestellt und die fachliche Qualität der entsprechenden Angebote gewährleistet.
- Die Weiterbildungen in den Fachbereichen Psychotherapie, Neuropsychologie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie sowie Kinder- und Jugendpsychologie werden einer Qualitätsüberprüfung (Akkreditierung) unterzogen, auf deren Grundlage eidgenössisch anerkannte Weiterbildungstitel eingeführt werden. Diese berechtigen zur Führung geschützter Titel in Fachgebieten, in denen die persönliche Beratung, Abklärung sowie (vorübergehende) therapeutische Unterstützung und Behandlung von Menschen mit psychischen Problemen und Krankheiten oder in psychisch belastenden Lebenssituationen im Vordergrund steht.
- Die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten wird umfassend geregelt und harmonisiert: Psychotherapie in eigener fachlicher Verantwortung privatwirtschaftlich ausüben darf inskünftig nur noch, wer einen Master- oder gleichwertigen Studienabschluss in Psychologie besitzt und eine eidgenössisch akkreditierte psychotherapeutische Weiterbildung absolviert hat.
- Eine neue, seit 2012 tätige Psychologieberufekommission (PsyKo) berät das EDI und den Bundesrat bei Umsetzungsfragen und wirkt als Anerkennungsinstanz für ausländische Hochschulabschlüsse und Weiterbildungstitel.

4 Parl. Anfrage Prelicz-Huber (11.1068): Nichtärztliche Psychotherapie als Leistung der Grundversicherung; www.parlament.ch → Schnellzugriff → Curia Vista (25.4.2013)

5 Heute werden nur die Leistungen der delegiert arbeitenden nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten von der OKP übernommen. Diese arbeiten als Angestellte in der Praxis eines Arztes und unter dessen Aufsicht und Verantwortlichkeit. Der delegierende Arzt rechnet die Leistung als ärztliche Leistung ab.

Das Psychologieberufegesetz als Entwicklungschance

Das neue Gesetz ist sowohl von gesundheitspolitischer als auch von berufsständischer Bedeutung. Indem es hohe und verbindliche Standards in Sachen Aus- und Weiterbildung und Berufsausübung setzt, verbessert es zum einen den Schutz der potenziellen Patienten bzw. Konsumenten beim psychologischen und psychotherapeutischen Angebot. Zum anderen birgt die breite Diskussion über Qualität und wissenschaftliche Fundierung, die mit der Erarbeitung der Qualitäts- und Akkreditierungsgrundsätze angestossen worden ist, Entwicklungschancen für die psychologischen und psychotherapeutischen Berufe.

Im Weiteren bildet das PsyG die Grundlage, die Funktion der psychologischen und psychotherapeutischen Fachpersonen im Gesundheitsversorgungssystem und ihre Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu überdenken und neu zu verhandeln. Dank der schweizerischen Harmonisierung der Qualitätsgrundlagen lassen sich beispielsweise neue Zulassungsmodelle im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) prüfen. Die Diskussion um die Abrechnungsberechtigung nicht-ärztlicher Psychotherapie zulasten der OKP, die nach Krankenversicherungsgesetz grundsätzlich möglich wäre und in den 1990er-Jahren an den unterschiedlichen Qualitätsauffassungen der verschiedenen Berufsverbände beim Aus- und Weiterbildungsangebot scheiterte, kann wieder aufgegriffen werden. Auf eine parlamentarische Anfrage⁴ hin hat der Bundesrat denn auch zugesagt, Optionen zur Ablösung des derzeit gültigen Modells der delegierten Psychotherapie⁵ zu prüfen. Unter der Leitung des BAG haben erste breitabgestützte Gespräche stattgefunden. Dabei wurde deutlich, dass die Zulassungsfrage letztlich auch eine Frage des Zusammenarbeitsgefüges, insbesondere zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist. Das PsyG bietet die Chance, dieses kritisch zu überdenken und die Funktion der verschiedenen Berufsgruppen sowie deren Schnittstellen zu verhandeln und weiterzuentwickeln.

Marianne Gertsch, lic. phil. I, Projektleiterin Psychologieberufegesetz, Abteilung Gesundheitsberufe, BAG
E-Mail: marianne.gertsch@bag.admin.ch

Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut

Der Bundesrat hat am 15. Mai 2013 das «Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut» verabschiedet. Damit wird sich der Bund von 2014 bis 2018 verstärkt in der Armutsbekämpfung engagieren. Der Bund stellt dafür Finanzmittel in der Höhe von 9 Mio. Franken bereit. Gefördert werden insbesondere die Bildungschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Weitere Schwerpunkte sind die soziale und berufliche Eingliederung und die Unterstützung für bessere Lebensbedingungen der Betroffenen.



Joana Guldemann
Bundesamt für Sozialversicherungen

Armut ist auch heute in der Schweiz eine Realität. Gemäss Angaben des Bundesamtes für Statistik lag 2010 das verfügbare Haushaltseinkommen von 79 Prozent der Schweizer Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze¹. Das bedeutet, dass rund 600 000 Personen von Armut betroffen waren. Hinzuweisen ist im Weiteren auf all jene Haushalte, welche mit oder ohne Unterstützungsleistungen knapp über der Armutsgrenze leben und armutsgefährdet sind.

¹ Vgl. Bundesamt für Statistik, «Armut in der Schweiz: Konzepte, Resultate und Methoden. Ergebnisse auf der Basis von SILC 2008 bis 2010», Neuenburg 2012, S. 18

Das Parlament thematisierte die Bekämpfung der Armut in den letzten Jahren mit verschiedenen Vorstössen und verlangte vom Bund, seine diesbezüglichen Anstrengungen zu verstärken. Der Bundesrat legte mit der «Gesamtschweizerischen Strategie zur Armutsbekämpfung», welche er im März 2010 verabschiedete, die Grundlage für die Folgearbeiten auch des Bundes. Sie zeigt auf, dass es Massnahmen in sehr unterschiedlichen Politikfeldern und auf allen staatlichen Ebenen braucht, damit Armut nachhaltig verringert werden kann. Ebenfalls dargelegt wird, wie zahlreich und vielfältig die Akteurinnen und Akteure sind, welche in unterschiedlicher Zuständigkeit zur

Prävention und Bekämpfung der Armut beitragen.

Im November 2010 führte das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine Nationale Armutskonferenz durch, an der Bund, Kantone, Gemeinden und Städte ihre Bereitschaft bekundeten, sich verstärkt in der Prävention und Bekämpfung der Armut zu engagieren. Im Mai 2013 verabschiedete der Bundesrat nun das Nationale Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut (2014–2018), mit welchem der Bund seinen Beitrag zur Armutsbekämpfung wesentlich verstärken wird.

Das Nationale Programm baut auf dem Bestehenden auf und wird die relevanten Akteurinnen und Akteure in ihren Aktivitäten unterstützen. Es wurde deshalb in engem Dialog mit den zentralen Partnerinnen und Partnern entwickelt, mit denen auch die Umsetzung erfolgen wird. Es sind dies die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK), die Städteinitiative Sozialpolitik (Sektion des Schweizerischen Städteverbandes) und der Gemeindeverband, aber auch verschiedene Bundesämter wie das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI), Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) und das Bundesamt für Wohnungswesen (BWO). Einbezogen werden im Weiteren auch Nichtregierungsorganisationen, welche sich in der Bekämpfung der Armut engagieren, sowie Vertreterinnen und Vertreter der Armutsbetroffenen.

Das Nationale Programm ist entlang von Programmlinien und Handlungsfeldern organisiert (vgl. Grafik **G1**). Diese werden im Folgenden beschrieben.

Praxisrelevantes Wissen erarbeiten und verbreiten (Programmlinien)

Das Nationale Programm will die kantonalen, kommunalen und privaten Akteurinnen und Akteure in ihren Bestrebungen zur Prävention und Bekämpfung von Armut unterstützen. Ohne in bestehende Kompetenzen einzugreifen, sollen die Wirksamkeit, Reichweite und Kohärenz der Bestrebungen zur Prävention und Bekämpfung von Armut gesteigert und verbessert werden. Die Erarbeitung von praxisrelevantem Wissen steht dabei im Zentrum. So ist vorgesehen, spezifische Grundlagen zu erstellen und Good Practices zu identifizieren und zu fördern. Zudem sollen Erkenntnisse, welche im Rahmen des Nationalen Programms generiert werden, umfassend verbreitet und der Erfahrungsaustausch, beispielsweise über die Erfolgsbedingungen von Massnahmen, gefördert werden.

Vier Handlungsfelder

Für das Nationale Programm wurde Handlungsbedarf in vier Feldern identifiziert, die im Folgenden vorgestellt werden. Die Prioritäten und konkreten Inhalte der Programmak-

tivitäten werden im Verlauf des Programms festgelegt, weiterentwickelt und – wenn nötig – angepasst.

Bildungschancen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene

Aktuell haben in der Schweiz 370 000 Personen zwischen 25 und 50 Jahren, d. h. 13 Prozent der Erwerbsfähigen dieser Altersgruppe, keinen Berufsabschluss.² Da Bildung der Schlüssel zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt ist, wirkt sich dies auf die Lebenssituation der Betroffenen und ihre Perspektiven entscheidend aus. Erwachsene ohne nachobligatorische Ausbildung sind oft von Armut bedroht. So haben sie geringere Chancen auf einen Lohn, der die Lebenshaltungskosten deckt.³ Auch haben sie ein erhöhtes Risiko, ihre Stelle zu verlieren, und geringere Aussichten, wieder eine Stelle zu finden. Wer keine berufliche Grundbildung oder allgemeinbildende Schule abgeschlossen hat (Sekundarstufe II), hat eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein, als jene mit einem entsprechenden Abschluss.⁴ Auch in der Sozialhilfe sind Personen ohne Ausbildung übervertreten. Mehr als die Hälfte (rund 57%) aller Personen ab 18 Jahren, die Sozialhilfe beziehen, verfügen über keine abgeschlossene nachobligatorische Ausbildung.⁵ Die Armutsgefährdung lässt sich somit langfristig und nachhaltig verringern, indem die Bildungschancen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen verbessert werden. Deshalb wird im Nationalen Programm auf dieses Handlungsfeld ein besonderes Gewicht gelegt.

Welche Ausbildung besucht und abgeschlossen werden kann, ist vom Gesamtverlauf einer Bildungskarriere (formal und non-formal) abhängig. So erwerben die Kinder bereits in der frühen Kindheit (bis 4 Jahre) nachhaltig wirksame Grundlagen für ihre weitere Entwicklung und die späteren Lernprozesse. Wie erfolgreich sie dann die obligatorische Schulzeit durchlau-

fen, wird in der Schweiz stark von der sozialen Herkunft und vom Migrationshintergrund beeinflusst. Und dieser Schulerfolg bestimmt wesentlich, welche Möglichkeiten und Chancen die Kinder in der beruflichen Ausbildung haben werden und wie erfolgreich sie den Übergang zur beruflichen Grundbildung schaffen.⁶

Um die Chancen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher zu erhöhen, braucht es eine Massnahmenkette von der frühen Kindheit über die obligatorische Schulzeit bis zum Berufsabschluss. Bei einigen reicht eine punktuelle Unterstützung, andere müssen längerfristig begleitet werden. Im Weiteren sind Erwachsene ohne Berufsabschluss darin zu unterstützen, nachträglich einen Abschluss zu erreichen (Nachholbildung).

Das Nationale Programm wird dazu beitragen, die speziellen Angebote für sozial benachteiligte Kinder in Kindertagesstätten zu fördern und zu verbreiten. Die Umsetzung der Konzepte der Frühen Förderung, welche zurzeit an verschiedenen Orten erfolgt, soll in Bezug auf die spezifische Erfahrung in der Förderung sozial benachteiligter Kinder validiert werden. Es sollen Massnahmen gesucht und verbreitet werden, die sich zur Unterstützung sozial benachteiligter Schulkinder ausserhalb des Unterrichts bewähren. Gegen Ende der obligatorischen Schulzeit soll die Einbindung bildungsferner Eltern in den Berufswahlprozess gestärkt werden. Auch sollen Good-Practice-Angebote für Jugendliche und junge Erwachsene mit Schwierigkeiten beim Einstieg in die Berufsausbildung und während dieser verbreitet werden. Im Bereich der Nachholbildung schliesslich wird das Nationale Programm den Zugang für wenig qualifizierte Erwachsene und Good-Practice-Angebote fördern.

Soziale und berufliche Eingliederung

Die Eingliederung in den Arbeitsmarkt schützt am nachhaltigsten vor Armut. Deshalb braucht es zusätzlich zu den Bildungsmassnahmen spezifi-

2 Berner Fachhochschule Soziale Arbeit, «Personen ohne Berufsbildung: Lebenslage, Best Practice, Handlungsbedarf, Schlussbericht im Auftrag SP Schweiz», Bern 2012, S. 4

3 Zwischen Personen ohne und Personen mit einem Abschluss auf der Sekundarstufe II lässt sich eine durchschnittliche Einkommensdifferenz von rund 15 600 Franken pro Jahr feststellen: Fritschi, Tobias et al., «Gesellschaftliche Kosten der Ausbildungslosigkeit in der Schweiz», Bern 2009 (Studie im Auftrag von Travail.Suisse), S. 10

4 Ebd., S. 9.

5 www.bfs.admin.ch → Themen → 13 – Soziale Sicherheit → Bedarfsabhängige Leistungen → Sozialhilfe → Detaillierte Daten → Tabellen und Datenwürfel (23.4.2013).

6 Bundesamt für Statistik, «Bildungs mosaik Schweiz. Bildungsindikatoren 2007», Neuchâtel 2007, S. 53. In der Schweiz schaffen zurzeit rund 90 Prozent der Schulabgängerinnen und -abgänger einen Abschluss auf Sekundarstufe II. Bis ins Jahr 2020 sollen 95 Prozent aller 25-Jährigen über einen Abschluss auf Sekundarstufe II verfügen.

Überblick über das Nationale Programm

G1

Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut				
		PROGRAMMLINIEN		
		Erarbeitung von Grundla- gen	Identifizieren, fördern von Good Practices	Vernetzen und infor- mieren
HANDLUNGSFELDER	Bildungschancen für Kinder, Ju- gendliche, Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung sozial benachteiligter Kinder im Vorschul- und Schulalter • Übergang zur beruflichen Grundbildung • Nachholbildung 		Akteurinnen / Akteure vernetzen Information und Wissen zur Verfügung stellen
	Soziale und berufliche Eingliederung	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote für Langzeitarbeitslose und Sozialhilfebeziehende 		
	Lebensbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnen • Familienarmut • Zugang von Betroffenen zu Unterstützungsangeboten und Informationen 		
	Wirkungsmessung und Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring und Evaluation 		

sche Angebote für armutsgefährdete und von Armut betroffene Erwachsene, die Mühe haben, sich in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Die gezielte Unterstützung zur Stärkung eigener Ressourcen erhöht ihre Chancen, eine Arbeitsstelle zu finden und dadurch finanziell eigenständig zu werden bzw. zu bleiben. Auch jene Betroffenen, welche sich nicht in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren vermögen, sollten ihre Arbeitsfähigkeit zum Erhalt der sozialen Integration und des Selbstwerts bewahren können. Auf diese Weise kann mindestens ihre Lebenssituation stabilisiert werden. Das Angebot an Massnahmen zur sozialen und beruflichen Eingliederung ist vielfältig. Im Nationalen Programm soll ein Kosten-Nutzen-Vergleich unterschiedlicher Massnahmen vorgenommen werden. Im Weiteren sollen spezifische Fragen etwa zu den Erfolgsfaktoren von Sozialfirmen geprüft werden, da diese einen interessanten Ansatz bieten, indem sie die individuelle Situation der Betroffenen speziell berücksichtigen.

Lebensbedingungen

Über das Handlungsfeld Lebensbedingungen werden wichtige sozi-

alpolitische Themen in das Nationale Programm eingebunden. Hier werden Fragen rund um den Zugang zu günstigem Wohnraum und die Informationen über das bestehende Unterstützungsangebot sowie die spezielle Situation armutsgefährdeter Familien angegangen.

Fragen rund um das Wohnen sind für armutsbetroffene Personen von grosser Bedeutung. Der Einkommensanteil, den sie für das Wohnen aufwenden müssen, ist weit höher als bei wirtschaftlich besser gestellten Haushalten und stellt oft eine grosse Belastung dar. Die verhältnismässig hohen Wohnkosten können wesentlich dazu beitragen, dass Betroffene ihren Lebensunterhalt nicht mit eigenen Mitteln zu decken vermögen. Der Wechsel in eine günstigere Wohnung ist aber oft schwierig. Fragen zur Versorgung mit günstigem Wohnraum, zu staatlichen Wohnbeihilfen und im Zusammenhang mit der Schnittstelle zwischen Mietenden und Vermietenden stehen deshalb im Mittelpunkt der Programmaktivitäten.

Armutsbetroffenen fehlt oft die Kenntnis von bestehenden Beratungsstellen, an die sie sich wenden

könnten, oder von entsprechenden Unterstützungsangeboten. Das Nationale Programm wird deshalb dazu beitragen, den Zugang der Armutsbetroffenen zu den für sie wichtigen Stellen und Informationen zu erleichtern.

Obwohl Familien häufig im Mittelpunkt der Angebote und Leistungen zur Armutsbekämpfung stehen, ist wenig bekannt über die konkreten kantonalen und kommunalen Strategien zur Bekämpfung der Familienarmut. Hier braucht es umfassendere Kenntnisse, um wirksam und gezielt auf die spezifischen Kontexte zu reagieren. Dazu wird das Nationale Programm Grundlagenarbeit leisten.

Wirkungsmessung und Monitoring

Verschiedene Akteurinnen und Akteure, insbesondere die NGOs, haben wiederholt gefordert, ein Monitoring zur Überprüfung der Wirksamkeit der Bestrebungen zur Prävention und Bekämpfung der Armut einzuführen. Dabei soll eruiert werden, inwieweit Armut damit verringert wird. Die Festlegung entsprechender Indikatoren und Ziele erweist sich als komplex, unter anderem

weil die Massnahmen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen und äusserst vielfältig sind. Im Rahmen des Nationalen Programms wird geklärt, welche Bereiche mit welchen Indikatoren erfasst werden können und wie darauf aufbauend allenfalls ein Monitoring-System zu definieren und zu implementieren wäre.

Organisation und Kosten des Nationalen Programms

Die Umsetzung des Nationalen Programms wird dem BSV obliegen. Eine Steuergruppe, in welcher die wichtigsten staatlichen Partnerinnen und Partner vertreten sind, wird über die zentralen strategischen und konzeptionellen Fragen entscheiden und die Umsetzungsplanung verabschieden. Sie wird ergänzt durch eine Begleitgruppe, in welcher alle wesentlichen Akteurinnen und Akteure, auch die an der Prävention und Bekämpfung von Armut beteiligten Bundesstellen einsitzen. Über die mehrstufige, breit abgestützte Organisationsstruktur sollen die auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Themenfeldern laufenden Bestrebungen koordiniert, Schnittstellen geklärt und Doppelspurigkeiten vermieden werden. Der Begleitgruppe kommt im Weiteren die Rolle eines Sounding Boards zu. Auch stellt sie das Bindeglied zwischen dem Nationalen Pro-

gramm und den durch sie vertretenen Akteurinnen und Akteure dar und ist dafür besorgt, die im Nationalen Programm gewonnenen Erkenntnisse möglichst flächendeckend zu verbreiten. Fachspezifische Projektgruppen werden die einzelnen Schwerpunkte oder Programmaktivitäten inhaltlich klären oder vertiefen. Sie bereiten die Entscheidungsgrundlagen der Steuergruppe vor. Bei Bedarf können zudem externe Expertinnen und Experten beigezogen werden.

Die zur Verfügung stehenden Bundesmittel für das Nationale Programm belaufen sich auf 9 Mio. Franken. Sie decken die Kosten für die Programmstrukturen und die personellen Ressourcen, die für die operative Umsetzung des Programms benötigt werden. Im Bereich der Programmaktivitäten fallen die Kosten für Bestandesaufnahmen, die Entwicklung von Good Practices, die Wirkungsmessung und das Monitoring sowie die programmübergreifenden Massnahmen darunter. Um Good Practice zu ermitteln, beteiligt sich das Nationale Programm vereinzelt auch an Pilotprojekten vor Ort. Bei Fachtagungen ist vorgesehen, dass das Nationale Programm in der Vorbereitung und Umsetzung eng mit Dritten zusammenarbeitet.

Bereits im laufenden Jahr (2013) werden mit den Partnerinnen und Partnern die weiteren Schritte geplant

Dokumentation

unter www.bsv.admin.ch → Themen → Alter, Generationen und Gesellschaft → Sozial-/Gesellschaftspolitik, ausgewählte Themen → Armutsbekämpfung des Bundes (23.4.2013):

- Beschluss des Bundesrates vom 15. Mai 2013: Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut. Konzept, 15. Mai 2013
- Gesamtschweizerische Strategie zur Armutsbekämpfung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion (06.3001) der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR (SGK-N) vom 13. Januar 2006, 31. März 2010

und die Zusammenarbeit vereinbart. In der zweiten Jahreshälfte 2013 werden die Steuergruppe und die Begleitgruppe eingesetzt. Der Schlussbericht an den Bundesrat ist für 2018 vorgesehen.

Joana Guldemann, Dr. phil. I, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Familien, Generationen und Gesellschaft, BSV
E-Mail: joana.guldemann@bsv.admin.ch

Fortwährende Erholung der Sozialversicherungsfinanzen 2011/2012

Wie die Gesamtrechnung GRSV des BSV zeigt, erholten sich die Finanzen der Sozialversicherungen 2011 weiter. Die Einnahmen stiegen um beinahe 6 Mrd. Franken, während die Ausgaben mit einer Zunahme von einer halben Milliarde fast unverändert blieben. Der aggregierte Rechnungssaldo verbesserte sich entsprechend von 18,6 auf 23,9 Mrd. Franken. Auch für 2012 kann mit einer günstigen finanziellen Entwicklung gerechnet werden.



Stefan Müller

Bundesamt für Sozialversicherungen



Salome Schüpbach



Solange Horvath

Finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen 2011

2011 war aus finanzieller Sicht für die Sozialversicherungen erfreulich. Das **Einnahmenwachstum** überstieg mit 3,7% die durchschnittliche Wachstumsrate seit 1990 (vgl. Grafik, **G1**). Demgegenüber wuchsen die Ausgaben kaum und verzeichneten mit 0,4% das tiefste Wachstum seit Beginn der Gesamtrechnung 1987. Die günstige Entwicklung der Einnahmen und der geringe Ausgabenanstieg führten 2011 zu einem um 28,2% verbesserten Rechnungssaldo.

Zum hohen **Einnahmenwachstum** haben 2011 v.a. die Erwerbsersatzordnung (EO), die Arbeitslosenversicherung (ALV), die Invalidenversicherung (IV) und die Krankenversicherung (KV) beigetragen (vgl. Grafik, **G2**). Sowohl die Erwerbsersatzordnung als auch die Arbeitslosenversicherung konnten 2011 ihre Beitragseinnahmen erhöhen. In der EO wurden die Beitragssätze von 0,3% auf 0,5% (befristet 2011–2015) angehoben. In der ALV wurde der Beitragssatz auf 2,2% erhöht und ein Solidaritätsbeitrag von 1% auf Löhnen zwischen 126 000 und 315 000 Franken

Der vorliegende Artikel basiert auf der **Sozialversicherungsstatistik, SVS 2013** des BSV. Sie erscheint im Herbst 2013. Bestellnummern: SVS 318.122.13D, SVS 318.122.13F, gratis.

Ein **weiterführender Artikel** wird die Leserinnen und Leser in der **CHSS 5/2013** u.a. über die Entwicklung einzelner Sozialversicherungen, im Kontext der Gesamtrechnung, informieren.

Der Jahresbericht **«Sozialversicherungen 2012 – Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG»** basiert ebenfalls auf den hier verwendeten Daten. Er bietet zusätzliche Analysen und Informationen zu allen Sozialversicherungen. Bestellnummern: Sozialversicherungen 2012 318.121.12D, Assurances sociales 2012 318.121.12F, Assicurazioni sociali 2012 318.121.12I, Fr. 10.–.

Die **Taschenstatistik 2013** des BSV erscheint im Sommer 2013.

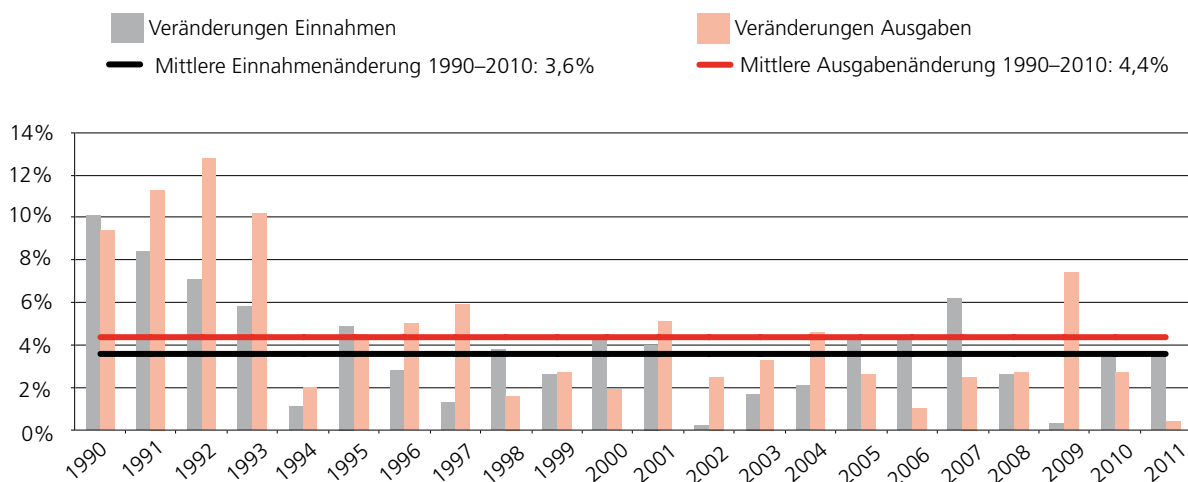
Auf knappem Raum sind die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Sozialversicherungen zusammengestellt. Bestellnummern: Taschenstatistik 318.001.13D, Statistique de poche 318.001.13F, Pocket statistics 318.001.13ENG, gratis.

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

Bezug beim BBL, Verkauf Publikationen, 3003 Bern

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Gesamtrechnung 1990–2011

G1



2011 übertraf der Einnahmenanstieg den Ausgabenanstieg in ähnlichem Ausmass wie in den Wachstumsjahren 2006 und 2007.

Quelle: SVS 2013

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2011 in Mio. Franken

T1

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	BV	KV	UV	EO	ALV	FZ	Konsolidiertes Total
Total Einnahmen	39 171	2 439	9 500	1 837	61 554	23 794	7 880	1 710	7 222	5 133	159 624
Total Ausgaben	38 053	2 439	9 488	1 837	43 350	22 705	6 064	1 611	5 595	5 196	135 721
davon Sozialleistungen	37 847	2 439	8 560	1 837	31 628	21 432	5 239	1 608	4 888	5 047	119 908
Rechnungssaldo	1 118	–	12	–	18 204	1 089	1 816	100	1 627	–63	23 903
Veränderung des Kapitals	–4 012	–	4 965	–	3 100	998	2 078	97	1 627	–63	8 791
davon Kapitalwertänderungen	–130	–	–46	–	–14 739	–96	614	–2	–	...	–14 399
Kapital	40 146	–	–9 947	–	620 600	9 649	44 802	509	–4 632	1 173	702 301

2011 erreichten die Einnahmen der GRSV beinahe die Marke von 160 Mrd. Fr., das Finanzkapital aller Sozialversicherungen lag mit 702 Mrd. Fr. erstmals über 700 Mrd. Fr.

In der GRSV werden die Einnahmen inkl. laufende Kapitalerträge aber ohne Kapitalwertänderungen ausgewiesen (volkswirtschaftliche Perspektive). Damit können die Angaben zu einzelnen Zweigen von anderen Quellen abweichen.

Quelle: SVS 2013

eingeführt. Die Invalidenversicherung profitierte von höheren Subventionen des Bundes (Übernahme der Schuldzinsen) und von zusätzlichen Mehrwertsteuereinnahmen (befristet 2011–2017). In der KV stieg die Durchschnittsprämie 2011 um 6,5%, die

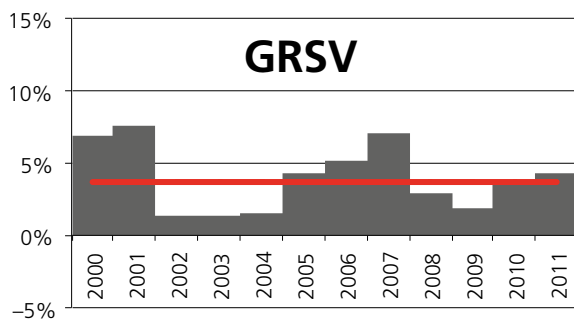
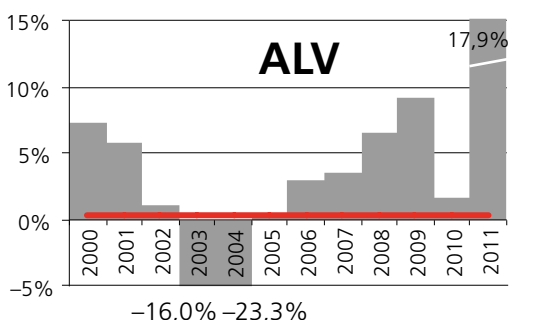
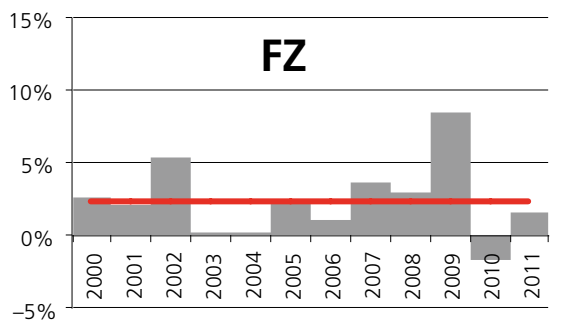
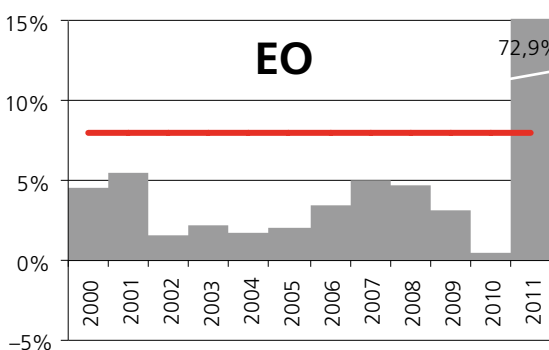
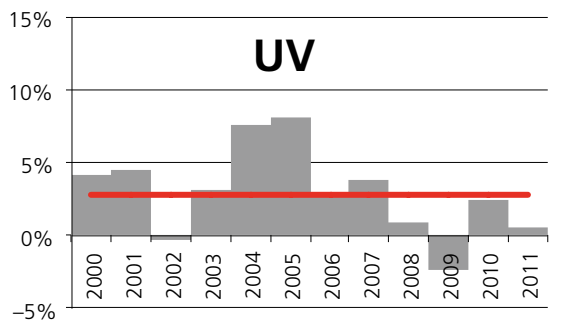
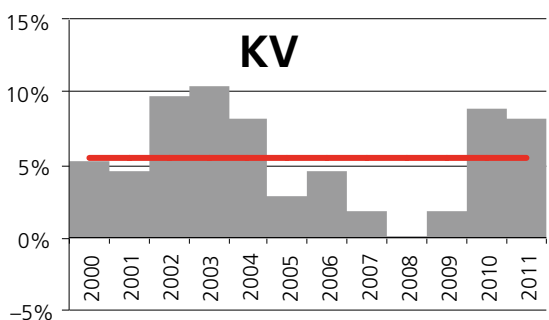
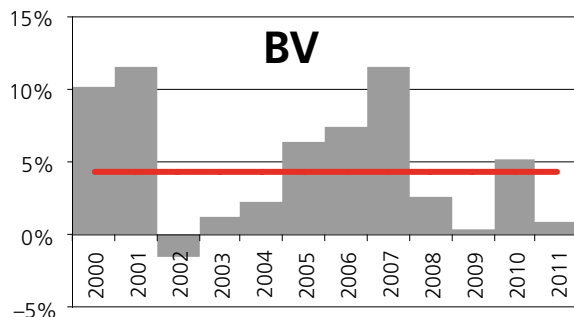
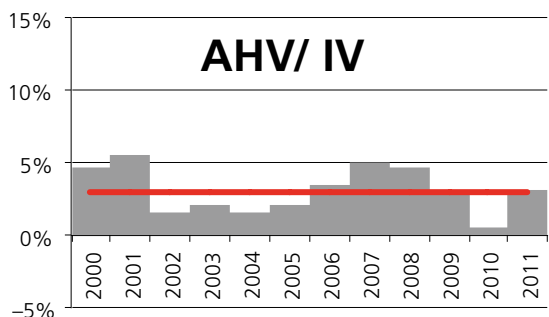
fünfhöchste Prämienhöhung seit Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 1996. Zum niedrigsten **Ausgabenanstieg** seit 1987 haben vor allem der Ausgabenrückgang der ALV und der Beruflichen Vorsorge (BV) beigetragen

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2011

Das Kapital der Sozialversicherungen wird vom Rechnungssaldo und von den Kapitalwertänderungen bestimmt. Die Finanzkrise von 2008/2009

Entwicklung der Beiträge nach Sozialversicherungszweigen

G2



Nachdem 2010 die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge an die AHV und IV so schwach gewachsen waren wie seit 1997 nicht mehr, erfolgte 2011 ein deutlicher Anstieg von 3,1%.

Quelle: SVS 2013

hatte grosse Auswirkungen auf die **Kapitalwerte**. So nahm das Kapital 2008 börsenbedingt um fast 104 Mrd. Fr. ab 2009 erholte sich die Börse deutlich, 2010 war schliesslich eher ein Jahr der Stagnation. In diesen beiden Jahren betrug die Kapitalwertänderungen 53,5 Mrd. Fr. und die Rechnungssaldi 35,7 Mrd. Fr., so dass das zusammengefasste Finanzkapital Ende 2010 den Stand von 693,5 Mrd. Fr. erreichte. Trotz Kapitalwertverlusten im Umfang von 14,4 Mrd. Fr. stieg 2011 das kumulierte Finanzkapital der Sozialversicherungen dank einem Rechnungssaldo von 23,9 Mrd. Fr. erstmals auf über 700 Mrd. Fr.

Ausserordentlich gewachsen (um 72,9% bzw. 17,9%) sind – nach Beitragssatzerhöhungen – 2011 die Beiträge an die **EO** bzw. an die **ALV**. Die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge an die **BV**, **UV** und **Familienzulagen (FZ)** wuchsen 2011 unterdurchschnittlich. Die Zuwachsrate der **KV**-Beiträge hängt v.a. von der Entwicklung der **Kopfprämien** ab. Diese wuchsen 2011

um 6,5%, was sogar über der mittleren Zuwachsrate der Beitragssumme seit 2000 liegt (5,5%).

Die mittleren Veränderungsrate der **EO**, **KV** und **BV** liegen über der mittleren **Veränderungsrate der Gesamtrechnung GRSV**, d.h. die Bedeutung dieser Zweige innerhalb der Gesamtrechnung hat im vergangenen Jahrzehnt zugenommen. Vergleicht man die Entwicklung der einzelnen Sozialversicherungszweige mit der Entwicklung der GRSV, fällt die Dominanz der **BV** auf: Die Veränderungsrate der GRSV folgen in der Form ziemlich genau den Veränderungsrate der **BV**. Im Niveau liegen die Veränderungsrate der **BV** aber höher als diejenigen der Gesamtrechnung, was einen zusätzlichen Hinweis auf ihren starken Einfluss gibt.

Sozialversicherungsquoten 2011

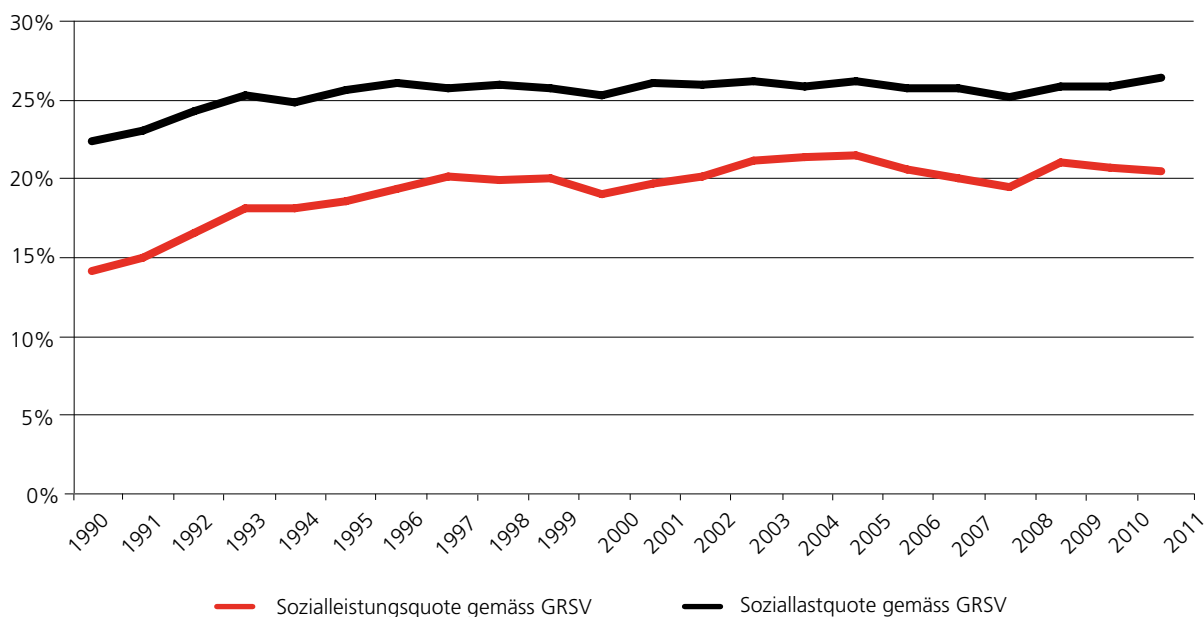
Die **Sozialleistungsquote** zeigt, welchen Teil der gesamten Wirtschafts-

leistung (**BIP**) die Empfänger von Sozialleistungen beanspruchen könnten. Nach 2010 sank sie auch 2011. Grund für den erneuten Rückgang der Quote ist das mit 1,1% tiefste Wachstum der Leistungen seit Beginn der Gesamtrechnung 1987. Die Leistungen der **IV** und der **EO** wiesen mit je 0,4% ein noch tieferes Wachstum auf. Auch die Entwicklung der Leistungen von **BV**, **KV** und **Unfallversicherung (UV)** lagen 2011 deutlich unter ihren durchschnittlichen Zuwachsrate der Periode 2000 bis 2011. Die Leistungen der **ALV** nahmen gar um 27,5% ab.

Obwohl das **BIP** 2011 lediglich um 2,2% wuchs, nahm die **Sozialleistungsquote** wegen des tiefen Sozialleistungswachstums von 20,7% auf 20,4% ab. 2009 waren die Sozialleistungen noch um 5,1% gestiegen, was bei einem gleichzeitigen **BIP**-Rückgang von 2,4% zu einem beinahe rekordhohen Anstieg der Quote um 1,5 Prozentpunkte geführt hatte (vgl. Grafik **G4**).

Soziallast- und Sozialleistungsquoten 1990–2011

G3

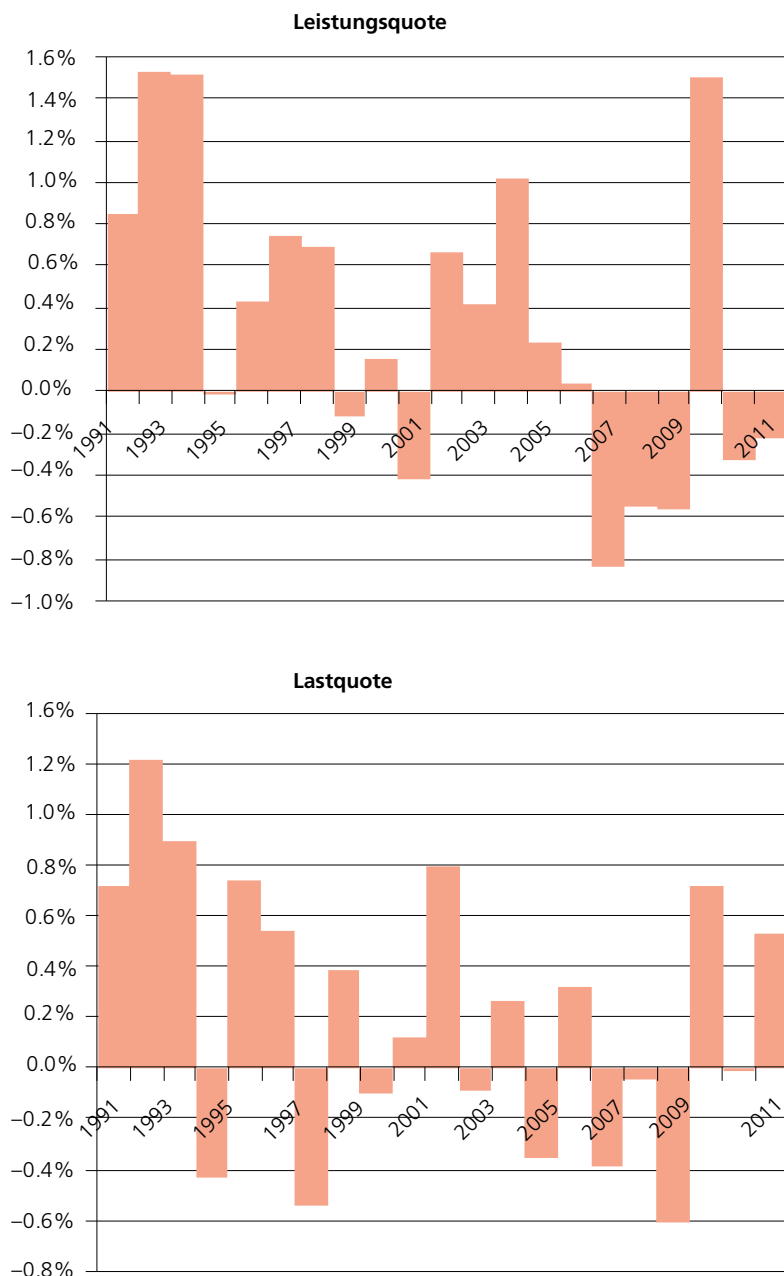


Die Sozialleistungsquote sinkt 2011 weiter und liegt nun tiefer als 2003. Die verbesserte Finanzierung der Sozialversicherungen führt zu einem neuen Höchstwert der Soziallastquote. Sie liegt mit 26,4% – wie bereits 2001 bis 2003 und 2005 – über 26%.

Quelle: SVS 2013

Veränderung der Leistungs- und Lastquote

G4



Die Leistungsquote sank nach 2010 auch 2011, die Lastquote hingegen stieg 2011 deutlich an.

Quelle: SVS 2013

Die **Soziallastquote**, ein Indikator für die relative Belastung der Volkswirtschaft durch Sozialversicherungseinnahmen, stieg 2011 deutlich und erreichte einen neuen Höchstwert

von 26,4%. Dies ist auf das hohe Einnahmenwachstum (Beitragssatzerhöhung bei ALV und EO, Zusatzfinanzierung der IV über Mehrwertsteuer und Übernahme der Schuldzinsen

durch den Bund) und auf das vergleichsweise tiefe BIP-Wachstum zurückzuführen.

Ausblick

Das Wachstum der Lohnbeiträge um 2% wirkt sich in der noch unvollständigen Gesamtrechnung 2012 positiv auf das finanzielle Gleichgewicht aus. Insgesamt stiegen die AHV-Einnahmen nach offizieller Rechnung 2012 um 4,6%, vor allem dank deutlich höherem Anlageergebnis. Die AHV-Ausgaben nahmen lediglich um 2,0% zu, womit der Rechnungssaldo auf 2,0 Mrd. Fr. anstieg. Die IV schliesst 2012 erstmals seit 1992 mit einem positiven Rechnungssaldo von 595 Mio. Fr. ab, dank der Zusatzfinanzierung über die Mehrwertsteuer, der Übernahme der Schuldzinsen durch den Bund und rückläufiger Rentenzahlungen. Die EO weist nach 2011 auch 2012, aufgrund der bis 2017 befristeten Beitragserhöhung, einen Überschuss aus (148 Mio. Fr.). Der positive Rechnungssaldo der ALV und die **erstmalig seit 1992 gleichzeitig positiven Rechnungsergebnisse von AHV, IV und EO** werden das finanzielle Gleichgewicht der Gesamtrechnung 2012 positiv beeinflussen.

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

Solange Horvath, mag. rer.pol., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bereich Statistik der Abteilung Mathematik, Analysen und Statistik, BSV.
E-Mail: solange.horvath@bsv.admin.ch

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

Startkapital – Pilotprojekt nach Art. 68^{quater} IVG

Im Rahmen der Artikelserie über die Pilotprojekte nach Artikel 68^{quater} IVG wurden bereits die Projekte Charta (CHSS 5/2012) und Concerto (CHSS 1/2013) vorgestellt. Nicht jedes Pilotprojekt verläuft indessen nach Plan: Zuweilen sind massive Kurskorrekturen nötig. Davon und vom verantwortungsbewussten Umgang mit Versicherungsgeldern wird im Folgenden berichtet.



Adelaide Bigovic
Bundesamt für Sozialversicherungen

Nachdem in der 5. IV-Revision die Senkung der Anzahl Neurenten im Zentrum der Bemühungen stand, strebt die 6. IV-Revision die Wiedereingliederung von IV-Rentnern und -rentnerinnen in den Arbeitsmarkt an (Senkung der Anzahl laufender Renten). Schon früh tauchte die Idee auf, die negativen finanziellen Anreize einer Arbeitsaufnahme im ersten Arbeitsmarkt mittels eines sogenannten Startkapitals abzufedern. Damit sollte der durch die Rentenkürzung (IVG bzw. BVG) entstehende Einkommensverlust mindestens teilweise ausgeglichen werden. Aus diversen Gründen (ungenügend nachgewiesene Wirksamkeit, ungeklärte Kostenfrage etc.) konnte das Startkapital indessen nicht in der IV-Revision 6a statuiert werden.

¹ Annahme: Kürzung der Renten von 600 Personen um eine Viertelsrente [(400 x 18 000) + (200 x 9 000)]

Angezeigt schien hingegen die Durchführung eines Pilotversuchs nach Artikel 68^{quater} IVG, sieht dieser doch **befristete Projekte** zum Zweck der **Eingliederung** vor. Wobei diese **von den Bestimmungen** des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (**IVG**) **abweichen** können. Es war geplant, Elemente der mittels Pilot getesteten Massnahmen bei einem positiven Auswertungsergebnis allenfalls in eine künftige IVG-Revision einfließen zu lassen. Anfang 2009 suchte das BSV die Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Institut für Empirische Wirtschaftsforschung der Universität St.Gallen (SEW). Ein knappes halbes Jahr später wurde das Pilotprojekt Startkapital definitiv lanciert. Für die operative Durchführung zeichneten das BSV und das SEW gemeinsam verantwortlich, während die Evaluation allein dem SEW oblag. Die IV-Stellen der Kantone St.Gallen

und Waadt konnten für die Teilnahme am Projekt gewonnen werden. Finanziert wurde es mit Mitteln der Invalidenversicherung.

Ziel des Pilotprojekts

Kernidee des Projekts war es, Bezügerinnen und Bezüger von IV-Renten zum Wiedereintritt in den ersten Arbeitsmarkt zu motivieren oder eine bestehende Teilzeiterwerbstätigkeit auszuweiten. Die dadurch entstehenden negativen finanziellen Anreize sollten mit einem von der IV ausgerichteten Startkapital gemildert werden. Angestrebt wurde die Senkung bestehender Renten um mindestens eine Viertelsrente. Die Reduktion des Rentenvolumens (Anzahl erfolgreicher und dauerhafter Wiedereingliederungen) war damit **zentraler Erfolgsindikator** für die Evaluation des Startkapitals.

Es wurde mit **Kosten** von etwas mehr als 10 Mio. Franken gerechnet, wovon der Aufwand für die Projektarbeit (Organisation, Administration und Evaluation) auf gut 1,2 Mio., für die eigentliche Massnahme (Auszahlung des Startkapitals) erfolgsabhängig auf ca. 9 Mio. Franken geschätzt wurde.¹ Demgegenüber wurde mit möglichen Renteneinsparungen (auch hier erfolgsabhängig) von bis zu 30 Mio. Franken gerechnet.

Im Hinblick auf eine künftige IV-Revision erhoffte sich das BSV aus dem Pilot einen Erkenntnisgewinn zur angemessenen Höhe eines möglichen Startkapitals (Anreiz zwischen 9000 und 18000 Franken pro reduzierte Viertelsrente), zur Verteilung des Interesses bzw. der Nachfrage auf die verschiedenen Rentenstufen (Einfluss des Invaliditätsgrads auf den Entscheid bezüglich Projektteilnahme) sowie den durchschnittlichen

Die Eckwerte des Pilotprojekts Startkapital

T1

Dauer:	1. September 2010 bis 31. August 2015
Höhe des Startkapitals:	9 000 oder 18 000 Franken pro reduzierte Viertelsrente
Auszahlungsbedingung:	Rentenreduktion infolge neu aufgenommener (dauerhafter) Erwerbstätigkeit bzw. (dauerhafte) Erhöhung des Beschäftigungsgrades in einer bestehenden Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt
Teilnahme:	freiwillig (nur versicherte Personen der IV-Stellen St.Gallen und Waadt)
Auszahlung:	Nach rechtskräftiger Herabsetzung / Aufhebung der Rente: gestaffelt in 4 Raten (alle 6 Monate), über 2 Jahre
Letztmögliche Verfügung:	31. August 2013
Startkapital:	Für die EL-Berechnung: Vermögen Für die Steuerberechnung: Einkommen

Grad der Rentenreduktion (in Viertelschritten von der Viertels- bis zur Vollrente), der sich mit der Institutionalisierung einer entsprechenden Massnahme erreichen liesse.

Untersuchungsdesign

Aus der umfangreichen Projektorganisation des Pilots² soll im Folgenden das Untersuchungsdesign, insbesondere die Bestimmung der Stichproben herausgegriffen werden. Zur Erhöhung der Repräsentativität wurde je eine IV-Stelle aus der deutschen Schweiz (St.Gallen) und der West-

schweiz (Waadt) zum Vergleich ausgewählt. Damit waren sowohl städtische als auch ländliche Gebiete vertreten und die Rentnerstruktur der beiden IV-Stellen entsprach in etwa dem schweizerischen Durchschnitt. Nach der Definition diverser Ausschlusskriterien,³ wurden rund 8000 Bezügerinnen und -bezüger von IV-Renten bestimmt, die jeweils nach dem Zufallsprinzip zwei Interventionsgruppen⁴ (je 2000 Personen) bzw. einer nicht mit Startkapital unterstützten Kontrollgruppe⁵ (4000 Personen) zugeteilt wurden. Die Versuchsteilnahme war freiwillig. Die Anfrage erfolgte einmal und ohne allfälliges Erinnerungsschreiben. Die Studienleitung ging davon aus, dass sich etwa 200 Personen der Interventionsgruppe 1 und 400 der Interventionsgruppe 2 – insgesamt 15% – zur Teilnahme entschliessen würden.

Anfang September 2010 wurde die Umsetzungsphase angegangen, indem der ausgewählte Teilnehmerkreis schriftlich über die Höhe des Anspruchs sowie die Auszahlungsmodalitäten informiert wurde. Für die beiden Interventionsgruppen entstand mit der rechtskräftigen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente im Fall einer Projektteilnahme ein Rechtsanspruch auf Auszahlung des Startkapitals.

Die Rentenreduktion bemass sich am veränderten Invaliditätsgrad, der mit dem neu erzielten Erwerbseinkommen erreicht werden konnte. Bei einem allfälligen Rückfall in die Rente (Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen) wurde die Auszahlung des Startkapitals gestoppt. Bereits bezogene Raten mussten nicht rückerstattet werden. Die dafür nötige **Amtsverordnung**⁶ trat am 16.8.2010 in Kraft und ist auf den 31.8.2015 befristet. Neben den Anspruchs- und Teilnahmebedingungen sowie der Dauer des Pilotprojekts regelt sie auch die Auszahlungsbedingungen des Startkapitals sowie einen allfälligen Renten- und Taggeldanspruch der am Pilot beteiligten Personen. In den Erläuterungen finden sich ferner Hinweise zur Koordination der Leistungen aus dem Pilot mit den Zahlungen anderer Sozialversicherungen.

Umsetzungsphase und Evaluationsabbruch

Ende Februar 2011 hielt ein Zwischenbericht zur Implementierung und zu den ersten Reaktionen zum Pilotprojekt fest, dass die **Reaktionen** des angeschriebenen Teilnehmerkreises

2 Regelung von Datenschutzfragen, Zusammenarbeit mit externem Befragungsinstitut, Anhörung der Eidg. AHV/IV-Kommission, Vertragsmodalitäten, Personalressourcen der beteiligten IV-Stellen etc.

3 Mehrfacher Rentenbezug in der gleichen Familie, Alter, Dauer des Rentenbezugs, Heimbewohner bzw. Bezug einer ausserordentlichen IV-Rente mit Geburtsgebrechen u.ä. Der Ausschluss erfolgte nicht aufgrund einer zu erwartenden geringen Erfolgswahrscheinlichkeit, sondern im Hinblick auf einen rationalen Projektablauf.

4 Interventionsgruppe 1: CHF 9000 pro reduzierte Viertelsrente; Interventionsgruppe 2: CHF 18000 pro reduzierte Viertelsrente

5 Kein Startkapital, allfällige Wiedereingliederung nach geltendem System, d.h. Eingliederungsmassnahmen bei Bedarf, aber keine zusätzlichen finanziellen Anreize

6 SR 831.201.71

ses insgesamt **sehr gering** und bereits rückläufig waren: Ein halbes Jahr nach dem offiziellen Schreiben hatten sich 16 (0.4% von 4000) am Startkapital interessierte Personen gemeldet, weit entfernt von den bis Projektende erhofften 600 Personen (15%). Monetäre Anreize allein, vermochten das vermutete Integrationspotenzial offenbar nicht zu mobilisieren. Dem BSV stellte sich die Frage, welcher Erkenntnisgewinn angesichts dieser verschwindend kleinen Teilnehmerzahl noch zu erwarten gewesen wäre. Allenfalls hätte noch mehr Klarheit über die Gründe für das geringe Interesse geschaffen werden können.⁷ Die Idee eines Erinnerungsschreibens ein Jahr nach Umsetzungsstart wurde entgegen dem ursprünglichen Entschluss im September 2011 zwar noch einmal geprüft, jedoch verworfen. Selbst eine Verfünffachung der Studienteilnahmen hätte keine statistisch relevanten Aussagen zu den drei

Hauptfragestellungen erlaubt. Damit liess sich aus der Studie auch keine Erkenntnis für künftige IV-Revisoren ziehen. Eingedenk der finanziellen Situation der hochverschuldeten und damals immer noch stark defizitären Versicherung entschied das BSV im Frühjahr 2011, von der weiteren **Evaluation des Startkapitals abzusehen**, wiewohl ein rein wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn möglicherweise nicht auszuschliessen gewesen wäre.⁸ Der Rechtsanspruch der 16 Studienteilnehmer und weiterer potenziell am Startkapital interessierter Personen bleibt trotz Auflösung der Projektorganisation auf Basis der bis Ende August 2015 befristeten Verordnung bestehen. Startkapital kann noch bis zum 31. August 2013 zugesprochen werden.

Würdigung des Pilots

Im Hinblick auf den vorliegenden Artikel wertete das BSV die verfügbaren Projektdaten per Ende März 2013 aus: Von den 1,2 Mio. Franken, die für die Projektorganisation bewilligt worden waren, wurden bis zum Evaluationsabbruch etwas weniger als die Hälfte (557 400 Franken) ausgegeben. Die bis Ende März 2013 vom

Projekt erfassten 16 Personen hatten bis dahin zusammen ein Startkapital von insgesamt 321 750.– Franken bezogen. Dabei kamen alle vier möglichen Abstufungen der Rentenreduktion vor, in einem Fall liess sich gar eine volle Rente aufheben. Die mit dem Projekt erfasste kleine Grundgesamtheit erlaubt keine statistisch signifikanten und konsistenten Aussagen über allfällige regional begründete Unterschiede zwischen den Stichproben oder die drei Hauptfragestellungen (Höhe des Anreizes, Zusammenhang Nachfrage – Rentenstufe, durchschnittlicher Grad der erzielten Rentenreduktion). Somit hat die zum Zeitpunkt des Evaluationsabbruchs getroffene Einschätzung des BSV, dass sich das Projekt bereits zum damaligen Zeitpunkt zu einem grossen Teil selbst evaluiert habe, nichts geändert. Im Sinne einer wirksamen und zweckmässigen Versicherungsführung, ist zuweilen – insbesondere bei mangelnder Evidenz – auch ein mutiger Entscheid zum Projektabbruch gefragt.

Adelaide Bigovic, Projektverantwortliche,
Bereich Rechtsetzung, Geschäftsfeld IV, BSV
E-Mail: adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

7 Misstrauen gegenüber der IV-Stelle, negative Presse der IV, pessimistische Einschätzung des Stellenmarkts, Startkapital zu tief (v.a. bei jüngeren Versicherten), Angst vor einem ungesicherten Rückfall etc.

8 www.bsv.admin.ch → Themen → Invalidenversicherung IV → Projekte → Pilotversuche zur Förderung der Eingliederung → laufende Pilotversuche → Pilotprojekt Startkapital → Endbericht

Rückblick auf die Arbeit der IFEG-Kommission

Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) setzte der Bundesrat im Bereich der Invalidenversicherung und gestützt auf das Rahmengesetz des Bundes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) eine Fachkommission ein. Diese beriet den Bundesrat in den Jahren 2009 bis 2012 bei der Genehmigung der kantonalen Behindertenkonzepte.



Ralf Kocher

Bundesamt für Sozialversicherungen



Nikos Stamoulis

Das gestützt auf die Bundesverfassung erlassene Rahmengesetz IFEG³ regelt insbesondere folgende Punkte: die Sicherung der Eingliederung, die Verpflichtung der Kantone, die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Angebots an Institutionen und deren Finanzierung, die Anforderungen an die Institutionen, der minimale Inhalt der kantonalen Behindertenkonzepte sowie die Rechtsansprüche der invaliden Personen und das Beschwerderecht der Behindertenorganisationen. Auch präzisiert das IFEG den Terminus «genehmigte Behindertenkonzepte» dahingehend, dass diese von den Kantonsregierungen nach Anhörung der Institutionen und Behindertenorganisationen zu erstellen sind. Im Weiteren sieht das IFEG vor, dass die kantonalen Konzepte vom Bundesrat genehmigt werden müssen, wobei er sich von einer Fachkommission beraten lässt.

Am 1. Juli 2009 setzte der Bundesrat eine dreizehnköpfige Fachkommission für die Beratung der kantonalen Behindertenkonzepte (IFEG-Kommission) ein. Präsiert wurde sie durch den Walliser alt Staatsrat Thomas Burgener, ehemaligen Vorsteher des kantonalen Sozialdepartements. Die Kommission setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes (drei, inkl. Präsidium), der Kantone (sechs), der Institutionen (zwei) und der Behinderten (zwei) zusammen. Die Führung des Sekretariats oblag dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Ausgangslage

Bis vor Kurzem gewährte die Invalidenversicherung (IV) nach Art. 73 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)¹ Beiträge an die Errichtung, den Ausbau und die Erneuerung sowie an die Betriebskosten von Wohnheimen zur dauernden oder vorübergehenden Unterbringung Invaliden, von Werkstätten für die Dauerbeschäftigung Invaliden sowie von Institutionen, die Eingliederungsmassnahmen der

IV durchführen. Im Rahmen des NFA, der am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzt wurde, ging dieser Aufgabenbereich der IV in die Zuständigkeit der Kantone über. Der Bund wurde mit Art. 112b der Bundesverfassung (BV)² verpflichtet, ein Rahmengesetz zwecks Festlegung der Eingliederungsziele zu erlassen und die sich daraus ergebenden Grundsätze und Kriterien zu formulieren. Zudem wurden die Kantone mit Art. 197 Ziffer 4 BV verpflichtet, bis zur Umsetzung genehmigter Behindertenkonzepte die bisherigen Leistungen der IV an Anstalten, Werkstätten und Wohnheime während mindesten drei Jahren in gleichem Umfang zu gewähren.

Prüfungsverfahren

Die bundesrechtlichen Vorgaben an die Konzepte finden sich in Art. 6, 7 und 10 Abs. 2 IFEG. Für die Kommission stand der Grundsatz im Vordergrund, dass jede invalide Person

1 SR 831.20

2 SR 101

3 SR 831.26

Zugang zu einer Institution hat, unabhängig von ihren finanziellen Mitteln, ihren persönlichen Verhältnissen und ihrem Gesundheitszustand. Konkret erfolgte eine formelle und inhaltliche Prüfung der folgenden Punkte:

- Das Vorliegen einer quantitativen wie auch qualitativen Bedarfsplanung, das Verfahren und die periodische Überprüfung derselben.
- Die Art der Zusammenarbeit mit den Institutionen im Kanton (Anerkennungs- und Bewilligungsverfahren, Leistungsvereinbarungen, Aufsicht und Qualitätskontrollen etc.).
- Die Grundsätze der Finanzierung (z.B. subjekt- oder objektorientierte Finanzierung, Finanzierung von Investitionen).
- Die Grundsätze der beruflichen Aus- und Weiterbildung von Fachpersonal (Qualifikationen, Bildungsentwicklung, Ausbildungsplätze etc.).
- Das Vorhandensein eines Schlichtungsverfahrens bei Streitigkeiten zwischen invaliden Personen und Institutionen (z.B. Schaffung einer Ombudsstelle).
- Die Zusammenarbeit unter den Kantonen, insbesondere in der Bedarfsplanung und der Finanzierung (regionale Zusammenarbeit, interkantonale Vereinbarungen etc.)
- Die Planung für die Umsetzung der Konzepte in den Kantonen.
- Das Anhörungsverfahren der Institutionen und Behindertenorganisationen bei der Erarbeitung der Konzepte in den Kantonen.
- Die Sicherstellung, dass keine invalide Person wegen des Aufenthaltes in einer anerkannten Institution auf Sozialhilfe angewiesen ist.

Prüfungsergebnisse

Bei der Prüfung der kantonalen Konzepte konnte die IFEG-Kommission feststellen, dass die relevanten Punkte in allen Konzepten thematisiert wurden und dass diese insgesamt von einer hohen Qualität waren. Ei-



Politische Würdigung der IFEG-Kommission



Als im Rahmen des NFA der Bereich der kollektiven Leistungen der IV auf die Kantone übertragen wurde, kam bei den Organisationen und Institutionen für behinderte Menschen die Besorgnis auf, dass die Kantone in diesem Bereich eine restriktive Politik handhaben könnten. Um den Abbau von Leistungen zu verhindern, wurden in Verfassung und Gesetz Sicherungen eingebaut, zu denen auch die Einsetzung einer Ad-hoc-Kommission gehörte.

Diese von mir präsierte IFEG-Kommission hatte die Aufgabe, die kantonalen Behindertenkonzepte im Lichte der gesetzlichen Vorgaben zuhanden des Bundesrats einer Prüfung zu unterziehen. Die Kommission brachte Behindertenorganisationen und -institutionen sowie Bund und Kantone an einen Tisch. Die Diskussionen waren spannend, konstruktiv und im gegenseitigen Respekt immer vom Anliegen geprägt, den auf kollektive IV-Leistungen angewiesenen Menschen in allen Kantonen der Schweiz gute Rahmenbedingungen zu garantieren.

Die kantonalen Konzepte, oftmals regional bzw. interkantonale koordiniert, zeugten allesamt vom festen Willen der Kantone, auch im neuen Zuständigkeitsregime die Leistungen der IV an Anstalten, Werkstätten und Wohnheime auf einem guten Niveau zu belassen. So konnte die Kommission – in nur einem Fall nach einer Zusatzschleife – dem Bundesrat alle kantonalen Konzepte paketweise zur Annahme empfehlen.

Alle Kantone verfügen nunmehr über ein gutes Instrument, auch künftig den auf staatliche Leistungen angewiesenen Menschen qualifizierte Unterstützung in guten Strukturen anzubieten. Es liegt nun an den zuständigen kantonalen Behörden, die Konzepte wirksam umzusetzen. Dabei werden die Behindertenorganisationen und kantonalen Institutionen weiter mit wachem Auge darauf achten, dass diese Konzeptumsetzung korrekt erfolgt und auch genügend Mittel für das Erbringen der Leistungen zur Verfügung stehen.

Zum Schluss bleibt mir zu danken. Ein Dankeschön geht an die Vizepräsidentin Priska Schürmann sowie an die Mitglieder der Kommission, welche die einzelnen Kantonskonzepte mit kritischem Geist, konstruktiv und kompetent beurteilten. Ein grosser Dank geht auch an Ralf Kocher und Nikos Stamoulis vom BSV, die das Sekretariat führten und die Kommission in ihrer Arbeit auch fachlich unterstützten.

Thomas Burgener, alt Nationalrat, alt Staatsrat VS und Präsident der IFEG-Kommission
E-Mail: burgener.thomas@bluewin.ch

nige Kantone nutzten die Möglichkeit, in den Konzepten die kantonale Behindertenpolitik umfassend zu regeln und darin auch IFEG-fremde Themen wie z.B. die Sonderschulen und die Suchthilfe zu thematisieren. Dies ergab für die Kommission zeit-

weise Abgrenzungsprobleme, musste sie sich doch gemäss ihrem gesetzlichen Auftrag auf die Prüfung der IFEG-relevanten Themen beschränken.

Hervorzuheben ist, dass in allen Kantonen die Institutionen und Be-

Kantonale Konzepte	Genehmigung durch den Bundesrat
Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Basel-Stadt, Basel-Landschaft, Glarus, Graubünden, Schaffhausen, Solothurn, St.Gallen, Thurgau, Zug	24. September 2010
Aargau, Freiburg, Genf, Obwalden, Tessin, Waadt, Wallis, Zürich	17. Dezember 2010
Jura, Luzern und Uri	23. März 2011
Bern, Nidwalden, Schwyz	22. Juni 2011
Neuenburg	28. März 2012

hindertenorganisationen bei der Erarbeitung der Konzepte in geeigneter Art angehört und intensiv einbezogen wurden und die weitere Umsetzung klar skizziert worden ist.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Kantone bereits in der Vorbereitungsphase für die Erarbeitung der Konzepte grosse Anstrengungen im Hinblick auf ein koordiniertes Vorgehen unternommen haben. So arbeitete die Konferenz der Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) beispielsweise ein Musterkonzept aus. Zudem konnten sich die Kantone auch auf bereits bestehende Vereinbarungen wie die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) stützen.

Prüfungsverfahren in zeitlicher Hinsicht

Mitte Dezember 2009 reichten die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft als erste ihr gemeinsames Konzept ein. Mit weiteren neun im Frühling 2010 eingereichten Konzepten legte die IFEG-Kommission dieses im Herbst 2010 zur Genehmigung vor. Ein weiteres Paket wurde Ende 2010, ein drittes und ein viertes im Frühling bzw. Sommer 2011 genehmigt. Das

Neuenburger Konzept war das einzige, das die Kommission erst nach ergänzenden Erläuterungen durch den Kanton zur Genehmigung an den Bundesrat weiterleiten konnte. Dieser genehmigte es an seiner Sitzung vom 28. März 2012 und löste in der Folge die IFEG-Kommission auf.

Ralf Kocher, Fürsprecher, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV
E-Mail: ralf.kocher@bsv.admin.ch

Nikos Stamoulis, Anwalt, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV
E-Mail: NikosPavlos.Stamoulis@bsv.admin.ch



Präsidium

Thomas Burgener; Präsident, Vertreter des Bundes
Priska Schürmann; Vizepräsidentin, Vertreterin des Bundes

Mitglieder

Benno Schnyder; Vertreter des Bundes
Christa Schönbächler; Vertreterin der Behinderten und Institutionen
Christine Affentranger-Weber; Vertreterin der Behinderten und Institutionen
Ivo Lötscher-Zwinggi; Vertreter der Behinderten und Institutionen
Urs Dettling; Vertreter der Behinderten und Institutionen
Maryse Aebischer; Vertreterin der Kantone
Carolle von Ins; Vertreterin der Kantone (bis 30. April 2010)
Margrith Hanselmann, Vertreterin der Kantone (ab 1. Mai 2010)
René Broder; Vertreter der Kantone, Ruedi Hofstetter; Vertreter der Kantone
Donat Knecht; Vertreter der Kantone, Kaspar Sprenger; Vertreter der Kantone

Kosteneinsparungen und Risikoselektion bei Modellen der Krankenversicherung

Modelle der obligatorischen Krankenversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer haben sich in den letzten Jahren zunehmend verbreitet. Sie gelten als qualitativ gute und überdurchschnittlich effiziente Behandlungsmodelle, die auch einen Ausweg aus den kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten bieten könnten. Tatsächlich zeigen Statistiken, dass die Durchschnittskosten der Versicherten in solchen Modellen häufig über ein Drittel tiefer sind als in der Basisversicherung.



Jürg Burri
Bundesamt für Gesundheit

Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer (Modelle) verzichten auf die freie Arztwahl und verpflichten sich in der Regel, vor jeder neuen Behandlung einen meist vertraglich festgelegten Arzt aufzusuchen. Dieser übernimmt die Behandlung und weist die Patienten bei Bedarf anderen Leistungserbringern zu (Gate Keeping). Durch die Begleitung der Patienten auf dem Behandlungspfad werden unnötige und doppelspurige Behandlungen vermieden. In einigen Modellen sind die Ärzte zudem finanziell an den Ergebnissen beteiligt und tragen somit eine gewisse Bud-

getmitverantwortung. Dadurch werden Anreize für die Leistungserbringer geschaffen, ihre Patienten effizient zu behandeln. In anderen Modellen wie den Telefonmodellen verpflichten sich die Versicherten lediglich, vor neuen Behandlungen ein Call-Center anzurufen und sich beraten zu lassen. Auch dadurch sollen unnötige Behandlungen vermieden werden. Der Begriff Modell umfasst somit inhaltlich recht unterschiedliche Versicherungsmodelle, mit denen die Effizienz und Qualität der Behandlung verbessert und damit auch Kosten eingespart werden sollen. Diese Modelle werden häufig auch als Managed-Care-Modelle bezeichnet. In der Literatur wird dieser Begriff nicht immer einheitlich aber meist restriktiver verwendet, indem

z.B. Telefonmodelle ausgeschlossen werden.

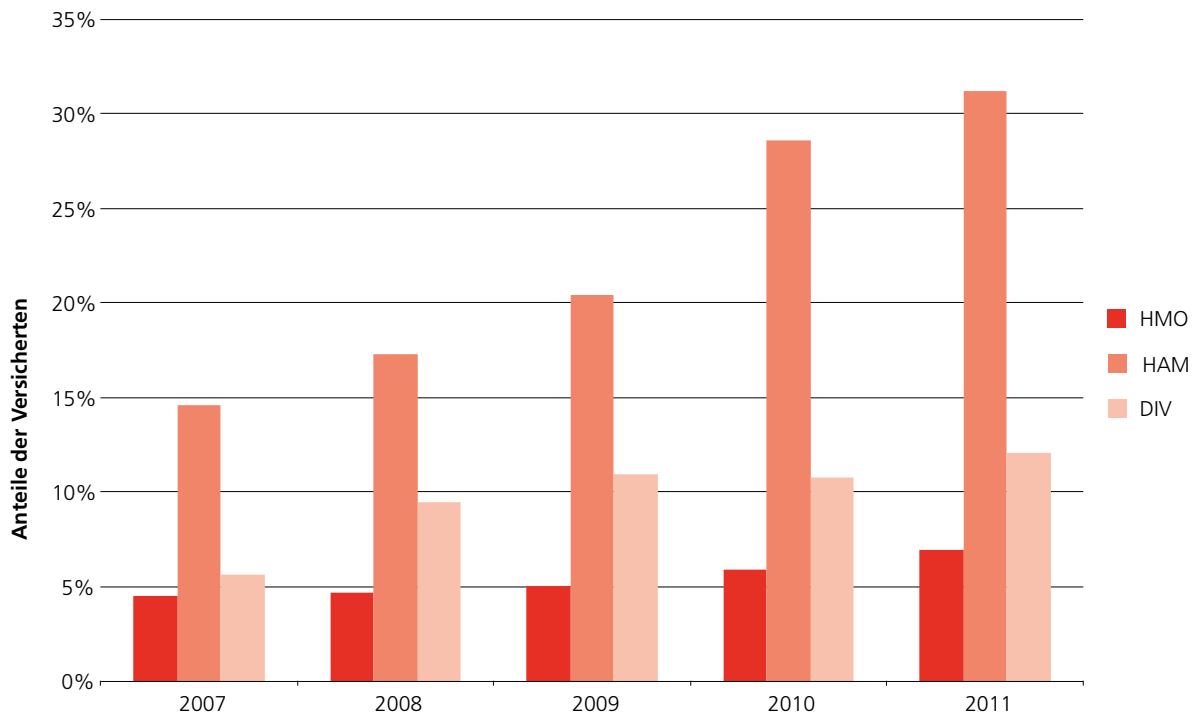
Als Gegenleistung für die Wahl solcher Modelle erhalten die Versicherten Rabatte auf ihren Krankenversicherungsprämien. Es stellt sich daher die Frage, ob die oben erwähnten hohen Kostendifferenzen zwischen den Modellen und der Basisversicherung effektiv auf Einsparungen zurückzuführen sind. Kritiker geben zu bedenken, die Versicherten in den Modellen wiesen überdurchschnittlich gute Risikostrukturen mit entsprechend hohen Anteilen von gesunden Versicherten auf. Es bestehen nämlich starke Anreize vor allem für gesunde Personen mit ohnehin tiefen Kosten, ein solches Modell zu wählen. Diese Versicherten sparen dank den Rabatten Prämien, sind aber von den Einschränkungen bei der Wahl ihrer Ärzte nicht wesentlich betroffen. Es ist daher zu erwarten, dass die Kostendifferenzen auch eine Folge der unterschiedlichen Risikostrukturen sind.

Bisher sind in der Schweiz nur relativ wenige Untersuchungen zu diesem Thema bekannt. Eine gute Übersicht und Diskussion im Gesamtkontext der Krankenversicherung bietet Beck.¹ Eine genauere Kenntnis der effektiven Einsparungen von Modellen interessiert aber nicht nur aus gesundheitspolitischen Gründen, sondern auch, um die zulässigen Prämienrabatte der Krankenversicherer festzulegen. Diese dürfen nach der Verordnung über die Krankenversicherung nicht höher sein als die effektiv eingesparten Kosten. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) erhebt daher seit einigen Jahren bei den Krankenversicherern Angaben zu den angebotenen Modellen, der Zahl der darin Versicherten und ihren Kosten. Im Folgenden sollen das Rechenverfahren für die Bestimmung effek-

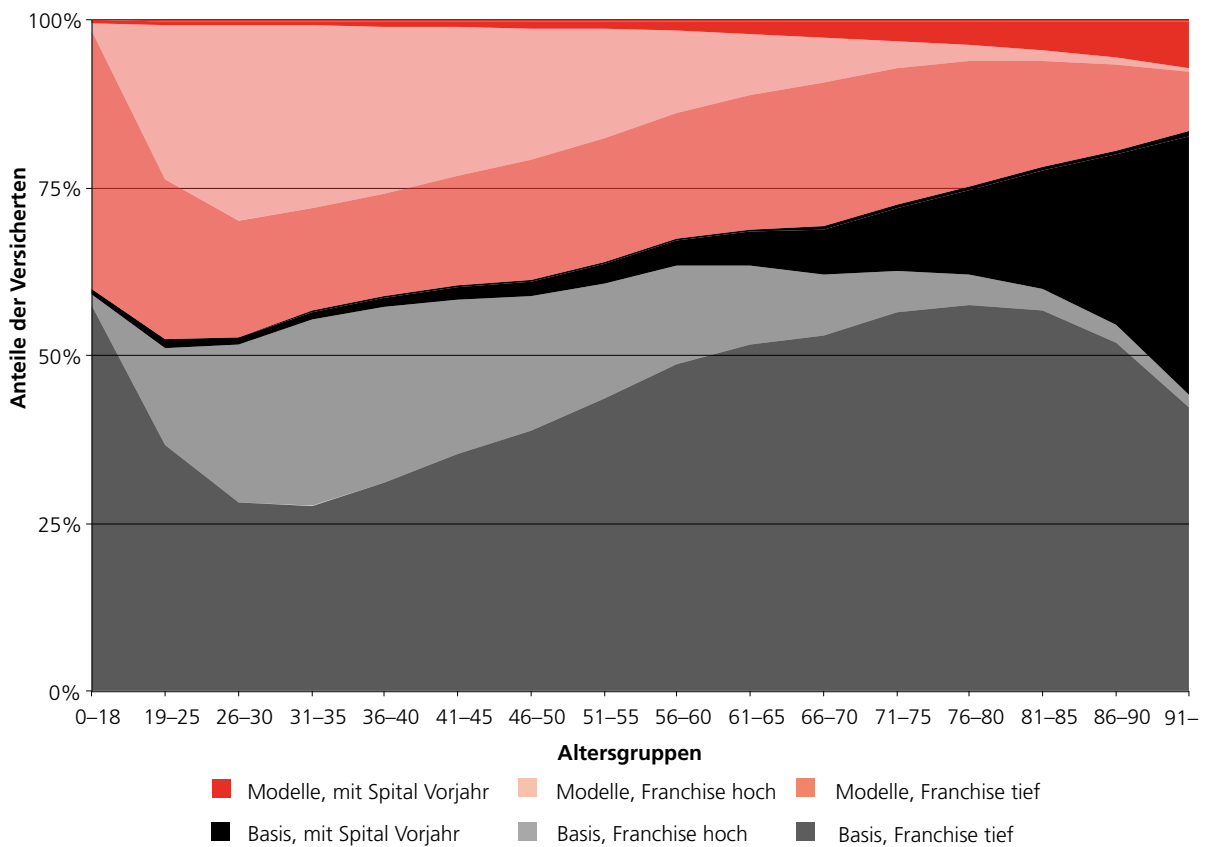
¹ Beck, Konstantin «Risiko Krankenversicherung, Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt», Bern 2013

Versichertenanteile nach Modellkategorie und Jahr

G1



Versichertenanteile in der Basisversicherung und in Modellen nach Altersgruppe und weiteren Risikofaktoren G2



tiver Einsparungen und einige Ergebnisse aus den Erhebungsdaten des Jahres 2012 dargestellt werden.

Rechenverfahren

Das BAG hat in einem Kreisschreiben ein Rechenverfahren definiert, welches Einsparungen unter Berücksichtigung der oben erwähnten Risikoselektion berechnet. Dieses Verfahren vergleicht nur Kosten von Versicherten in den Modellen und der Basisversicherten miteinander, die ähnliche Krankheitsrisiken haben. Dazu werden die Versicherten in Klassen mit möglichst homogenen Risiken eingeteilt. Die Klassen entsprechen aus praktischen Gründen den Risikoklassen des Risikoausgleichs (Kanton bzw. Prämienregion, Alter, Geschlecht und Spital- bzw. Heimaufenthalt im Vorjahr). Zusätzlich wird auch die Höhe der Franchise als Risikomerkmale verwendet. Vereinfachend wird nur zwischen tiefen und hohen Franchisen (1000 Fr. und mehr) unterschieden. Die Wahl der Franchise folgt in der Regel aus einer gesundheitlichen Selbsteinschätzung der Versicherten und ist daher ein guter Indikator für die Gesundheit der Versicherten.

Das Verfahren setzt voraus, dass die Versicherten innerhalb einer bestimmten Klasse, d.h. mit gleichen Gesundheitsrisiken und gleicher medizinischer Behandlung im Durchschnitt auch gleiche Kosten verursachen. Dementsprechend werden Kostendifferenzen zwischen den Modellen und der Basisversicherung innerhalb der Klassen als Auswirkungen der unterschiedlichen Behandlungskonzepte interpretiert. Konkret sieht das Verfahren die Berechnung risikobereinigter Kosten vor. Diese ergeben sich für jede Klasse aus dem Produkt der Zahl der Versicherten in

den Modellen und den Durchschnittskosten der Basisversicherten. Risikobereinigte Kosten entsprechen daher den Kosten der Modelle, falls ihre Versicherten die Basisversicherung gewählt hätten oder, anders ausgedrückt den Kosten der Basisversicherung, falls diese die Risikostruktur des untersuchten Modells hätte. Die effektiven Einsparungen der Modelle berechnen sich dann als durchschnittliche risikobereinigte Kosten abzüglich der Durchschnittskosten der Modelle.

Ergebnisse

Anteile der Versicherten in den Modellen

Die von den Krankenversicherern angebotenen Modelle wurden für die folgenden Darstellungen vereinfachend in drei Modell-Kategorien zusammengefasst:

- HMO: Gruppenpraxen und Ärztenetze mit Budgetmitverantwortung
- HAM: Hausarztmodelle, Ärztelisten und -netze ohne Budgetmitverantwortung.
- DIV: Diverse Modelle, d.h. in der Regel Telefonmodelle

Grafik G1 zeigt die Anteile der Versicherten der Modellkategorien im Verlauf der letzten fünf Jahre. Die Grafik macht deutlich, dass sich der Anteil der Versicherten in den betrachteten Modellen in den letzten 5 Jahren von ca. 25% auf knapp 50% praktisch verdoppelt hat und dass der grösste Teil ein Modell der Kategorie HAM gewählt hat. Die Angaben stammen vorwiegend von Modellen, die seit mindestens fünf Jahren angeboten werden und von den Basisversicherten in den Einzugsgebieten dieser Modelle. Die hier ausgewertete Datenerhebung erfasst damit nicht die gesamte Bevölkerung. Für das Jahr 2012 standen die Angaben von knapp 6 Mio. Versicherten zur Verfügung. Die in der Grafik angegebenen

Verhältniszahlen stimmen aber relativ gut mit den Angaben der KV-Statistik 2011² überein, die auf einer Vollerhebung beruht.

Voraussetzung für Rückschlüsse auf Risikoselektion ist die Kenntnis der wichtigsten Risikofaktoren der Versicherten in den Modellen und der Basisversicherung. Grafik G2 stellt daher die Anteile der Versicherten nach Altersgruppen für die Faktoren Franchise und Spitalaufenthalt im Vorjahr dar. Hohe Franchisen (helle Flächen) sind in der Basisversicherung und den Modellen vor allem bei den jüngeren Erwachsenen verbreitet. Diese wählen überdurchschnittlich oft hohe Franchisen, weil sie in der Regel bei stabil guter Gesundheit sind. Mit zunehmendem Alter gehen die Anteile der hohen Franchisen in allen Versicherungsformen kontinuierlich zurück. Gleichzeitig steigen die Anteile der Personen, die im Vorjahr in einem Spital oder Heim waren (dunkle Flächen). Die Anteile der in den betrachteten Modellen Versicherten weisen insgesamt ein Maximum bei den jüngeren Erwachsenen auf und nehmen dann in ähnlichem Mass wie die Anteile der hohen Franchisen ab. Die Grafik bestätigt somit, dass sich überdurchschnittlich viele junge Versicherte mit hoher Franchise in den Modellen versichern lassen und dass daher diese entsprechend hohe Anteile von Patienten mit guter Gesundheit aufweisen. Bemerkenswert ist aber auch, dass der Anteil der Versicherten in Modellen mit tiefen Franchisen bzw. mit gesundheitlichen Einschränkungen bis in ein relativ hohes Alter von ca. 80 Jahren konstant bleibt.

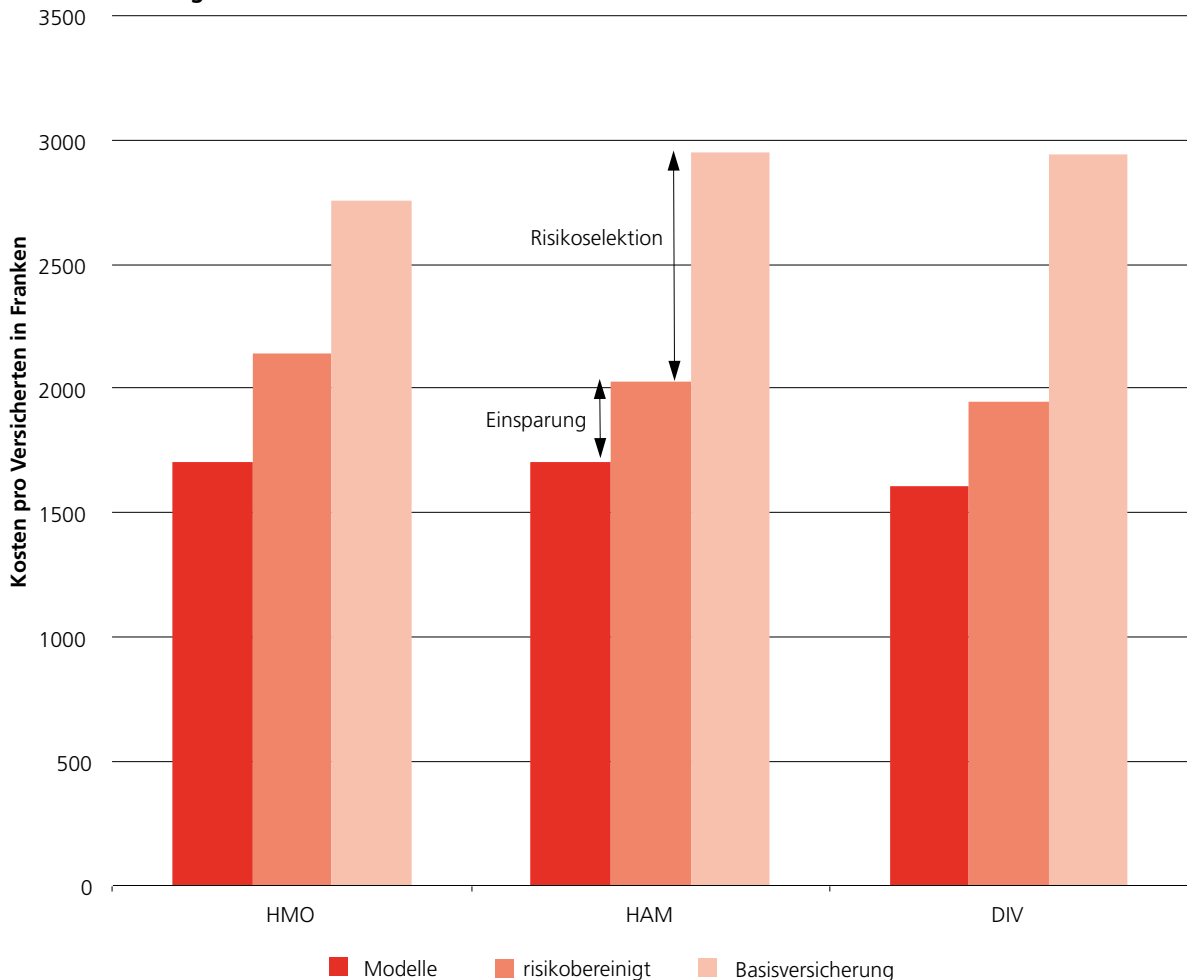
Risikobereinigte Kosten und Einsparungen

Grafik G3 zeigt Durchschnittskosten der Versicherten in den drei betrachteten Modell-Kategorien. Ihre Kosten und die risikobereinigten Kosten sind mit Hilfe der erhobenen Daten eindeutig berechenbar. Die Kosten der Basisversicherung wurden für diese Grafik als Durchschnittskosten

2 www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherung → Statistiken → Statistikpublikationen → «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2011»; Tabelle 11.08 (25.4.2013)

Durchschnittskosten pro Versicherten der letzten 5 Jahre für Modelle, Basisversicherung und risikobereinigte Kosten

G3



ten derjenigen Risikoklassen bestimmt, in denen sich Versicherte dieser Modelle befinden. Dadurch lassen sich neben den Einsparungen auch die Effekte der Risikoselektion abschätzen.

Die Grafik bestätigt, dass die durchschnittlichen Kosten der in den Modellen Versicherten wesentlich tiefer sind als diejenigen der Basis-Versicherten. Der grösste Teil dieser Differenz wird durch Risikoselektion erklärt, d.h. durch die Differenz zwischen den Kosten der Basisversicherung und den risikobereinigten Kosten. Dies gilt insbesondere für die HAM- und DIV-Modelle. Nur die Differenzen zwischen den risikobereinigten Kosten und den Durch-

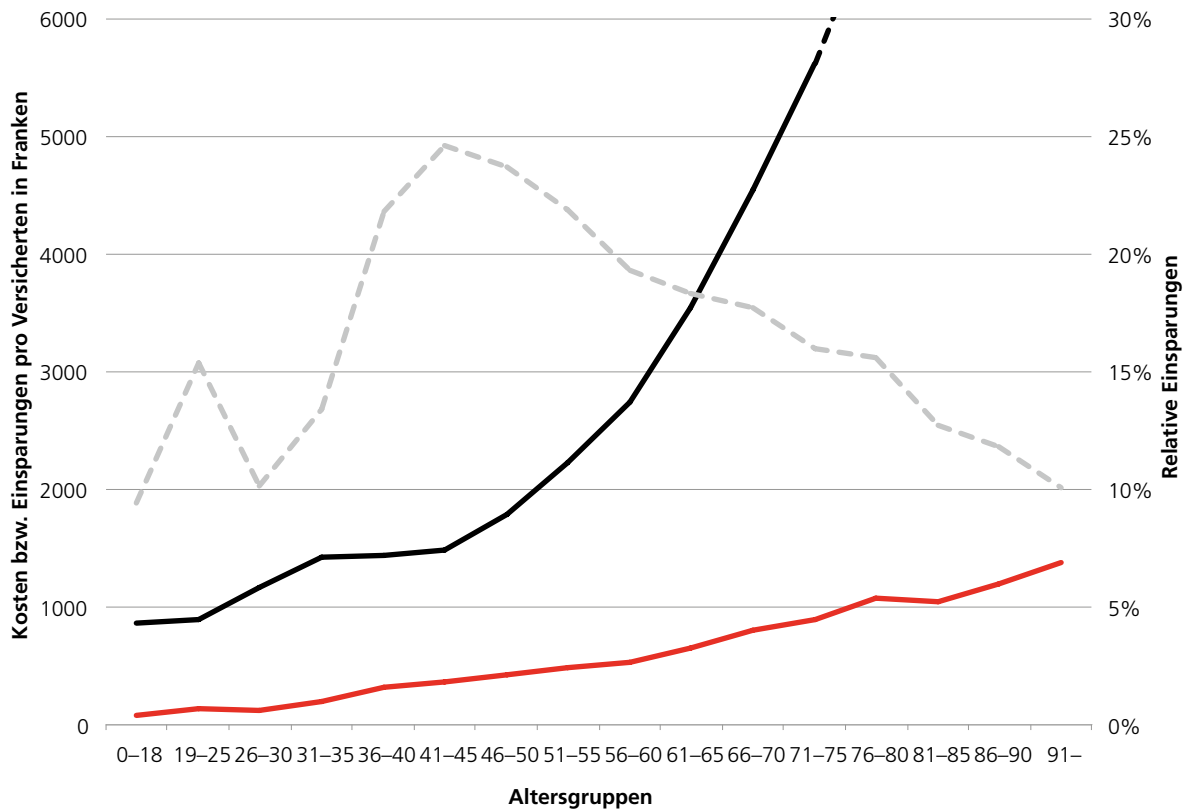
schnittskosten der Modelle werden als Einsparungen betrachtet. Das Verhältnis der Einsparungen zu den risikobereinigten Kosten wird als relative Einsparung bezeichnet. Diese ist bei den HMO am höchsten und beträgt durchschnittlich etwas über 20%. Die entsprechenden Einsparungen der HAM- und DIV-Modelle liegen nach diesen Auswertungen etwas tiefer bei 15–20%. Auch die zulässigen Prämienrabattsätze für die Modelle lassen sich anhand der Grafik abschätzen. Sie entsprechen dem Verhältnis der Einsparungen zu den Basisprämien, d.h. ungefähr dem Verhältnis der Einsparungen zu den Kosten der Basisversicherung. Die zulässigen Prämienrabattsätze sind

somit deutlich tiefer als die relativen Einsparungen.

Grafik G4 zeigt die risikobereinigten Kosten und durchschnittlichen Einsparungen in den Modellen in Abhängigkeit des Alters der Versicherten. Mit zunehmendem Alter steigen sowohl die Kosten als auch die Einsparungen. Die Darstellung bestätigt damit bereits bekannte Befunde, nach denen sich Einsparungen vor allem mit Patienten erzielen lassen, die einen hohen Bedarf an medizinischen Leistungen haben. Allerdings steigen die Einsparungen deutlich langsamer als die Kosten. Die relativen Einsparungen, d.h. das Verhältnis der risikobereinigten Kosten zu den Einsparungen weist daher ein

Risikobereinigte Kosten und absolute bzw. relative Einsparungen

G4



Risikobereinigte Kosten (schwarz) und absolute Einsparungen (rot) auf der vertikalen Achse links sowie relative Einsparungen (grau punktiert) in Prozenten auf der Achse rechts.

Maximum bei den etwa 40-jährigen Versicherten auf und nimmt dann mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

Es stellt sich die Frage, mit welcher Genauigkeit das verwendete Rechenverfahren zwischen Einsparung und Risikoselektion unterscheiden kann. Risikoselektion wird erfasst, falls sie sich als unterschiedliche Verteilungen der Versicherten in den Modellen und der Basisversicherung auf die Risikoklassen äussert. In der Realität kommt sie allerdings auch in anderer Form

vor. Im Allgemeinen ist der Gesundheitszustand der Versicherten auch innerhalb gegebener Risikoklassen sehr unterschiedlich. Entscheiden sich überdurchschnittlich viele Gesunde für Modelle, führt dies zu Risiko- bzw. Selbstselektion der Versicherten innerhalb der Klassen, die vom Rechenverfahren nicht erfasst und berücksichtigt wird. Daher dürften die Effekte der Risikoselektion im Allgemeinen unterschätzt und die berechneten Einsparungen dementsprechend überschätzt sein.

Ein eindeutiger Nachweis für diese Form der Risikoselektion ist mit den vorliegenden Auswertungen nicht möglich. Hinweise darauf sind aber in Grafik G4 ersichtlich, wo die maximalen Einsparungen in den Altersgruppen der 40- bis 50-Jährigen zu finden sind, d. h. in einem Alter,

in dem die Versicherten ihren Gesundheitszustand relativ gut einschätzen können. Bei den Männern sind ähnlich hohe Einsparungen zudem auch bei den unter 40-Jährigen nachweisbar. Es ist daher anzunehmen, dass besonders im Bereich des dargestellten Maximums ein Teil der vom Rechenverfahren als Einsparungen identifizierte Kostendifferenzen in Wahrheit auf nicht erfasste Risikoselektion bzw. Selbstselektion der Versicherten zurückzuführen ist. Die Ergebnisse in Grafik G3 lassen zudem besonders für HAM- und DIV-Modelle vermuten, dass die Risikoselektion aufgrund des hohen bereits nachgewiesenen Anteils in Realität noch höher ist und dass daher die berechneten Einsparungen besonders für diese Modelle zu hoch sind.

3 Beck, Konstantin et al., «Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen?», Luzern 2011 (CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie) www.css-institut.ch → Forschung → Managed Care und Capitation (25.4.2013)

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Beck,³ der Einsparungen für Managed-Care-Modelle der CSS mit dem hier dargestellten Verfahren und mit anderen Verfahren, u.a. dem Zwillingsverfahren berechnet. Letzteres vergleicht die Kosten jedes Managed-Care-Versicherten mit denen von sogenannten Zwillingen, d.h. mit Versicherten der Basisversicherung, die möglichst gleiche Risiken wie die betrachteten Versicherten der Managed-Care-Modelle aufweisen. Beck

berücksichtigt neben den vom BAG verwendeten Risikofaktoren weitere Faktoren wie pharmazeutische Kostengruppen. Im Ergebnis erhält er damit tiefere Einsparungen als das Rechenverfahren des BAG. Daher ist zu vermuten, dass sich dieses durch Verwendung zusätzlicher Risikofaktoren verfeinern lässt und dass dann die berechneten Einsparungen ebenfalls tiefer sein werden. Aus praktischen Gründen dürften solche Anpassungen parallel zu zukünftigen Ver-

besserungen des Risikoausgleichs eingeführt werden. Sobald dadurch zusätzliche Daten zur Verfügung stehen, sollte das Rechenverfahren dementsprechend ergänzt und verbessert werden.

Jürg Burri, Dr. phil. II, Mathematiker, Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, BAG
E-Mail: juerg.burri@bag.admin.ch

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2012

Mit rund 38 Mrd. Franken Rentenzahlungen und 2,3 Mio. Rentnerinnen und Rentnern ist die AHV die zentrale Säule der schweizerischen Sozialvorsorge. Zwischen Dezember 2011 und Dezember 2012 ist die Zahl der Personen, die eine Rente beziehen, um 2,6% gestiegen (+58 600).



Jacques Méry
Bundesamt für Sozialversicherungen

Bezügerinnen und Bezüger sowie Rentensummen nach Rentenart

Im Dezember 2012 bezogen 2,3 Mio. Personen eine Rente der AHV: 2 088 400 Personen (90,2%) erhielten eine Hauptrente der Altersversicherung, 165 700 (7,2%) eine Hinterlassenenrente (Witwen-, Witwer- oder Waisenrente). Hinzu kommen vor allem Zusatzrenten (Zusatzrenten für Ehegatten und Kinder), die erneut markant zu-

rückgegangen sind (-1,1%). Der Grund dafür sind die Auswirkungen der 5. IV-Revision sowie der 10. AHV-Revision. Tabelle T1 enthält eine Übersicht über die Struktur der Bezügerinnen und Bezüger sowie der Rentenarten im Dezember 2012 im Vorjahresvergleich.

Entwicklung und Dynamik der Altersrentenbezügerinnen und -bezüger

Im Dezember 2012 bezogen 57 100 Personen mehr eine Hauptrente als zum selben Zeitpunkt im Vorjahr. Das entspricht einem Anstieg von 2,8%. Die Rentensumme stieg gleichzeitig um 2,4%. Dieser Anstieg versteht sich netto. Für eine Gesamtsicht müssen jedoch die Brutto-Bewegungen untersucht werden. Mit Ausnahme des Jahres 2005, als das Rentenalter der Frauen von 63 auf 64 Jahre erhöht wurde, ist die Zahl der neu ausgerichteten Altersrenten in den letzten zehn Jahren

praktisch jedes Jahr doppelt so stark gestiegen wie die Zahl der erloschenen Renten.

2012 kamen 132 300 neue Altersrenten hinzu (einschliesslich Übertritte aus IV und HV), was Anfang Jahr 6,5% des Bestandes ausmachte. 15 200 (oder 11,5%) dieser AHV-Neurentnerinnen und -Neurentner bezogen zuvor eine IV-Rente und 4 500 (3,4%) eine Witwen- bzw. Witwerrente. Der Wohnsitz ist hier ein wichtiger Erklärungsansatz (Schweiz oder Ausland). Während das Verhältnis zwischen erloschenen Renten (20 400) und neuen Altersrenten (44 100) bezogen auf das Ausland bei etwa zwei zu fünf liegt, kommen in der Schweiz auf etwas mehr als zwei erloschene Renten (54 800) drei Neurentner (88 200, einschliesslich Übertritte aus IV und HV). Festzustellen ist zudem ein leichter Wanderungssaldo ins Ausland von Personen, die bereits eine Altersrente beziehen. Der Anstieg der Zahl der Rentenempfängerinnen und -empfänger im Ausland dürfte in den kommenden Jahren anhalten. Diese Entwicklung widerspiegelt die bedeutenden Migrationsströme der Schweiz in den letzten vierzig Jahren. Was die Hinterlassenenrenten anbelangt, werden in der Schweiz weniger Witwen- bzw. Witwerrenten ausbezahlt als im Ausland, Tendenz steigend.¹

Bei der Leistungshöhe sind zwei Punkte hervorzuheben: Die durchschnittliche Höhe von neuen Altersrenten ist tiefer als jene von erloschenen Renten. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass die neuen Rentnerinnen und Rentner nicht mehr zur gleichen Personenkategorie gehören wie Personen, deren Rente erloschen ist. Viele davon waren an Witwen ausgerichtet worden. Da verwitwete Personen aber Anspruch auf einen Zuschlag bei der Rentenberechnung haben, fällt ihre Rente durchschnittlich höher aus. Aus der durchschnittlichen Höhe der neu-

1 Witwen- und Witwerrenten können auch nach Erreichen des Rentenalters gewährt werden. Erfüllt die Person sowohl die Anspruchsbedingungen für eine Witwen- bzw. Witwerrente als auch für eine Altersrente, wird die höhere Rente ausbezahlt. Nach dem Hinschied des Ehegatten kann eine nichtversicherte Person im Ruhestand mit Wohnsitz im Ausland Anspruch auf eine Witwen- bzw. Witwerrente haben. Dies erklärt denn auch grösstenteils den starken Anstieg der ins Ausland ausbezahlten Witwen- bzw. Witwerrenten. Dieser Anstieg geht einher mit dem Anstieg der ins Ausland ausgerichteten Altersrenten.

2 Altersrenten

3 Hinterlassenenrenten

Bezüger/innen und Summe der AHV-Renten, nach Rentenart, Schweiz und Ausland, 2011 bis 2012 (Dezember)

T1

Bezüger/innen			Monatliche Rentensummen			
2011	2012	Veränderung	2011	2012	Veränderung	
			in Mio. Fr.	in Mio. Fr.		
			in Prozent	in Mio. Fr.	in Prozent	
Altersrente						
Hauptrenten						
• Männer	903 400	936 800	3,7%	1 241,8	1 282,8	3,3%
• Frauen	1 127 900	1 151 600	2,1%	1 695,5	1 724,6	1,7%
Total	2 031 300	2 088 400	2,8%	2 937,3	3 007,4	2,4%
Zusatzrenten						
• Ehegatten	42 600	39 900	-6,3%	6,8	6,0	-12,0%
• Kinder (Vater/Mutter)	20 400	21 400	4,7%	12,4	13,0	4,9%
Total	63 100	61 300	-2,8%	19,2	19,0	-1,1%
Hinterlassenenrenten						
• Witwen	122 400	126 500	3,4%	122,1	122,9	0,7%
• Witwer	2 300	2 200	-3,6%	2,7	2,6	-4,0%
• Waisen	37 800	36 900	-2,2%	23,4	22,7	-2,6%
Total	162 400	165 700	2,0%	148,2	148,3	0,1%
Total AHV-Renten	2 256 800	2 315 400	2,6%	3 104,6	3 174,6	2,3%

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

en Renten lässt sich somit nicht ableiten, dass die neu ausgerichteten Renten «strukturell» tiefer sind. Der zweite Punkt ist der grosse Unterschied zwischen den durchschnittlichen Altersrenten, die in der Schweiz und ins Ausland ausbezahlt werden. Die Mehrheit der im Ausland wohnhaften Personen verfügt über unvollständige Beitragszeiten in der Schweiz und erhält somit weniger hohe Teilrenten. 71% der Rentenzahlungen ins Ausland betreffen alleine Fälle ausländischer Staatsangehöriger, die nur die Hälfte der für eine Vollrente notwendigen Zeit versichert waren.

Entwicklung des Bestandes

Die Grafik G1 illustriert die wichtigsten Übergänge zwischen Alters-

Entwicklung der Alters- und Hinterlassenenrenten zwischen Dezember 2011 und Dezember 2012

T2

	Altersrenten		Witwen-/Witwerrenten	
	Schweiz	Ausland	Schweiz	Ausland
Bestand Dezember 2011	1 398 500	632 800	51 300	73 400
Erloshene Renten	-54 800	-20 400	-1 000	-900
Neue Renten	72 500	40 100	4 300	6 200
Übertritt IV → AHV ²	11 800	3 400		
Übertritt HV ³ → AHV	3 900	600	-3 900	-600
Wohnort CH → Ausland	-2 600	2 600	-200	200
Wohnort Ausland → CH	1 100	-1 100	100	-100
Bestand Dezember 2012	1 430 400	658 000	50 600	78 200
Entwicklung 2011–2012	31 900	25 200	-700	4 800

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Durchschnittliche Höhe der Altersrenten im Dezember 2011 und 2012 T3

	Schweiz	Ausland
	Durchschnittsrente in Franken	
Dezember 2011	1 839	577
Erlöschene Renten (2011)	1 909	668
Neue Renten (2012)	1 807	543
Dezember 2012	1 838	575

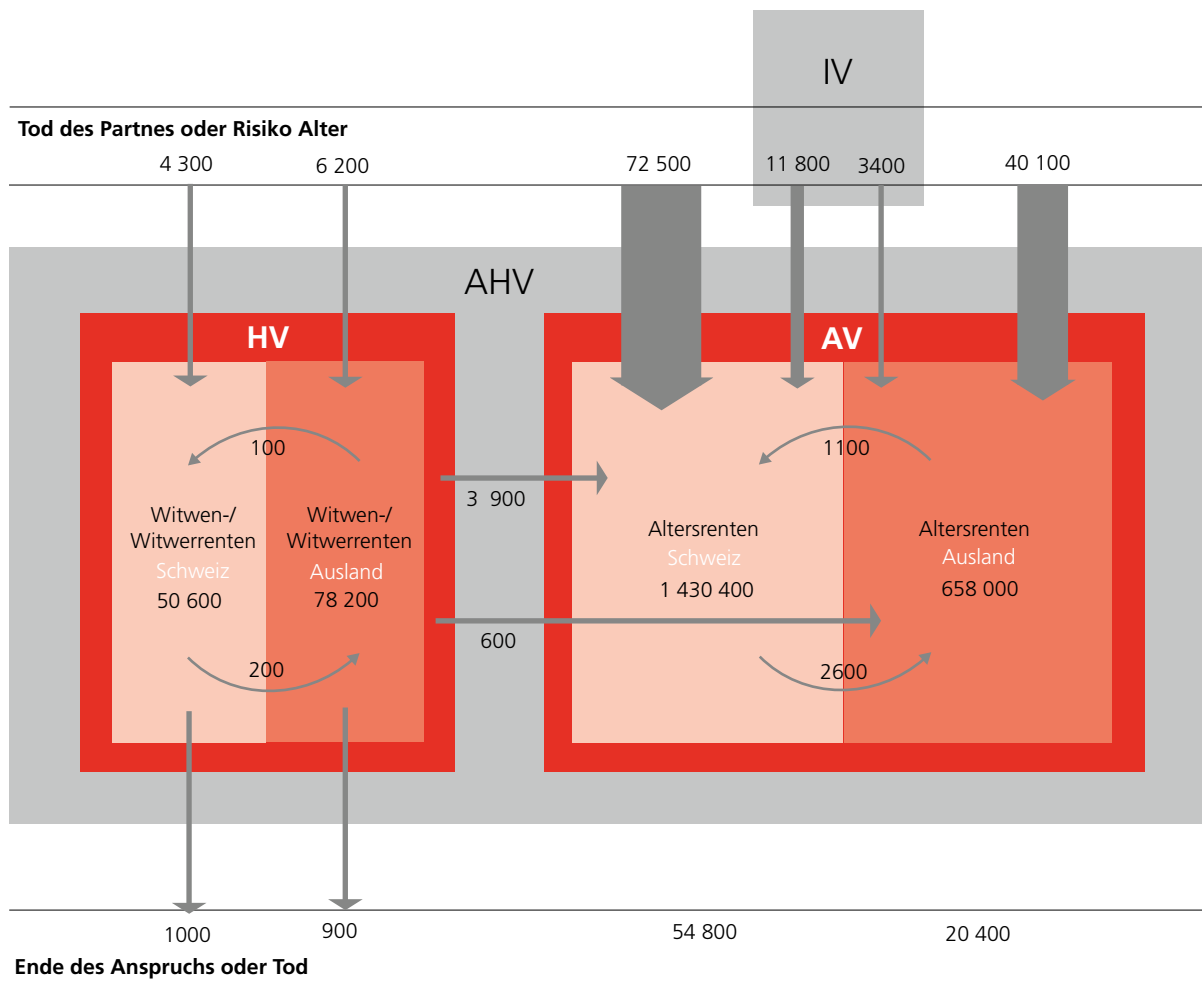
Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

und Hinterlassenenversicherung und Invalidenversicherung nach Wohnsitz der Person. Vor dem Rentenalter löst der Tod des Partners oder eine Invalidität eine Witwen- bzw. Witwerrente oder eine Invalidenrente aus. Nach dem Übertritt ins Rentenalter beziehen praktisch alle Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz eine Altersrente. In der Schweiz löst jede fünfte Altersrente eine andere Rente der 1. Säule ab (v.a. Invaliden- oder Hinterlassenenrente). Im Ausland ist es jede zehnte neue Altersrente. Erlöscht eine Altersrente, ist dies auf einen Todesfall zurückzuführen.

Vorbezugsquoten von Männern und Frauen mittlerweile deckungsgleich

Seit 1997 besteht die Möglichkeit, die AHV-Rente vorzubeziehen. Diese Neuerung wurde schrittweise mit der 10. AHV-Revision eingeführt. Dabei wurde Männern ab Jahrgang 1933 die Möglichkeit eines Vorbezugs um ein Jahr, ab Jahrgang 1938 auch um zwei Jahre eingeräumt. Der Kürzungssatz wurde auf 6,8% pro Vorbezugsjahr festgelegt. Die Regelung des Rentenvorbezugs ging bei den Frauen einher mit der Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters; bei der Erhöhung

Dynamik der AHV-Renten 2012 nach Wohnsitz G1



Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Anzahl Rentenbezüge nach Jahrgang und Geschlecht sowie Vorbezugsquote

T4

Männer				Frauen					
Jahrgang	Gesetzl. Rentenalter	Vorbezug um		Quote	Jahrgang	Gesetzl. Rentenalter	Vorbezug um		Quote
		ein Jahr	zwei Jahre				ein Jahr	zwei Jahre	
1944	58 700	2 600	3 100	8,9%	1945	44 200	6 700	8 600	25,7%
1945	57 500	2 800	3 100	9,3%	1946	46 300	6 700	9 600	26,1%
1946	59 000	2 900	3 500	9,7%	1947	44 200	6 500	10 200	27,4%
1947	<i>56 700</i>	2 900	3 600	<i>10,4%</i>	1948	<i>53 100</i>	3 600	3 300	<i>11,4%</i>
1948	–	<i>3 200</i>	3 900	–	1949	–	<i>3 400</i>	3 100	–
1949	–	–	<i>4 100</i>	–	1950	–	–	3 100	–

Bei den *kursiv* gesetzten Zahlen handelt es sich um Schätzungen.

von 62 auf 63 Jahre um ein Jahr für Frauen, die 1939 oder danach geboren wurden; und bei der Erhöhung von 63 auf 64 Jahre um zwei Jahre für Frauen, die 1942 oder danach geboren wurden. Um die Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters abzufedern, wurden für die Vorbezugszeiten tiefere Kürzungssätze eingeführt, die der Hälfte des versicherungsmathematischen Kürzungssatzes entsprechen. Diese Massnahme war jedoch auf zwischen 1942 und 1947 geborene Frauen beschränkt. Für die vorbezogenen Renten von Frauen ab Jahrgang 1948 gilt derselbe Kürzungssatz wie für Männer.

Tabelle T4 zeigt die Entwicklung der Vorbezugsquoten von Frauen und Männern in den letzten Jahren. Aus technischen Gründen handelt es sich bei den Zahlen der Neurenterinnen und -renter 2012 um Schätzungen, die jedoch relativ präzise sind.

Die Verteuerung des Vorbezugs hat dazu geführt, dass die Vorbezugsquote der Frauen zurückgegangen ist. Der Anteil der Frauen, die die Rente vorbezogen, ist nun in etwa gleich hoch wie bei den Männern. Dabei ist der Vorbezug der Altersrente vom Rückzug aus dem Arbeitsmarkt zu unterscheiden. Denn der Bezug einer Altersrente hängt nicht von der Aus-

übung einer Erwerbstätigkeit ab. Es kann also gut sein, dass Personen die ihre Renten vorbezogen, erwerbstätig bleiben.

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

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

Sozialpolitik

13.3079 – Postulat Garobbio Guscetti Marina vom 14.3.2013: Rolle der Sozialfirmen

Nationalrätin Marina Garobbio Guscetti (SP, TI) hat folgendes Postulat eingereicht: «Der Bundesrat ist beauftragt, einen Bericht über die Sozialfirmen zu erstellen. Im Bericht sollen folgende Aspekte dargestellt werden:

1. Unterschiedliche Formen der Sozialfirmen;
2. Kantonale Rechtsgrundlagen;
3. Anzahl Personen, die in Sozialfirmen arbeiten;
4. Finanzielle Beteiligung des Bundes bzw. der öffentlichen Hand

Begründung

Für zahlreiche Menschen, insbesondere für leistungsschwächere oder solche mit geringer beruflicher Qualifikation, ist die Teilnahme am Arbeitsmarkt erschwert. Die anhaltend hohe Erwerbslosigkeit hat zu einer wachsenden Zahl von Personen geführt, die aus dem ersten Arbeitsmarkt gedrängt und in die Sozialhilfe oder IV abgeschoben werden. So leben zurzeit etwa 230 000 Menschen von der Sozialhilfe. Zudem ist am 1. Januar 2012 der erste Teil der 6a IV-Revision in Kraft getreten, der vorsieht, jährlich etwa 2 800 Menschen in den Arbeitsmarkt wiederenzugliedern. Vor diesem Hintergrund haben sich in den letzten Jahren neue Formen zwischen Staat und Wirtschaft ergeben – wie beispielsweise Sozialfirmen.

Ziel der Sozialfirmen ist die Wiedereingliederung von benachteiligten Personen in die Arbeitswelt mittels einer produktiven Tätigkeit.

Dabei können Sozialfirmen auch ein Spannungsfeld zwischen sozialen und wirtschaftlichen Zielsetzungen hervorrufen, auch weil Sozialfirmen die Privatwirtschaft nicht konkurrenzieren dürfen.

Es bestehen nicht nur Unterschiede im Rechtsstatus, im Angebot, in der

Finanzierung, in der Spezialisierung auf bestimmte Gruppen, sondern auch in Bezug auf die kantonalen Rechtsgrundlagen und auf das Verhältnis zwischen Staat und Wirtschaft. Es existieren zahlreiche verschiedene Firmenformen, die diesem Modell der wirtschaftsnahen Wiedereingliederung zugeschrieben werden.»

Antrag des Bundesrates vom 8.5.2013

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

Gesundheitspolitik

12.4053 – Postulat Heim Bea vom 4.12.2012: Harmonisierung der Erfassung des Pflegebedarfs

Nationalrätin Bea Heim (SP, SO) hat folgendes Postulat eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, wie die Art der Pflegebedarfserfassung harmonisiert werden könnte. Kantone und Heime sollen nach wie vor frei in der Wahl des Erfassungsinstrumentes bleiben, sofern das Instrument den Kriterien einer Akkreditierungsstelle des Bundes entspricht. Der Bund erarbeitet die Kriterien gemeinsam mit den Kantonen und den Fachgesellschaften.

Begründung

Gemäss den Bestimmungen des KVG und der Pflegefinanzierung müssen alle Pflegeheimbewohnenden aufgrund ihres ausgewiesenen Pflegebedarfs einer Pflegestufe zugewiesen werden. Diese Pflegebedarfseinstufung erfolgt in verschiedenen Regionen der Schweiz mit unterschiedlichen Erfassungsinstrumenten. Weil diese Einstufungen für die Pflegeplanung und auch die Abgeltung der Pflegeleistungen von entscheidender Bedeutung sind, sollten sie zur Vergleichbarkeit der Leistungserbringung aufeinander abgestimmt werden, bevor 2014 die Übergangsfrist ausläuft. Danach scheint die Bestimmung der Art und Ausgestaltung der

Bedarfserfassung nicht mehr in der Kompetenz der Kantone zu liegen, sondern nur noch eine Angelegenheit zwischen Krankenkassen und Institutionen zu sein, während immer neue Modelle der Bedarfserfassung und Weiterentwicklungen der bisherigen Modelle auf den Markt drängen. Andererseits sind je nach Instrument erhebliche finanzielle Auswirkungen für die Kantone zu erwarten. Darum, aber auch damit Pflegebedürftige eine möglichst freie Heimwahl haben, sind die Instrumente der Pflegebedarfserfassung zu harmonisieren.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 20.2.2013

Die Neuordnung der Pflegefinanzierung, die am 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, sieht vor, dass die Leistungen auf Beitrags- und nicht mehr auf Tarifbasis finanziert werden. Gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 13. Juni 2008 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG; SR 832.10) haben die Kantone eine Frist von drei Jahren, um die Tarife und Tarifverträge an die vom Bundesrat festgesetzten Beiträge an die Pflegeleistungen anzugleichen. Das KVG schreibt den Pflegeheimen kein gesamtschweizerisch einheitliches Leistungserfassungssystem vor. Die Wahl des Systems obliegt den Heimen und Leistungserbringern, vorbehalten bleiben allfällige kantonale Richtlinien. So kommen heute drei Systeme zur Anwendung, nämlich Plaisir, RAI/RUG und Besa, die auch bereits vor Inkrafttreten der Neuordnung der Pflegefinanzierung eingesetzt wurden. Der Bedarf der Harmonisierung der Pflegebedarfssysteme ist erkannt. Entsprechend befasst sich unter der Leitung von Curaviva seit September 2009 eine nationale Steuergruppe mit dem Projekt «Tarifstrukturen», in der sowohl die Kantone wie auch das Bundesamt für Gesundheit Einsitz nehmen. Der Bundesrat möchte diese Arbeiten nicht übergehen und deren Ergebnisse abwarten. Er ist aber bereit, das Anliegen im Sinne seiner

Antwort vom 7. Dezember 2012 zur Anfrage Humbel 12.1091, «Verzögerung bei der Abstimmung der Pflege-Einstufungssysteme», aufzunehmen und subsidiäre Massnahmen für eine Harmonisierung zu prüfen, sollten die Harmonisierungsbemühungen der in dieser Angelegenheit zuständigen Kantone scheitern.

Antrag des Bundesrates vom 20.2.2013

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulates.

Berufliche Vorsorge

12.4131 – Motion BD Fraktion vom 12.12.2012: Automatische Verknüpfung von Rentenalter und Lebenserwartung

Die Fraktion der Bürgerlich-Demokratischen Partei im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt, einen Erlassentwurf vorzulegen, der eine automatische Anpassung des Rentenalters an die Lebenserwartung einführt. Davon betroffen sein muss nicht nur das gesetzliche Rentenalter, sondern auch der effektive Renteneintritt. Dabei sollen weiterhin berufsspezifische und individuelle Flexibilisierungen innerhalb einer gewissen Bandbreite möglich sein. Ebenso wird von einem gleich hohen Rentenalter für Frauen und Männer ausgegangen.

Begründung

Verschiedene Diskussionen rund um das Rentenalter haben immer wieder gezeigt, dass politische und emotionale Aspekte die ökonomischen Fakten übertönen. Rational betrachtet – und auch mit Blick auf Entwicklungen in anderen Ländern – müsste anerkannt werden, dass sich das Rentenalter an der effektiven Lebenserwartung orientieren muss. Ein entsprechender Automatismus würde diese Fragestellung entpolitisieren und an einer klar definierten Logik ausrichten.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 27.2.2013

Der Bundesrat hat am 21. November 2012 die allgemeinen Leitlinien für die Reform der Altersvorsorge 2020 definiert. Gleichzeitig hat er das Eidgenössische Departement des Innern damit beauftragt, ihm bis im Sommer 2013 Vorschläge zur Konkretisierung der Leitlinien vorzulegen. Dabei wird es auch darum gehen, das effektive Rücktrittsalter so stark wie möglich an das Referenzalter anzunähern. Verschiedene Massnahmen wurden zu diesem Zweck beschlossen: Einführung eines Referenzalters von 65 Jahren für Frauen und Männer, Flexibilisierung des Altersrücktritts koordiniert zwischen der ersten und zweiten Säule, Anreize zur Weiterführung der Erwerbstätigkeit bis zum Referenzalter und Reduktion der Attraktivität eines vorzeitigen Altersrücktritts. Ganz allgemein ist festzuhalten, dass es bei einem Mechanismus, der das Rentenalter automatisch an die Lebenserwartung anpasst, nicht möglich ist, sowohl das gesetzliche Rentenalter als auch das effektive Rücktrittsalter zu berücksichtigen. Denn das effektive Rücktrittsalter mit dem gesetzlichen Rentenalter in Übereinstimmung zu bringen ist kaum machbar und läuft den Flexibilisierungsabsichten in der AHV zuwider. Das tatsächliche Rücktrittsalter der Frauen und der Männer liegt heute unter dem gesetzlichen Rentenalter (62,6 Jahre bei Frauen und 64,1 Jahre bei Männern). Nach Ansicht des Bundesrates werden es die in den Leitlinien beschlossenen Massnahmen erlauben, das effektive Rücktrittsalter zu erhöhen und dabei eine gewisse Flexibilität zu wahren. Ein Mechanismus zur automatischen Anpassung des Rentenalters an die Lebenserwartung ist aus Sicht des Bundesrates zudem kein taugliches Instrument, um das Rentenalter zu regulieren. Demografische Faktoren können hier nicht alleine ausschlaggebend sein. Im Gegenteil, es müssen auch andere entscheidende Aspekte mit einbezogen werden, wie die ge-

sellschaftlichen Realitäten oder die Kapazität des Arbeitsmarktes, freige-wordene Arbeitskräfte zu absorbieren.

Antrag des Bundesrates vom 27.2.2013

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

13.3017 – Motion Aeschi Thomas vom 4.3.2013: Freie Pensionskassenwahl als Folge der Annahme der Abzocker-Initiative

Nationalrat Thomas Aeschi (SVP, ZG) hat folgende Motion eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt, bei der Umsetzung der Abzocker-Initiative die freie Pensionskassenwahl zu garantieren, damit PK-Versicherte bei Unzufriedenheit mit dem Stimmbverhalten ihrer Pensionskasse auch tatsächlich eine Wahlmöglichkeit haben und ihr Anlagevermögen zu einer anderen Pensionskasse transferieren können.

Begründung

Die eidgenössische Volksinitiative «gegen die Abzockerei», welche am 3. März 2013 mit einer Zustimmung von 68 Prozent vom Schweizer Volk angenommen wurde, verlangt in Artikel 95 Absatz 3 litera a: «Die Pensionskassen stimmen im Interesse ihrer Versicherten ab und legen offen, wie sie gestimmt haben.» Um diese Verfassungsbestimmung im Gesetz umzusetzen, muss zwingend die freie Pensionskassenwahl garantiert werden. Nur so wird sichergestellt, dass PK-Versicherte bei Unzufriedenheit mit dem Stimmbverhalten ihrer Pensionskasse auch tatsächlich eine Wahlmöglichkeit haben und ihr Anlagevermögen zu einer anderen Pensionskasse transferieren können, welche auch tatsächlich in ihrem Interesse abstimmt.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 8.5.2013

Bei der Wahrnehmung ihrer Stimmrechte müssen die Vorsorgeeinrichtungen darauf achten, dass

eine faire und angemessene Verteilung des Unternehmensgewinns an die Aktionäre erfolgt, damit sie diese Mittel für die Finanzierung der Vorsorgeleistungen für ihre Versicherten verwenden können. Zu diesem Zweck müssen die Vorsorgeeinrichtungen idealerweise starke Stimmblöcke bilden. Die Versicherten können über ihre Vertretung im obersten Organ Einfluss nehmen auf die grundsätzliche Art und Weise, wie die Stimmrechte ausgeübt werden.

Für die freie Wahl einer Vorsorgeeinrichtung dürfte deren jeweiliges Abstimmungsverhalten nicht ausschlaggebend sein. Dies ist auch heute beispielsweise bei den Anlagefonds kaum der Fall. Das Beispiel des privaten Sparens respektive der privaten Vorsorge zeigt, dass die Interessen der Sparer respektive der privaten Vorsorgenehmer nur schwierig zu organisieren sind. Es dürfte demnach mit einer freien Wahl eher schwieriger werden, starke Stimmblöcke zu bilden, als im heutigen System. Die freie Wahl würde somit dem Bestreben der Abzocker-Initiative zuwiderlaufen, dass die Vorsorgeeinrichtungen mittels starker Stimmblöcke die Rechte der Aktionäre stärken sollen. Zudem könnte auch durch einen Wechsel der Vorsorgeeinrichtung nicht sichergestellt werden, dass die neue Einrichtung bei einem nächsten Traktandum genau so abstimmt, wie dies den Wünschen des Versicherten entspricht, selbst wenn die Vorsorgeeinrichtung strenge Regeln bezüglich Abstimmungsverhalten besitzen würde. Es wäre auch wenig sinnvoll, wenn die Versicherten jedes Mal, wenn sie mit der Leitung der Vorsorgeeinrichtung unzufrieden sind, die Einrichtung wechseln würden. Das Wechseln der Vorsorgeeinrichtung ist zudem mit erheblichen Kosten verbunden. Ein individueller Anschluss bei einer Einrichtung würde auch bei den Arbeitgebern einen deutlich höheren Aufwand verursachen als der heutige kollektive Anschluss. Die Stimmrechtsregelung der Abzockerinitia-

tive ist demnach kein Anlass für einen Systemwechsel.

Die Einführung einer freien Wahl der Vorsorgeeinrichtung hätte darüber hinaus massive Auswirkungen auf das System der beruflichen Vorsorge und auf die Versicherten. Untersuchungen und Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass die freie Wahl zu massiv höheren administrativen Kosten und Werbeaufwendungen führen würde, die letztlich von den Versicherten finanziert werden müssten. Es entstünde weiter ein Problem der Risikoselektion, das nur mittels zusätzlicher Regulierung gelöst werden könnte. Eine Individualisierung des Systems führt in der Regel auch zu einem Risikotransfer zu den Versicherten. Ein solcher Risikotransfer kann aufgrund der hohen Schwankungen der Finanzmärkte massive Folgen für die Vorsorgesicherheit der Versicherten haben. Die freie Wahl setzt überdies einen hohen Wissens- und Informationsstand und ein entsprechendes Interesse der Versicherten voraus. Die Erfahrungen im Ausland zeigen, dass diese Voraussetzungen bei der grossen Mehrheit der Versicherten nicht erfüllt sind. Schliesslich müsste bei Fehlspekulationen letztlich wohl der Staat für die daraus entstehenden Kosten aufkommen.

Der Bundesrat wie auch die Eidgenössische Kommission für die berufliche Vorsorge (BVG-Kommission) haben sich in der Vergangenheit bereits mehrfach mit der freien Wahl der Vorsorgeeinrichtung beschäftigt und diese aus den genannten Gründen abgelehnt. Das kollektive System der beruflichen Vorsorge hat sich insgesamt gut bewährt. Die Einführung der freien Wahl der Vorsorgeeinrichtung aufgrund der Abzocker-Initiative ist weder sachgerecht noch zielführend.

Antrag des Bundesrates vom 8.5.2013

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

13.3109 – Postulat Vitali Albert vom 19.3.2013: BVG-Deckungsgrade vergleichbar machen

Nationalrat Albert Vitali (FDP, LU) hat folgendes Postulat eingereicht: «Der Bundesrat wird beauftragt zu prüfen, inwiefern die Vergleichbarkeit der finanziellen Lage von Schweizer Vorsorgeeinrichtungen verbessert werden kann. Um die Fähigkeit einer Vorsorgeeinrichtung auszuweisen, dass sie ihren Verpflichtungen nachkommen kann, sollen Vorsorgeeinrichtungen einen, über die verschiedenen Pensionskassen hinweg vergleichbaren, Kennwert publizieren. Als Alternative zu einem Kennwert soll auch ein Ampelsystem geprüft werden.

Begründung

Das Vertrauen der Bevölkerung in die berufliche Vorsorge ist in den letzten Jahren geschwunden und die Pensionskassen stehen in der Kritik, nicht transparent zu sein. Es ist nicht zuletzt auch für den sozialen Frieden unbedingt nötig, dass die Bevölkerung den Pensionskassen und unseren Vorsorgesystemen wieder vertrauen kann. Dafür ist insbesondere dort Transparenz unabdingbar, wenn es um die Fähigkeit einer Vorsorgeeinrichtung geht, die versprochenen Leistungen (Renten, Austrittsleistungen, etc.) zu erbringen.

Heute ist es üblich, die finanzielle Lage der verschiedenen Pensionskassen aufgrund des jeweiligen Deckungsgrades zu vergleichen. Der Deckungsgrad allein ist jedoch wenig aussagekräftig. Somit ist nicht früh genug erkennbar, wann sich eine Vorsorgeeinrichtung in Schieflage befindet. Mindestens ebenso wichtig ist der technische Zinssatz. Doch eine Beschränkung auf den ökonomischen Deckungsgrad (Berechnung des Deckungsgrades aufgrund der aktuellen Rendite von Bundesobligationen anstelle des technischen Zinses) greift als Vergleichsmechanismus zu kurz, da die Lebenserwartung (Entwicklung und/oder Sterbe-

tafeln), das Verhältnis von Aktiven und Rentnern innerhalb einer Vorsorgeeinrichtung (und die demografische Entwicklung), der Mindestumwandlungssatz und der BVG-Anteil an der Gesamtvorsorge ebenfalls eine zentrale Rolle spielen.

Pensionskassen sollen neben dem «Deckungsgrad», eine weitere Kennzahl publizieren, welche über die verschiedenen Vorsorgeeinrichtungen hinweg vergleichbar ist und die oben erwähnten Variablen widerspiegelt. Diese Kennzahl soll als einfacher Indikator für möglichst alle Versicherten aussagekräftig sein. Dieser Indikator muss keine Zahl sein – so wäre ein Ampelsystem für Pensionskassen durchaus vorstellbar.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 8.5.2013

Der Deckungsgrad einer Vorsorgeeinrichtung allein ist in der Tat wenig aussagekräftig, um über die finanzielle Situation urteilen zu können. Andere Indikatoren müssen dazu ebenfalls berücksichtigt werden, so zum Beispiel der technische Zinssatz, das Verhältnis Erwerbstätige/Pensionierte, der Umwandlungssatz, die über das gesetzliche Minimum hinausgehenden Leistungen und die damit verbundenen Verpflichtungen, die finanzielle Stabilität des Arbeitgebers oder der Cashflow.

Eine echte Vergleichbarkeit wäre nur möglich, wenn sämtliche Vorsorgeeinrichtungen die gleichen versicherungsmathematischen Parameter verwendeten. Aus versicherungstechnischer Sicht wäre dies aber nicht korrekt, und die Eigenverantwortung der in den Vorsorgeeinrichtungen involvierten Sozialpartner würde entfallen.

Einen Index oder sogar ein Ampelsystem mit den wichtigsten Indikatoren aufzubauen wäre durchaus denkbar, um verschiedene Vorsorgeeinrichtungen miteinander vergleichen zu können. Allerdings wäre dies eine sehr schwierige Aufgabe. Der Index würde auch nicht das Grundproblem lösen, nämlich dass man nicht Dinge vergleichen kann, die angesichts verschiedener Kontexte nicht vergleichbar sind. Hier liegen die Grenzen eines solchen Indexes.

Für gewisse Vorsorgeeinrichtungen beziehungsweise in gewissen Situationen würde ein solcher Index zudem zwangsläufig falsche oder gar unlogische Ergebnisse liefern. Dieses Problem zeigt sich beispielsweise auch beim BVG-Mindestzinssatz: Eine Formel wäre zwar wünschenswert, aber sie würde der Situation nur teilweise Rechnung tragen und je nach Jahr inadäquate Ergebnisse liefern. Die Folge davon wäre, dass ein solcher Index ständig in Frage gestellt würde, wie dies auch im Zu-

sammenhang mit einer Formel für den BVG-Mindestsatz der Fall ist.

Oberste Organe, Arbeitgeber und öffentlich-rechtliche Körperschaften müssen bei Bedarf, was immer auch die Ursache des Problems ist, angemessen handeln können und dies unabhängig von der Tatsache, ob andere Vorsorgeeinrichtungen Massnahmen treffen oder nicht. Stiftungsräte und interessierte Parteien könnten sich zudem in falscher Sicherheit wähnen, wenn der Index gute Ergebnisse liefert. Ausserdem hätte er bei der Suche nach konkreten Lösungen überhaupt keinen Nutzen. In diesem Sinne würde er auch nicht die Bedürfnisse der Aufsichtsbehörden decken.

Die Einführung eines solchen Indexes wäre für Vorsorgeeinrichtungen eine Zusatzbelastung und hätte somit administrative Mehrkosten zur Folge. Dies liefe den derzeitigen Bemühungen zuwider, die Umsetzung der beruflichen Vorsorge zu vereinfachen oder zumindest noch komplizierter zu gestalten.

Antrag des Bundesrates vom 8.5.2013

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulates.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats (Stand 31. Mai 2013)

Vorlage: Geschäftsnr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG (Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung): 12.092	21.11.12	BBl 2012, 9439	SGK-N 11.1.13	6.3.13	SGK-S 11.2., 13.3., 28.3., 3.5.13	12.3., 5.6.13		
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die sozi- ale Krankenversicherung KVAG: 12.027	15.2.12	BBl 2012, 1941	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1.13	18.3.13	SGK-N 23.5.13			
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Kor- rektur der zwischen 1996 und 2011 bezahlten Prämi- en): 12.026	15.2.12	BBl 2012, 1923	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1., 2.5.13	11.6.13	SGK-N			
UVG Revision: 08.047	30.5.08	BBl 2008, 5395	SGK-N 20.6., 9.9., 16.10., 6./ 7.11.08; 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09; 28.1., 24.6.10	NR 11.6.09 (Rückweisung des Entwurfs 1 an SGK-N, Sistierung des Entwurfs 2), 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-S 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung des Entwurfs 1 an den Bundes- rat, Zustimmung zur Sistierung des Entwurfs 2)		
6. IV-Revision 2. Massnahmenpaket Rev. 6b: 11.030	11.5.11	BBl 2011, 5691	SGK-S 19.8., 15.11.11; 21.1., 11.2.13	SR 19.12.11; 12.3., 11.6.13	SGK-N 2.2., 29.3., 27./28.4., 28./29.6., 31.8., 11.10.12; 25.4.13	NR 12./13.12.12		
				(Differenzbereinigung)		(Differenzbereinigung)		

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
21.08.2013 (2. Durchführung)	Sozialversicherungsrechts- tagung	Grand Casino Luzern	Sekretariat des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St.Gallen, Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel: 071 224 24 24 E-Mail: irp@unisg.ch
5.–6.9.2013	Sein und Haben – Existenz- sicherung mit Zukunft (vgl. Hinweis)	Solothurn	SKOS, Monbijoustrasse 22, 3011 Bern Tel. 031 326 19 19 E-Mail: admin@skos.ch
12.9.2013	2. Nationale Tagung zum Diskriminierungsschutzrecht	ZHAW School of Management and Law, Winterthur	Corinne Länzlinger Tel: 058 934 68 21 E-Mail: info.zsr@zhaw.ch
16.–18.9.2013	Durchführungsfragen des Leistungsrechts der Beruflichen Vorsorge	Kartause Ittingen	Sekretariat des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St.Gallen Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel: 071 224 24 24 E-Mail: irp@unisg.ch
24.9.2013	Grundrechte im Sozialrecht (vgl. Hinweis)	Grand Casino Luzern	Sekretariat des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Universität St.Gallen Bodanstrasse 4, 9000 St.Gallen Tel: 071 224 24 24 E-Mail: irp@unisg.ch
11./12./ 23./30.9.2013	Politiques de l'emploi et de la réinsertion professionnelle	IDHEAP, Lausanne	IDHEAP, Unité politiques sociales, Prof. G. Bonoli; Tel: 021/ 557 40 90, E-Mail: giuliano.bonoli@ idheap.unil.ch Cyrielle Champion; Tel: 021/557 40 93 E-Mail: cyrielle.champion@ idheap.unil.ch
24.10.2013	Luzerner Tagung zum Sozialhilferecht: Ausländer- innen und Ausländer in der Sozialhilfe	Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Luzern	Hochschule Luzern – Soziale Arbeit Tel: 041 41 367 48 48 Fax: 041 41 367 48 49 Leitung: Manfred Seiler manfred.seiler@hslu.ch Administration: Jlanit Schumacher, jlanit. schumacher@hslu.ch

Solothurner SKOS-Tage: Existenzsicherung mit Zukunft

Existenzsicherung garantiert den Lebensunterhalt. Die Sozialhilfe deckt für viele Menschen ganz oder teilweise die minimalen Alltagskos-

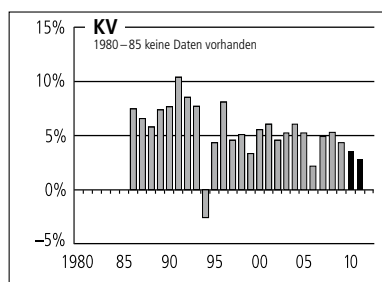
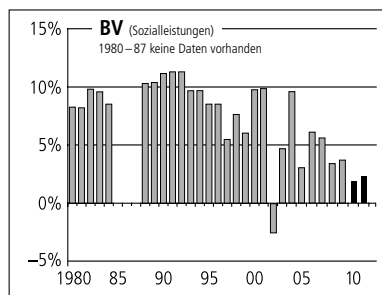
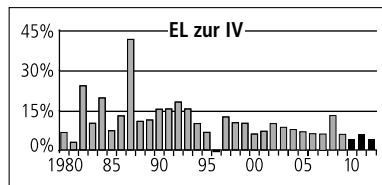
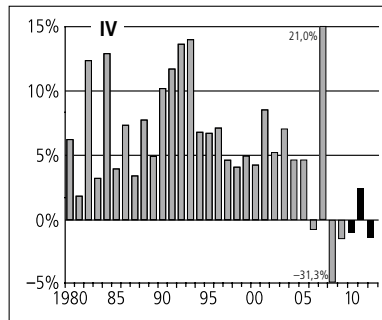
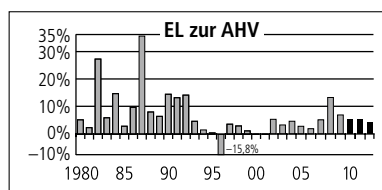
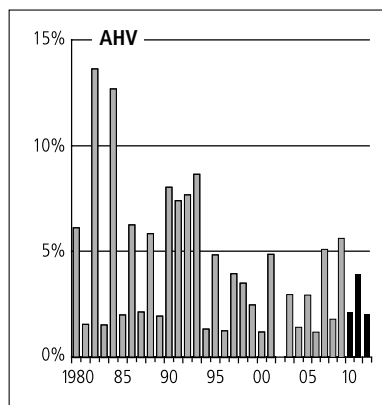
ten. In dieser Funktion ist sie zu einem zentralen Pfeiler des Systems der sozialen Sicherung in der Schweiz geworden. Was der Mensch zum Leben benötigt und was der Staat davon übernimmt, unterliegt einem politischen Aushandlungsprozess und

kann ökonomisch oder auch ethisch motiviert sein. Der gesellschaftliche Wandel und die ökonomische Krise prägen aber auch den Schweizer Sozialstaat. Wird Existenzsicherung in der heutigen Zeit zum Unsicherheitsfaktor? Welches sind zukunfts-taugliche Modelle der Existenzsicherung? Welcher gesellschaftliche Nutzen liegt dem Sicherungssystem zugrunde und wohin entwickelt sich die Sozialhilfe?

Grundrechte im Sozialrecht

Die Bedeutung des Sozialrechts nimmt zu. Die Leistungsumschreibung, die Finanzierung und die Durchführung erhalten in der Gesetzgebung, in der Politik und in der Rechtsprechung zunehmend Gewicht. Sozialrecht – hier verstanden als Oberbegriff für Sozialversicherungs- und Sozialhilferecht – ist zentraler Bestandteil sozialstaatlicher Aufgaben. An der Tagung wird der Blick auf die Bedeutung der Grundrechte gerichtet. Die Grundrechte wurden zunächst als Abwehrrechte gegenüber dem Staat verstanden, haben aber ihren Charakter allmählich verändert. Nach heutiger Auffassung sind sie fundamentale Ordnungsprinzipien der Bundesverfassung und binden auch die Leistungsverwaltung. Wie wirken sie sich im Sozialrecht aus? Können sich Versicherte bei der von ihnen verlangten Eingliederung auf Grundrechte berufen? Wie sind Massnahmen des Leistungsabbaus grundrechtlich zu bewerten? Wie wird die Durchführung des Sozialrechts durch die Grundrechte bestimmt? Welcher Stellenwert kommt der Wirtschaftsfreiheit zu? Welchen Einfluss haben internationalrechtliche Verpflichtungen (UN-Pakte, ILO-Abkommen usw.)?

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV

		1990	2000	2010	2011	2012	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	38 495	39 041	40 824	4,6%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 461	28 306	28 875	2,0%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 776	10 064	10 177	1,1%
Ausgaben		18 328	27 722	36 604	38 053	38 798	2,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	36 442	37 847	38 612	2,0%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	1 891	988	2 026	105,1%
Kapital²		18 157	22 720	44 158	40 146	42 173	5,0%
BezügerInnen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 031 279	2 088 396	2,8%
BezügerInnen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	120 623	124 682	128 744	3,3%
AHV-Beitragszahlende		4 289 839	4 548 926	5 188 208	5 303 008	...	2,2%

EL zur AHV

		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	2 324	2 439	2 525	3,5%
davon Beiträge Bund		260	318	599	613	644	5,2%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 725	1 826	1 880	3,0%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	179 118	184 989	3,3%

IV

		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	8 176	9 454	9 889	4,6%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	4 605	4 745	4 840	2,0%
Ausgaben		4 133	8 718	9 220	9 457	9 295	-1,7%
davon Renten		2 376	5 126	6 080	6 073	5 941	-2,2%
Total Betriebsergebnis		278	-820	-1 045	-3	595	-
Schulden gegenüber der AHV		-6	2 306	14 944	14 944	14 352	-4,0%
IV Fonds²		-	-	-	4 997	5 000	0,1%
BezügerInnen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	279 527	275 765	271 010	-1,7%

EL zur IV

		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 751	1 837	1 911	4,1%
davon Beiträge Bund		69	182	638	657	686	4,4%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 113	1 180	1 225	3,9%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	108 536	110 179	1,5%

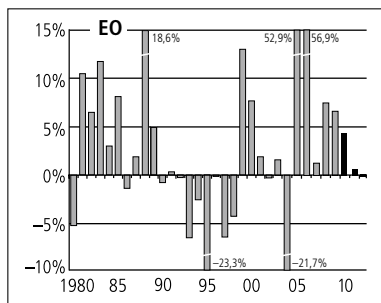
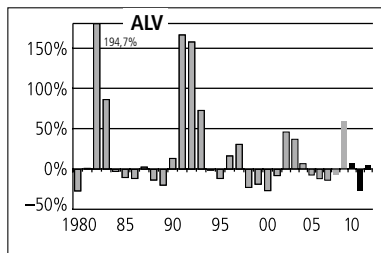
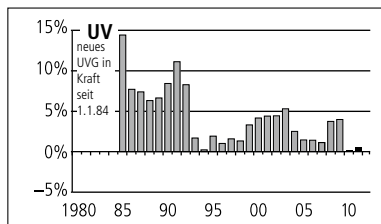
BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV

		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	61 680	61 554	...	-0,9%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	15 782	16 423	...	4,1%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	25 005	25 337	...	-0,4%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	15 603	14 704	...	-5,8%
Ausgaben		15 727	31 605	43 642	43 350	...	-0,8%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	30 912	31 628	...	2,3%
Kapital		207 200	475 000	617 500	620 600	...	0,5%
RentenbezügerInnen	Bezüger	508 000	748 124	980 163	1 002 931	...	2,3%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	22 528	23 794	...	5,6%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	22 051	23 631	...	7,2%
Ausgaben		8 417	14 056	22 123	22 705	...	2,6%
davon Leistungen		8 204	15 478	24 292	24 932	...	2,6%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 409	-3 575	...	4,9%
Rechnungssaldo		451	-126	405	1 089	...	169,1%
Kapital		5 758	6 935	8 651	9 649	...	11,5%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 980	4 070	...	2,3%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 181	5 992	7 863	7 880	...	0,2%
davon Beiträge AN/AG		3 341	4 671	6 303	6 343	...	0,6%
Ausgaben		3 259	4 546	5 993	6 064	...	1,2%
davon direkte Leistungen inkl. TZL		2 743	3 886	5 170	5 239	...	1,3%
Rechnungssaldo		923	1 446	1 870	1 816	...	-2,9%
Kapital		12 553	27 322	42 724	44 802	...	4,9%

ALV Quelle: seco		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 752	7 222	6 958	-3,7%
davon Beiträge AN/AG		609	5 967	5 210	6 142	6 350	3,4%
davon Subventionen		-	225	536	1 073	599	-44,2%
Ausgaben		452	3 295	7 457	5 595	5 800	3,7%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 705	1 627	1 158	-28,9%
Kapital		2 924	-3 157	-6 259	-4 632	-3 474	-25,0%
BezügerInnen ³	Total	58 503	207 074	322 684	288 518	...	-10,6%

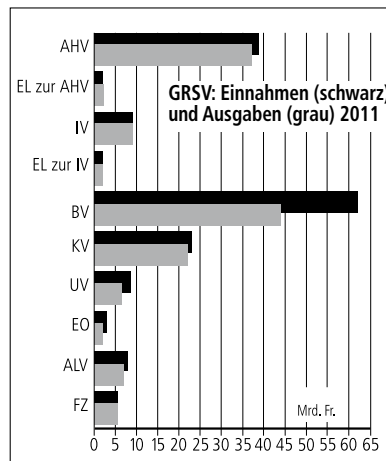
EO		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 006	1 708	1 753	2,7%
davon Beiträge		958	734	985	1 703	1 727	1,4%
Ausgaben		885	680	1 603	1 611	1 606	-0,3%
Total Betriebsergebnis		175	192	-597	97	148	51,9%
Kapital		2 657	3 455	412	509	657	29,0%

FZ		1990	2000	2010	2011	2012	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 689	3 974	5 074	5 133	...	1,2%
davon FZ Landwirtschaft		112	139	149	142	...	-4,8%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2011

Sozialversicherungsbranche	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2010/2011	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2010/2011	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	39 171	2,9%	38 053	4,0%	1 118	40 146
EL zur AHV (GRSV)	2 439	5,0%	2 439	5,0%	-	-
IV (GRSV)	9 500	16,2%	9 488	2,1%	12	-9 947
EL zur IV (GRSV)	1 837	4,9%	1 837	4,9%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	61 554	-0,9%	43 350	-0,8%	18 204	620 600
KV (GRSV)	23 794	5,6%	22 705	2,6%	1 089	9 649
UV (GRSV)	7 880	0,2%	6 064	1,2%	1 816	44 802
EO (GRSV)	1 710	71,2%	1 611	0,5%	100	509
ALV (GRSV)	7 222	25,6%	5 595	-25,0%	1 627	-4 632
FZ (GRSV)	5 133	1,2%	5 196	1,4%	-63	1 173
Konsolidiertes Total (GRSV)	159 624	3,7%	135 721	0,4%	23 903	702 301

*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	2007	2008	2009	2010	2011
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,3%	25,7%	25,1%	25,9%	25,8%	26,4%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	19,1%	20,1%	19,5%	21,0%	20,7%	20,4%

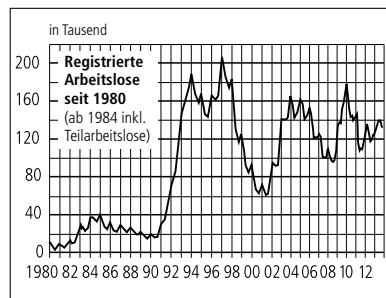
Arbeitslose

	Ø 2010	Ø 2011	Ø 2012	Mrz 13	Apr 13	Mai 13
Ganz- und Teilarbeitslose	151 986	122 892	125 594	138 993	135 851	131 290

Demografie

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

	2011	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁶	33,9%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Altersquotient ⁶	27,4%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



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

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

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2012 des BSV; seco, BFS. Auskunft: solange.horvath@bsv.admin.ch

Literatur

Kieser Ueli und Miriam Lendfers (Hg.). **Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht**. 2013, Dike Verlag, Fr. 58.–, ISBN 978-3-03751-502-0

Das Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht (JaSo) – erstmals erschienen 2012 – ist sehr gut aufgenommen worden. Das JaSo 2013 behält das Konzept und geht in den beiden ersten Hauptteilen auf die Entwicklungen in der Gesetzgebung und in der Rechtsprechung ein. Im einleitenden Teil zur Gesetzgebung werden die per 1. Januar 2013 in Kraft tretenden Bestimmungen gewürdigt; daneben werden die wichtigsten Reformvorhaben dargestellt. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht wird aufgegriffen, systematisch dargestellt und von der Herausgeberin und dem Herausgeber (kritisch) gewürdigt. Im dritten Hauptteil des JaSo finden sich Aufsätze zu einer Reihe von grundlegenden und praxisbezogenen Fragen. Es geht – um Stichworte zu nennen – um Kausalitätsfragen in der Unfallversicherung, um medizinische Massnahmen in der IV, um die überobligatorische berufliche Vorsorge, um Bindungswirkungen, um europäisches Sozialrecht, um den Vergleich im Sozialversicherungsrecht oder um das Koordinationsrecht.

Piller Edith Maud und Stefan Schnurr (Hg.). **Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz**. 2013, Springer, Fr. 56.–, ISBN 978-3-531-18459-3

In der Schweiz hat sich ein ausdifferenziertes System der Kinder- und Jugendhilfe entwickelt, über das jedoch immer noch zu wenig Wissen verfügbar ist. Erst in den letzten Jahren ist die Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz endlich auch vermehrt zu

einem Thema der Forschung geworden. Dieser Sammelband bietet nun erstmals einen empirisch fundierten und thematisch breiten Einblick in Handlungsfelder und fachliche Diskurse der schweizerischen Kinder- und Jugendhilfe. Ergebnisse ausgewählter Forschungsprojekte werden in kompakter und verständlicher Form vorgestellt und mit Blick auf Ansätze zur Weiterentwicklung guter Praxis diskutiert.

Riemer-Kafka, Gabriela (Hg.). **Beweisfragen im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren**. 2013, Schulthess Verlag, Fr. 62.–, ISBN 978-3-7255-6801-7

Das Beweisverfahren ist im Sozialversicherungsrecht geprägt von verschiedenen Unsicherheitsfaktoren, welche u. a. durch den Untersuchungsgrundsatz und die freie Beweiswürdigung bedingt sind. Erschwerend kommt hinzu, dass komplexe Lebenssachverhalte oder psychische Leiden nicht immer oder nur schwer einem Beweis zugänglich sind. Es ist daher in Zeiten von erhöhtem Spar- und Erledigungsdruck von grosser Bedeutung, dass mit den Verfahrensrechten der Betroffenen ein sorgfältiger Umgang gepflegt wird. Der vorliegende Tagungsband widmet sich den Fragen des fairen Verfahrens, welche Beweismittel wie gewürdigt werden, wie der Kausalzusammenhang und die Arbeitsunfähigkeit bewiesen werden kann, wie sich die unterschiedlichen Beweisgrade definieren und welchen Einfluss das sozialversicherungsrechtliche Beweisverfahren auf den Haftpflichtprozess hat.

Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.). **Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft**. 2013, Seismo, Fr. 38.–, ISBN 978-3-03777-128-0

Die alternde Gesellschaft stellt neue gesellschaftliche und individuelle Herausforderungen an die Pflege und Betreuung unterstützungsbedürftiger Menschen. Wie kann der künftig stark erhöhte Pflegebedarf gedeckt werden? In welchen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen können Erwerbsarbeit und Angehörigenpflege miteinander vereinbart werden? Und wie sieht es mit der internationalen Arbeitsteilung im Bereich der Care-Arbeit aus? In der neuen SRK-Publikation „Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft“ werden solche und ähnliche Fragestellungen aus Theorie und Praxis aufgenommen.

Widmer, Dieter. **Die Sozialversicherung in der Schweiz**. 2013, 9. erg. und überarb. Aufl., Schulthess Verlag, Fr. 82.–, ISBN 978-3-7255-6731-7

Die verschiedenen Sozialversicherungszweige sind weitgehend unabhängig voneinander entstanden und gewachsen. Dies führte zu Koordinationsproblemen und einer hohen Komplexität. Dem Verfasser ist es ausgezeichnet gelungen, mit klar strukturierten Ausführungen, zahlreichen Beispielen und verschiedenen Übersichten für Transparenz zu sorgen. „Die Sozialversicherung in der Schweiz“ erläutert die einzelnen Sozialversicherungszweige und deren Zusammenwirken. Der Schwerpunkt liegt bei AHV, Invalidenversicherung, beruflicher Vorsorge, Unfall- und Krankenversicherung, Koordination der Leistungen sowie bei den Grundsätzen, die in der gesamten Sozialversicherung zur Anwendung gelangen.



Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Wohn- und Betreuungssituation von Personen mit Hilflosenentschädigung der IV, Forschungsbericht Nr. 2/13	318.010.2/13 d; gratis*

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

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2011:

Nr. 1/11 Strukturreform in der beruflichen Vorsorge

Nr. 2/11 Synthesebericht FoP-IV

Nr. 3/11 Sozialfirmen

Nr. 4/11 Alimentenhilfe

Nr. 5/11 IV-Revision 6a und 6b

Nr. 6/11 Glücksforschung

Nr. 1/12 Beruf und Angehörigenpflege

Nr. 2/12 Schweizerisches Gesundheitssystem

Nr. 3/12 10 Jahre Regressprozess AHV/IV – eine Bilanz

Nr. 4/12 Aktives Altern und Solidarität zwischen den Generationen

Nr. 5/12 Ressortforschung Soziale Sicherheit

Nr. 6/12 Grundlagen der Reform der Altersvorsorge

Nr. 1/13 Soziale Sicherheit – gestern und morgen

Nr. 2/13 Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs

Nr. 3/13 Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal

Die «Soziale Sicherheit» CHSS ist ab Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993–2002 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	Suzanne Schär E-Mail: suzanne.schaer@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 Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Brigitte Gautschi, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Xavier Rossmannith, Christian Wiedmer	Auflage	Deutsche Ausgabe 3080 Französische Ausgabe 1400
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG
			ISSN 1420-2670 318.998.3/13d