

Schwerpunkt

10 Jahre Krankenversicherungsgesetz

Familie, Generationen und Gesellschaft

Europaratskampagne «Alle anders – alle gleich»

Invalidenversicherung

Die «Fünfte»

Soziale Sicherheit

CHSS

4/2006



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 4/2006

Editorial	169
Chronik Juni/Juli 2006	170
Rundschau	171

Schwerpunkt

10 Jahre Krankenversicherungsgesetz	
Wesentliche Neuerungen mit vielen positiven Auswirkungen	172
Was hat das KVG an Neuem und an Veränderungen gebracht? (Th. Laubscher, BAG)	173
Was, wenn das KVG in der Volksabstimmung von 1994 gescheitert wäre? (M. Moser, ehemaliger Vizedirektor BSV)	179
10 Jahre KVG – was nun in der Langzeitpflege? (O. Piller, Präsident der Lungenliga Schweiz und von CURAVIVA, ehemaliger Direktor BSV)	183
Obligator. Krankenversicherung und Gesundheitskosten in der Schweiz: wichtigste Entwicklungen seit 1996 (N. Siffert, BAG)	186
Die KVG Revisionen: Wo stehen wir heute? (M.-Th. Furrer, BAG)	191
Blick aus dem Ausland auf unser Gesundheitssystem (A. Nagel/V. Koch, BAG)	196

Vorsorge

Ergänzungsleistungen für 15 Prozent der Rentenbeziehenden (U. Portmann, BSV)	199
Die Information funktioniert gut – der Missbrauch wird als gering erachtet (U. Luginbühl, Eidg. Finanzkontrolle)	203

Familie, Generationen und Gesellschaft

Jugendliche machen sich stark für Vielfalt, Menschenrechte und Partizipation (Annette Leimer Bakkers, BSV)	206
---	-----

Invalidenversicherung

Die 5. IV-Revision vor der Differenzbereinigung (A. Bigovic, B. Frei, N. Wayland Bigler, BSV)	208
Das Forschungsprogramm FoP-IV. Die Invalidenversicherung unter der Lupe (M. Wicki, BSV)	213

Gesundheitswesen

Prävention und Gesundheitsförderung stärken (St. von Greyerz, BAG)	216
Ein bisher vernachlässigtes Thema: Die Folgekosten fehlender Gesundheitskompetenzen (S. Spycher, Schweizer. Gesundheits- observatorium)	220

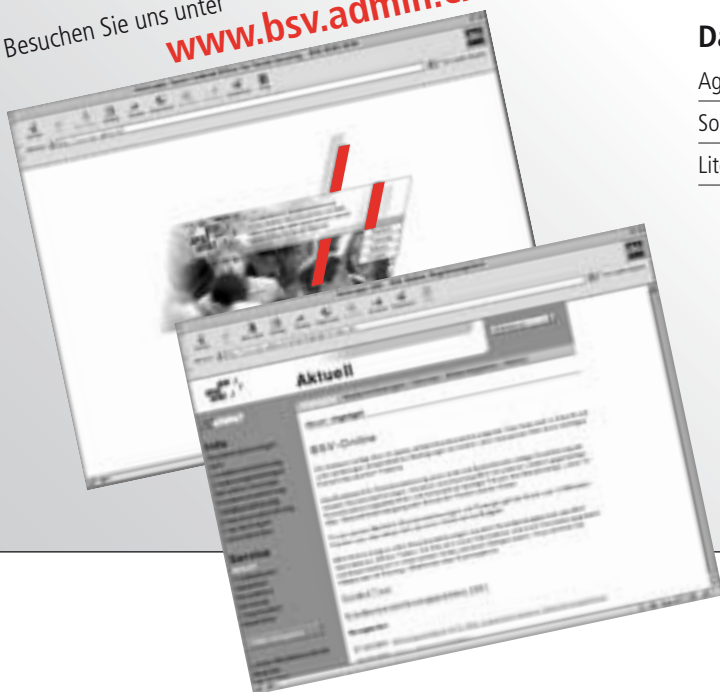
Parlament

Parlamentarische Vorstösse	225
Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates	228

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	229
Sozialversicherungsstatistik	230
Literatur und Links	232

Besuchen Sie uns unter
www.bsv.admin.ch



Das KVG – ein Sozialversicherungsgesetz mit gesundheitspolitischem Aspekt



Thomas Zeltner
Direktor Bundesamt
für Gesundheit

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung ist zehn Jahre alt. Vergleicht man dieses Alter mit einem Menschen, so hat dieser die ersten Lehrjahre hinter sich und steht nun vor der Pubertät, ein Teenager also. Blicken wir zurück auf die zehn Jahre, so entsteht angesichts der Diskussionen und Reformbestrebungen der Eindruck eines Dinosauriers, der vom Aussterben bedroht ist. Dabei vergessen wir oft, dass das KVG für Schweizer Verhältnisse ein sehr junges Alter aufweist und der Vorgänger des KVG über achtzig Jahre in Kraft war. Auch das KUVG erlitt eine wechselvolle Geschichte von erfolgreichen und erfolglosen Revisionen. Erst im Jahre 1994 konnte angesichts der Missstände der alten Regelung, welche die Erhöhung der Subventionen an die Krankenkassen und notrechtliche Massnahmen notwendig machten, eine Einigung auf das nun vorliegende Gesetz gefunden werden.

Mit dem KVG sollte die Zielsetzung einer umfassenden, solidarisch ausgestalteten Versicherung gegen das Risiko Krankheit verwirklicht werden. Hat das KVG diese Zielsetzung erreicht? Bereits fünf Jahre nach Inkraft-Treten des KVG hat der Bund eine Wirkungsanalyse durchführen lassen. Die Expertenberichte führten zum Schluss, dass sowohl das Solidaritätsziel als auch das Versorgungsziel erreicht wurden. Das Ziel der Kostendämpfung wurde demgegenüber nicht verwirklicht. Die Reformstrategie des Bundesrates zielt daher auf diesen Aspekt. Die Kosteneindämmung soll durch eine Stärkung der Wettbewerbselemente wie die Einführung der Leistungsfinanzierung im Spital oder der Vertragsfreiheit im ambulanten Bereich erreicht werden.

Diese Einschätzung stimmt trotz vielerlei Diskussionen über Vor- und Nachteile des neuen Gesetzes mit der Wahrnehmung in der Bevölkerung überein. So wird in

Untersuchungen immer wieder festgestellt, dass die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung mit dem Schweizer Gesundheitswesen zufrieden ist. Eingeschränkt wird diese Zustimmung jeweils durch die Kritik bezüglich der Kosten. Die kritische Haltung zu den Kosten ist bezüglich der anhaltenden Prämienhöhungen verständlich. Das Gesundheitswesen darf jedoch nicht mit dem KVG gleichgesetzt werden. Der KVG-«Markt» umfasst nur rund die Hälfte der 50 Milliarden. Im internationalen Vergleich stellt dies nicht die teuerste Lösung dar, wie einer ganzen Bevölkerung der Zugang zu einer qualitativen und umfassenden Versorgung garantiert werden kann. Die Lösung einer obligatorischen Versicherung für die ganze Wohnbevölkerung, ergänzt mit Elementen eines regulierten Wettbewerbs, wurde und wird im Ausland aufmerksam beobachtet und fliesst – wie das Beispiel der Bundesrepublik Deutschland gut aufzeigt – in die ausländischen Diskussionen um Systemgestaltung und -weiterentwicklung ein.

Mit dem KVG wurden auch die Rollen der Akteure sowie die Beziehungen unter ihnen neu definiert und so das Spielfeld abgesteckt. Damit mutierte die Krankenversicherung von einem Subventionsgesetz zu einem Gesetz, welches auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einen massgeblichen Einfluss hat, dies in Abstimmung mit den kantonalen Zuständigkeiten. Auch wenn das KVG ein Sozialversicherungsgesetz ist und bleibt, so soll diesem gesundheitspolitischen Aspekt mit der Integration des Direktionsbereiches KUV in das BAG verstärkt Rechnung getragen werden.

Gesundheit ist ein Thema, welches für die Bevölkerung einen hohen Stellenwert hat und im Sorgenbarometer immer einen Spitzenplatz einnimmt. Es benötigt angesichts dieser Ausgangslage keine hellseherischen Fähigkeiten, um vorherzusagen, dass die Diskussionen um das KVG andauern werden. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass die Schweiz mit dem KVG über ein Instrumentarium verfügt, das eine Antwort auf die Sorgen der Bevölkerung enthält und nicht zuletzt der gesamten Wohnbevölkerung den Zugang zum medizinischen Fortschritt gewährleistet. Der medizinisch-technologische Fortschritt sowie der demografische und gesellschaftliche Wandel wird dieses System weiterhin vor Herausforderungen der Finanzierbarkeit stellen. Der Anspruch an uns alle muss sein, diesen mannigfaltigen Herausforderungen mit der nötigen Sachlichkeit zu begegnen. Dies gibt uns die Möglichkeit, zukunftsträgliche Lösungen zu finden, damit ein ausreichender Versicherungsschutz gegen das Risiko Krankheit beibehalten werden kann.

Pflegen, betreuen und bezahlen

Die Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen EKFF widmet ihre neue Publikation den Leistungen von Familien mit erwachsenen Kindern. Sie veröffentlichte diese Studie anlässlich des Forums Familienfragen, das am 21. Juni 2006 in Bern stattgefunden hat.

Die Diskussion über Familienpolitik konzentriert sich im Moment vor allem auf die so genannten jungen Familien. Damit ist jene Lebensphase gemeint, in der Eltern ihre Kinder pflegen, betreuen und erziehen. Dabei wird jedoch übersehen, dass Familien auch in späteren Lebensphasen Leistungen erbringen, welche für die Gesellschaft wichtig sind: zum Beispiel die Pflege von Angehörigen, die Betreuung der Enkelkinder aber auch Erbschaften und Schenkungen.

Mit diesen Leistungen und den Lebensverhältnissen von Familien in späteren Lebensphasen befasst sich die neue Publikation der EKFF. Die Studie, die im Auftrag der EKFF in Zusammenarbeit mit mehreren Autoren und Autorinnen entstanden ist, wirft verschiedene Fragen auf. 70 bis 80 Prozent der Pflegeaufgaben im Alter werden von Familienangehörigen wahrgenommen. Wie könnte diese eindrückliche Familiensolidarität besser anerkannt und unterstützt werden, damit Familien nicht an die Grenze ihrer Belastbarkeit stossen?

Im Weiteren lebt heute knapp die Hälfte der schweizerischen Wohnbevölkerung in Haushalten ohne Kinder. Ein wachsender Teil der Bevölkerung hat also kaum noch Kontakte zu Kindern oder Jugendlichen. Wie wird sich diese Entwicklung auf die gesellschaftliche Solidarität auswirken? Werden die Interessen der Familien von morgen noch ausreichende gesellschaftliche Unterstützung finden? In den Schlussfolgerungen und Empfehlungen skizziert die EKFF Antworten auf diese Fragen.

Anpassung des Umwandlungssatzes in der beruflichen Vorsorge

Der Bundesrat hat am 28. Juni 2006 die Ergebnisse der Vernehmlassung zur Anpassung des Mindestumwandlungssatzes in der beruflichen Vorsorge zur Kenntnis genommen. Gemäss seiner Entscheidung vom 16. November 2005 beauftragt er das EDI, bis November 2006 eine Botschaft auszuarbeiten, welche die Senkung des Mindestumwandlungssatzes von 6,8 % auf 6,4 % vorsieht. Da die Renditeerwartungen auf den Finanzmärkten auf lange Sicht deutlich gesunken sind, erfolgt die Senkung rascher und stärker als im Rahmen der 1. BVG-Revision bereits vorgesehen. Das Inkrafttreten der Vorlage ist für den 1.1.2008 geplant, der Senkungsprozess soll sich in vier Schritten über den Zeitraum 2008 bis 2011 erstrecken.

Der Vernehmlassungsbericht kann im Internet unter www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2006.html#EDI als pdf-Datei heruntergeladen werden.

Strukturreform in der beruflichen Vorsorge: Eröffnung der Vernehmlassung

Der Bundesrat hat am 5. Juli 2006 ein Modell zur Kantonalisierung bzw. Regionalisierung der bisher vom Bund und den Kantonen ausgeübten Direktaufsicht über die Vorsorgeeinrichtungen in die Vernehmlassung geschickt. Dieses Modell sieht vor, die Aufsicht auf Stufe der Kantone nach dem Unternehmenssitzprinzip zu organisieren und gleichzeitig die Anforderungen an die Aufsicht zu erhöhen. Die Kantone sollen sich nach Möglichkeit zu Aufsichtsregionen zusammenschliessen, wie das bereits heute in der Zentralschweiz der Fall ist.

Die Oberaufsicht soll die Koordination und Vereinheitlichung der Aufsichtsprinzipien durch die Erar-

beitung von Standards und Weisungen sicherstellen. Die Oberaufsicht wird künftig nicht mehr durch den Bundesrat, sondern von einer Oberaufsichtskommission wahrgenommen, deren Sekretariat administrativ dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) angegliedert ist. Die Kommission soll insbesondere die Systemstabilität, die Koordination zwischen Aufsicht und Oberaufsicht sicherstellen, während gleichzeitig Kompetenzkonflikte zwischen diesen beiden Ebenen vermieden werden können.

Die Vernehmlassungsvorlage für die Strukturreform in der beruflichen Vorsorge stützt sich grösstenteils auf die Schlussfolgerungen eines im März 2006 veröffentlichten Expertenberichts. Die Parameter wie Umwandlungssatz und Mindestzinssatz sind nicht in die Vernehmlassungsvorlage aufgenommen worden, weil sie Gegenstand anderer separater Projekte bilden.

Der Bundesrat schlägt in der Vorlage auch verschiedene Massnahmen zugunsten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor. Damit soll für sie der Anreiz geschaffen werden, länger erwerbstätig zu bleiben. Vorgeschlagen werden folgende Massnahmen: Möglichkeit der Fortführung der Versicherung hinsichtlich des BVG-Lohns bei einer Arbeitszeitreduktion, Anrechnung der Altersgutschriften für erwerbstätige Rentnerinnen und Rentner ab dem 65. Altersjahr (zusätzliche Beiträge für Versicherte mit Vorsorgelücken) und Weiterführung der individuellen Vorsorge (Säule 3a) nach 65.

Unterschiede in der medizinischen Versorgungsstruktur

Die Eidgenössische Kommission für Grundsatzfragen der Krankenversicherung (EGK) hat zwei Studien zur impliziten Rationierung in Auftrag gegeben. Diese kommen zum Schluss, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz hoch stehend ist, zwischen einzelnen Kantonen und Regionen aber Unterschiede im Zugang zur Versorgung bestehen. Aus diesen Unterschieden allein lässt sich gemäss EGK nicht auf implizite Rationierung schliessen. Jedoch müsse ein Augenmerk auf besondere Risikogruppen gelegt werden.

Die eine Studie «Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patients' and Nurses' Outcomes» wurde am Institute for Nursing Science der Universität Basel verfasst. Die zweite Studie «Is there evidence of implicit rationing in the Swiss health care system?» wurde am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne erarbeitet. Beide Arbeiten versuchen mit unterschiedlichen Ansätzen allfälligen Hinweisen auf implizite Rationierung auf die Spur zu kommen.

Die Basler Studie geht der Frage nach, ob notwendige pflegerische Massnahmen auf Grund fehlender Ressourcen im Pflgeteam unterlassen wurden. Sie untersucht ausserdem die Arbeitsbedingungen und stellt die Resultate in einen internationalen Vergleich.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen (Fehler bei Medikamentenabgabe, Stürze, kritische Zwischenfälle, Patientenzufriedenheit) in den Spitälern mit den vorhandenen pflegerischen Ressourcen und der allgemeinen Arbeitsplatzzufriedenheit übereinstimmen. Zwischen einzelnen Spitälern finden sich beträchtliche Unterschiede nicht nur in der Zufriedenheit des

Pflegepersonals, sondern auch in der Häufigkeit der verhinderbaren erfassten Fehler. Bezogen auf die Qualität der Leistung und den Arbeitsbedingungen steht die Schweiz im internationalen Vergleich relativ gut da.

Die Lausanner Studie versucht, von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen (Ärzte und Spitalverwalter) sowie aus Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung herauszufinden, inwieweit notwendige Behandlungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Die Studie findet deutliche kantonale und regionale Unterschiede im Zugang zu notwendigen Leistungen. Besonders deutlich werden diese Unterschiede in Bezug auf den Zugang zu psychiatrischen Diensten. Aber es werden auch Risikogruppen genannt, deren Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen gefährdet scheint. Dazu gehören ältere Personen, geistig Behinderte, psychisch Kranke und sozial Benachteiligte.

Für die EGK zeigen die Studien, dass in der Schweiz insbesondere regionale Unterschiede in der Qualität und der Verfügbarkeit von medizinischen Leistungen vorhanden sind. Dies gilt auch für den Zugang zu diesen Leistungen. Aus diesen Unterschieden allein lässt sich noch nicht der Schluss ziehen, das Phänomen der impliziten Rationierung sei in der Schweiz weit verbreitet. Die EGK stellt jedoch einen Handlungsbedarf fest in der Schaffung von mehr Transparenz über den Zugang zur medizinischen Versorgung und über allfällige Hindernisse dazu.

Höheres Risiko sozialer Isolation bei ohnehin bereits benachteiligten Bevölkerungsgruppen

Die soziale Isolation betrifft vorwiegend jene Bevölkerungsgruppen, die schon verschiedenen anderen sozialen Risiken ausgesetzt sind – insbesondere Armut und Arbeits-

losigkeit. Besonders stark wirkt sie sich aus bei Menschen mit schlechter Gesundheit, bei ausländischen Staatsangehörigen oder bei Menschen, die nach der obligatorischen Schulzeit keine höhere Schulbildung genossen haben, sowie bei älteren Menschen und solchen mit niedrigem Einkommen. Dies geht aus einer soeben erschienenen Studie des Bundesamtes für Statistik (BFS) über die Determinanten sozialer Isolation hervor.

Beschleunigte Alterung der Bevölkerung in den kommenden 30 Jahren

Gemäss dem neuen Referenzszenario des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird sich die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz von 7,4 Millionen Anfang 2005 auf 8,2 Millionen im Jahr 2036 erhöhen und dann leicht auf 8,1 Millionen im Jahr 2050 sinken. In derselben Zeitspanne wird die Zahl der über 64-Jährigen um über 90 % zunehmen, während die Zahl der 20- bis 64-Jährigen um 4 % und die Zahl der 0- bis 19-Jährigen um 15 % sinken wird. Die Erwerbsbevölkerung wird von 4,2 Millionen Anfang 2005 auf 4,5 Millionen im Jahr 2018 steigen, um dann bis Ende 2050 auf einen Stand von 4,1 Millionen zu sinken. Dies sind die Ergebnisse einer neuen Reihe von Szenarien, die das BFS zur Entwicklung der Wohnbevölkerung und der Erwerbsbevölkerung der Schweiz von 2005 bis 2050 erarbeitet hat.

Wesentliche Neuerungen mit vielen positiven Auswirkungen



Foto: Christoph Wider

Rückblick und Ausblick: Am 1. Januar 1996 ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) in Kraft getreten. Das neue Recht brachte grundlegende Verbesserungen: die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die gesamte Bevölkerung der Schweiz, das Wechseln der Krankenkasse, Insolvenzfonds der Gemeinsamen Einrichtung KVG, Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten, gleiche Leistungen für alle – um nur einige Neuerungen zu erwähnen. Allen positiven Veränderungen zum Trotz – ein Wermutstropfen bleibt: Die Instrumente sind zu wenig griffig, um die Kosten in den Griff zu bekommen.

Was hat das KVG an Neuem und an Veränderungen gebracht?

Das am 1. Januar 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)¹ brachte gegenüber dem bisherigen Recht (KUVG), das aus der Zeit des frühen 20. Jahrhunderts stammte und nur einmal, im Jahre 1964, eine grössere Korrektur erfuhr, wesentliche Neuerungen mit vielen positiven Auswirkungen. Wenn heute in der Öffentlichkeit vor allem die negativen Aspekte hervorgehoben werden, darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass mit dem neuen Recht grundlegende Verbesserungen in das Krankenversicherungssystem eingebracht wurden, die heute nicht mehr wegzudenken sind.



Theodor Laubscher
Kranken- und Unfallversicherung, BAG

Rückblick auf die Zeiten vor dem KVG

Das alte KUVG, das vorerst sowohl die Kranken- als auch die Unfallversicherung regelte, wurde von den Eidgenössischen Räten am 13. Juni 1911 verabschiedet und trat gestaffelt in den Jahren 1913 und 1914 in Kraft. Im Jahre 1964 erfuhr dieses Gesetz für den Bereich der Krankenversicherung grundlegende Änderungen und im Jahre 1984 wurde der Unfallversicherungsteil durch das neue Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG)² abgelöst.

Schon kurz nach der Revision im Jahre 1964 wurde grösserer Neuerungsbedarf im Krankenversicherungs-

system festgestellt. Mehrere Anläufe scheiterten aber zum Teil bereits im Parlament, zum Teil aber auch erst in einer Volksabstimmung. Weil sich die Kosten- und Prämienspirale unaufhaltsam nach oben drehte und die Entsolidarisierung zwischen sogenannten guten und schlechten Risiken bedrohlich entwickelte, wurde in den frühen 90er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts Dringlichkeitsrecht verabschiedet, das einerseits gegen die sich anzeigende Entsolidarisierung³ und andererseits gegen die Kostensteigerung⁴ ausgerichtet war. Im Rahmen dieses bis zum Inkrafttreten des KVG gültigen Dringlichkeitsrechts wurden bereits einige Anliegen der Revision, die dann zum KVG führte, vorweggenommen. Dies gilt namentlich für die Prämiengleichheit in der Krankenpflegeversicherung zwischen Mann und Frau, die individuelle Prämienverbilligung und den Risikoausgleich zwischen den Krankenversicherern. Ferner wurden die Entsolidarisierung und die Risiko-selektion durch die Unterbindung der Gründung von neuen Krankenkassen und der Ausdehnung des Tätigkeitsgebietes der bestehenden Krankenkassen eingedämmt. Der Kosten- und Prämienspirale wurde durch Massnahmen im Bereich der Medizinaltarife und der Verwaltungskosten der Krankenversicherer Einhalt geboten. Auch im Leistungsbereich wurden gewisse Änderungen vorgenommen, die zum Teil bereits dem neuen Recht entsprachen.

Inhalte der Neuerungen und Änderungen nach KVG

Versicherungsobligatorium

Im Vordergrund der Neuregelung des Krankenversicherungsrechts stand die Einführung des Obligatoriums im Bereich der Krankenpflegeversicherung, das von wenigen Ausnahmen für die gesamte Bevölkerung der Schweiz gilt. Schon vor dem KVG gab es einige Kantone, die für sämtliche EinwohnerInnen oder nur einen Teil davon ein Versicherungsobligatorium kannten, und auch die Versicherungsdeckung der gesamten schweizerischen Bevölkerung war schon vor dem KVG nahezu Tatsache. Mit dem Obligatorium wurde aber nicht nur die Gewähr einer flächendeckenden Krankenpflegeversicherung in der Schweiz angestrebt, sondern weitere elementare Anliegen verwirklicht. Mit dem Versicherungsobligatorium wurde ein Ausschluss aus der Krankenpflegeversicherung infolge Nichtbe-

1 SR 832.10

2 SR 832.20

3 Bundesbeschluss vom 13. Dezember 1991 über befristete Massnahmen gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung

4 Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1992 über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung

zahlens von Prämien und/oder Kostenbeteiligungen sowie aus anderen schwer wiegenden Gründen verunmöglicht. Solche Ausschlüsse waren unter dem alten Recht zwar nicht sehr häufig, aber einschneidend für die Betroffenen und auch die Sozialhilfebehörden. Mit der neuen Regelung wird ferner bei Auflösung einer Krankenkasse die Weiterführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bei einem anderen Krankenversicherer gewährleistet und die früher möglichen Alterslimiten für einen Beitritt wurden abgeschafft. Auch die Prämienbemessung nach Eintrittsalter ist weggefallen, was vor allem bei Fusionen von Krankenkassen nicht mehr zu einer Umstufung in eine höhere Prämienstufe führen kann. Auch die unter dem KUVG verbreitete Kollektivversicherung wurde für den Bereich der OKP abgeschafft. Die zumeist auf Erwerbstätige ausgerichtete Kollektivversicherung stellte für die dort Versicherten infolge der in der Regel viel tieferen Prämien eine klare Privilegierung dar, die in einem Versicherungsobligatorium keine Rechtfertigung mehr fand.

Umfassende Freizügigkeit

Die Krankenkassen sind verpflichtet, alle dem Obligatorium unterstehenden Personen unabhängig vom Alter und Gesundheitszustand sowie ohne Versicherungsvorbehalt in die OKP aufzunehmen. Will eine bereits versicherte Person die Krankenkasse wechseln, so kann sie dies für den Bereich der OKP unter den vorgegebenen Kündigungsregeln grundsätzlich problemlos tun. Wird ein gewünschter Kassenwechsel behindert, so gibt es im KVG Schutzvorkehrungen, indem die fehlbaren Krankenkassen zu Schadenersatz verpflichtet sind. Wogegen sich die beitragsersuchenden Personen allerdings schwerlich wehren können, das sind Risiko- oder auch andere Selektionsstrategien der Versicherer, die nicht direkt als Abweisung eines Gesuchs oder Verzögerung bei dessen Behandlung betrachtet werden können. So kann es geschehen, dass Aufnahmesuchende schon vor der eigentlichen Beitrittserklärung aufgeben und eventuell zu einem anderen Versicherer wechseln oder das bestehende Versicherungsverhältnis aufrechterhalten. Stellt aber eine beitragswillige versicherungspflichtige Person ein formelles Beitrittsgesuch, das aus beweistechnischen Gründen möglichst eingeschrieben (LSI) erfolgen soll, so hat sie der ersuchte Versicherer bedingungslos in die OKP aufzunehmen.

Übernahme der Kosten für die gesetzlichen Leistungen anstelle von zahlungsunfähigen Versicherern durch die Gemeinsame Einrichtung KVG

Seit der Einführung des KVG sind die Versicherten und auch die Leistungserbringer bei Insolvenz einer Krankenkasse nicht mehr gefährdet, dass die Kosten

für die Leistungen nach KVG nicht übernommen werden. Die Gemeinsame Einrichtung KVG übernimmt diese Kosten und hat hierfür einen speziellen Insolvenzfonds gebildet. Bereits in drei Fällen (Insolvenz der Krankenkassen Zurzach, KBV und Accorda) hat sich diese Neuerung bewährt.

Gesundheitsförderung

Die Versicherer wurden mit dem KVG zur Förderung der Verhütung von Krankheiten verpflichtet. Hiezu betreiben sie gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Diese Aufgabe nimmt die Gesundheitsförderung Schweiz (ehemals Stiftung für Gesundheitsförderung) wahr. Finanziert wird sie über jährliche Beiträge, welche die Krankenkassen von jeder obligatorisch versicherten Person zu erheben haben. Dieser Beitrag belief sich bisher auf Fr. 2.40.

Gleiche Leistungen für alle

Ein zentrales Element der KVG-Regelung ist der einheitliche und für alle Beteiligten verbindliche Leistungskatalog in der Grundversicherung. Zwar werden die ärztlichen Leistungen nicht in einem Positivkatalog aufgelistet. Es gilt aber der Grundsatz, dass alle Leistungen, die wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind und von zugelassenen Leistungserbringern erbracht und nötigenfalls von Ärzten verordnet werden, von der OKP zu übernehmen sind. Detailliert werden die Voraussetzungen für die Kostenübernahme in den Ausführungsbestimmungen, namentlich in der Leistungsverordnung des Eidgenössischen Departementes des Innern (EDI)⁵ und verschiedenen Positivlisten festgelegt. Im Gegensatz zum alten Recht, das Mindestleistungen vorschrieb und den Krankenkassen freistellte, welche Leistungen sie darüber hinaus in der Grundversicherung anbieten wollten, schreibt das KVG vor, dass die Versicherer im Rahmen der OKP keine anderen Kosten als diejenigen für die im KVG umschriebenen Leistungen übernehmen dürfen. Die Kostenübernahme von weiter gehenden Leistungen ist daher den Zusatzversicherungen überlassen.

Weil die Leistungen der Grundversicherung eine qualitativ hoch stehende und umfassende medizinische Versorgung bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft sicherstellen, wird mit den gleichen Leistungen für alle Versicherten deren Gleichbehandlung gewährleistet und eine Zweiklassenmedizin verhindert. Als deutliche Verbesserung im Leistungsbereich nach KVG im Vergleich zu den Mindestleistungen nach KUVG hervorzuheben ist die Kostenübernahme bei Aufenthalt in ei-

⁵ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (SR 832.112.31)

nem Spital oder in einem Pflegeheim sowie im Bereich der spitalexternen Krankenpflege (Spitex). Während das alte Recht bei stationärer Behandlung nur einen zeitlich (720 Tage) und für die Pflege auch betraglich begrenzten Beitrag (Fr. 9.– pro Tag) vorschrieb und bei Spitex nur die eigentliche Behandlungspflege zu übernehmen war, werden diese Leistungen nun zeitlich unbegrenzt erbracht, und bei Spitalaufenthalt ist im Rahmen der allgemeinen Abteilung eine Volldeckung inklusive Aufenthaltskosten vorgesehen. Für den Aufenthalt in einem Pflegeheim und für Spitex ist auch die Übernahme der Kosten für die Massnahmen der Grundpflege vorgeschrieben.

Tarifschutz

Während im System des KUVG kein umfassender Tarifschutz bestand, müssen sich die Leistungserbringer gemäss KVG an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für die Leistungen nach dem KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Ausgenommen davon sind lediglich die Mittel und Gegenstände, für die in der entsprechenden Liste Höchstvergütungssätze festgelegt wurden, sowie jene Leistungen, für die nur ein Beitrag zu entrichten ist (Badekuren, Transport- und Rettungskosten). Der Tarifschutz bedeutet, dass die Leistungserbringer nicht berechtigt sind, Privat- oder Zusatzhonorare zu verlangen. Vorbehalten sind Abgeltungen für zusätzliche, über das KVG hinausgehende Leistungen. Dies gilt grundsätzlich auch für den stationären Bereich. Weil die Spitäler für Behandlungen in der halbprivaten und privaten Abteilung für die medizinische Versorgung häufig Einzelleistungstarife, in der allgemeinen Abteilung aber Pauschalen in Rechnung stellen, ist der Tarifschutz bei Halbprivat- und Privatpatienten nicht einfach durchzusetzen.

Wettbewerb unter den Versicherern und Leistungserbringern einerseits und staatliche Regulierungs- und Planungskompetenzen andererseits

Mit dem KVG sollte der Wettbewerb unter den Krankenkassen und den Leistungserbringern trotz des Versicherungsobligatoriums und des einheitlich definierten Leistungsumfangs gefördert werden. Der Gesetzgeber schaffte unter anderem auch zu diesem Zweck eine Rechtsgrundlage auf Gesetzesebene für die von den Krankenkassen zum Teil schon unter dem KUVG angebotenen besonderen Versicherungsformen mit wählbaren Franchisen, Bonusversicherung und eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer. Die Kran-

kenkassen konnten damit in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung prämiengünstigere und damit attraktive Versicherungsmodelle anbieten. Diese Möglichkeit wurde von den meisten Krankenkassen auch wahrgenommen, indem sie ihr Versicherungsangebot ausbauten. So zeigte sich schon bald, dass sich vor allem für den Bereich der höheren Franchisen bei den Versicherten ein grosses Interesse abzeichnete. Ab dem Jahre 2003 war der Anteil der Versicherten mit einem besonderen Versicherungsmodell grösser als jener der übrigen Versicherten. Allerdings wurde von der Möglichkeit, die Wahl der Leistungserbringer einzuschränken, nur in bescheidenem Ausmass Gebrauch gemacht (2004: 10,1%) und die Bonusversicherung wählte nur ein verschwindend kleiner Teil (0,1%) der Versicherten. Weil die Attraktivität vor allem von Managed Care-Modellen weiter gefördert werden soll, schlägt der Bundesrat in seiner Managed Care-Botschaft vom 15. September 2004⁶ verschiedene Neuerungen und Ergänzungen im KVG für diesen Bereich vor.

Auch für den Bereich der Tarife und Preise für die medizinischen Leistungen sind schon heute Wettbewerbselemente vorgesehen. Im Vordergrund stehen vertragliche Regelungen. Damit wird zwar nicht elementar vom System nach KUVG abgewichen, denn auch schon im alten System bestimmten vertragliche Regelungen die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Neu ist vor allem, dass Sondervertragsverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern, die Verpflichtung von Verbandsmitgliedern auf bestehende Verbandsverträge, die Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern und Exklusivitäts- und Meistbegünstigungsklauseln als unzulässig und ungültig erklärt wurden. Damit hätten die Krankenkassen an sich die Möglichkeit, mit von ihnen ausgesuchten Leistungserbringern Sonderverträge abzuschliessen, die keinen Anspruch auf Beitritt aller Leistungserbringer der betreffenden Branche einräumen würde. Insofern besteht schon nach dem geltenden Recht Vertragsfreiheit. Nur sind die Anreize für solche Sonderverträge zumindest ausserhalb von Managed Care-Modellen praktisch nicht vorhanden, weshalb davon kein nennenswerter Gebrauch gemacht wurde. Die ein Beitrittsrecht aller Leistungserbringer garantierenden Verbandsverträge bestimmen daher heute das Tarifwesen im ambulanten Bereich. Das führte dazu, dass der Bundesrat gemäss seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 über die Vertragsfreiheit⁷ neu als Voraussetzung für die Zulassung eines Leistungserbringers, der im ambulanten Bereich tätig ist, auch den Abschluss eines Zulassungsvertrags mit einem oder mehreren Versicherern vorschreibt. Die Behandlung dieser Botschaft durch die Eidgenössischen Räte ist noch ausstehend.

In einem Sozialversicherungssystem mit Versicherungsobligatorium sind gewisse Planungselemente

6 Botschaft vom 15. September 2004 betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) BBl 2004 5579

7 Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit) BBl 2004 4293

nicht wegzudenken. Die Kantone wurden allerdings bereits vor der Einführung des Versicherungsobligatoriums über dringliches Bundesrecht zur Planung verpflichtet. Die heutige Spitalplanung und die verbindlichen Spital- und Pflegeheimlisten sind jedoch Ausfluss des KVG-Systems. Sie bilden einen wesentlichen Eckpfeiler der für die OKP so elementaren Eindämmung der Kostensteigerung und der Durchsetzung der Wirtschaftlichkeit der stationären Behandlung. Das Planungselement in der OKP wird weiter entwickelt und ist vor allem im Bereich der Spitzenmedizin auf interkantonalen oder gar Bundes-Niveau zu bringen. Im Rahmen der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)⁸ ist denn auch vorgesehen, dass die Bundesversammlung auf Antrag von mindestens 18 Kantonen in Form eines dem Referendum unterstehenden Bundesbeschlusses einen interkantonalen Vertrag im Bereich der Spitzenmedizin und Spezialkliniken für allgemein verbindlich erklären und die Kantone zur Beteiligung an einem Vertrag verpflichten kann.

Individuelle Prämienverbilligung

Nach dem alten Recht gewährte der Bund den Krankenkassen in der Krankenpflegeversicherung Kopfbeiträge, die für Männer, Frauen und für Kinder unterschiedlich hoch waren. Ferner erhielten die Krankenkassen für bestimmte Leistungen zusätzliche Beiträge. Mit dem Dringlichkeitsrecht vor dem Inkrafttreten des KVG wurde erstmals auch eine Rechtsgrundlage für die Gewährung von individuellen Prämienverbilligungsbeiträgen für Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen geschaffen. Der Bund stellte hierfür den Kantonen einen jährlichen Beitrag von 100 Mio. Franken zur Verfügung. Das KVG stellte in der Folge ganz von der Giesskannensubventionierung an die Krankenkassen auf die individuelle Prämienverbilligung um. Die Kantone wurden verpflichtet, den Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen zu bezahlen. Für das Jahr 2007 stellt der Bund hierfür 2658 Mio. Franken zur Verfügung. Die Kantone haben den Bundesbeitrag mit eigenen Mitteln von insgesamt 1329 Mio. Franken zu ergänzen, was einen Gesamtbetrag der für die Prämienverbilligung im Jahre 2007 zur Verfügung stehenden Mittel von 3987 Mio. Franken ergibt (für die Verteilung auf die einzelnen Kantone siehe BBl 2006 4080). Das System ist so aufgebaut, dass die vom Bund für die Prämienverbilligung vorgesehenen Gelder nach der Bevölkerungszahl und nach der Finanzkraft (zwischen 1997 und 2001 auch nach der Prämienhöhe) auf die Kantone verteilt werden.

Im Jahr 2004⁹ wurden im Durchschnitt pro Bezügerin oder Bezüger 1342 Franken an Prämienverbilligungen ausgerichtet; pro Monat ergibt dies einen Betrag von

111 Franken, wobei die Schwankungen nach Kanton sehr massiv ausfallen. Diese Grössen können ins Verhältnis gesetzt werden mit dem gemäss der Betriebsrechnung der OKP ausgewiesenen Prämien Soll pro versicherte Person von 2430 Franken pro Jahr oder von 202 Franken pro Monat. Die Kantone ihrerseits müssen einen Komplementärbeitrag im Umfang von insgesamt 50 % des Bundesbeitrags leisten, wenn sie den Beitrag des Bundes ausschöpfen wollen (1996: 35 %; 1997: 40 %; 1998: 45 %; ab 1999: 50 %). Das KVG sieht für die Kantone einerseits die Möglichkeit vor, ihren Beitrag um maximal 50 % zu kürzen, wenn die Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen trotzdem sichergestellt ist; der Beitrag des Bundes an diese Kantone wird dann allerdings im gleichen Verhältnis gekürzt. Von dieser Möglichkeit machten 2004 insgesamt 15 Kantone Gebrauch (dieselben wie im Vorjahr), sodass das tatsächliche Subventionsbudget mit 3025 Mio. Franken um 14,1 % niedriger ausfiel als das ursprüngliche Subventionsziel von 3523 Mio. Franken. Die im Jahr 2004 insgesamt tatsächlich ausgerichteten Prämienverbilligungen beliefen sich (inklusive Nachzahlungen für Ansprüche aus den Vorjahren im Betrage von 74 Mio. Franken) auf 3170 Mio. Franken. Die gesamtschweizerische Bezügerquote betrug im Jahre 2004 31,7 Prozent, was rund 40 Prozent der Haushalte entspricht.

Die Umstellung von der Kassensubventionierung auf die individuelle Prämienverbilligung hatte in den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten des KVG einen Prämien Schub von durchschnittlich rund 17 Prozent zur Folge, was all diejenigen Versicherten zu spüren bekamen, die keine Prämienverbilligung erhielten. Das soziale Korrektiv zur so genannten Kopfprämie hat sich aber bewährt und wurde mit einer Gesetzesrevision vom 18. März 2005 für Familien mit Kindern noch etwas ausgebaut. Für untere und mittlere Einkommen verbilligen die Kantone neu (spätestens ab dem 1. Januar 2007) die Prämien von Kindern und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent. Damit können auch Familien des Mittelstandes mit Kindern etwas entlastet werden.

Risikoausgleich unter den Krankenversicherern

Ebenfalls mit dem dringlichen Bundesrecht schon vor dem Inkrafttreten des KVG, im Jahre 1993, wurde ein Risikoausgleich unter den Krankenversicherern eingeführt als Instrument, welches der Risikoselektion durch die Versicherer und damit der Entsolidarisierung zwi-

8 Bundesbeschluss vom 3. Oktober 2003 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) BBl 2003 6591 und Bundesgesetz vom 3. Oktober 2003 über den Finanz- und Lastenausgleich (FiLaG) SR 613.2

9 vgl. vom Bundesamt für Gesundheit herausgegebene Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, S. 28-30

schen den Versicherten entgegenwirken sollte. Das KVG regelt den Risikoausgleich in einer Übergangsbestimmung mit einer Befristung von zehn Jahren; dies um einen Ausgleich zu schaffen zwischen jenen Versicherern, deren Versichertenbestand ein hohes Krankheitsrisiko aufweist, und den Versicherern, für deren Versicherte ein geringes Krankheitsrisiko besteht. Er wurde vorerst auf die Kriterien Alter und Geschlecht beschränkt. Die Erwartung, dass sich die Unterschiede zwischen den Versicherern bezüglich Alter und Geschlecht ihrer Versicherten durch die Freizügigkeit allmählich verringern, hat sich in der Folge nicht erfüllt. Die Ausgleichssumme zwischen den Versicherern ist während den letzten Jahren im Gegenteil stetig gewachsen. Während im Jahr 1996 530 Mio. Franken zwischen den Versicherern umverteilt wurden, waren es im Jahr 2004 insgesamt 1103 Mio. Franken. Dabei hat das Umverteilungsvolumen seit 1996 von Jahr zu Jahr um durchschnittlich 10 % zugenommen. Die Zunahme des Umverteilungsvolumens ist im Wesentlichen auf Strukturverschiebungen bei den Krankenkassen, aber auch auf die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zurückzuführen.

Der Risikoausgleich wird durch die Gemeinsame Einrichtung KVG durchgeführt.

Eine Mehrheit der Fachwelt hält den Risikoausgleich für erforderlich, insbesondere weil in einem System der vollen Freizügigkeit, der Einheitsprämie, des Wettbewerbs verschiedener Versicherer und der gesetzlichen Leistungen vor allem diejenigen Versicherer auf dem Markt einen Vorteil haben, welche über eine gute Risikostruktur verfügen. Das Parlament hat denn auch der Verlängerung des Risikoausgleichs um fünf Jahre (bis Ende 2010) im Oktober 2004 zugestimmt, ohne jedoch die Ausgleichskriterien auszuweiten oder abzuändern. Gleichzeitig wurde der Bundesrat mit einem Postulat aufgefordert, die Funktion des Risikoausgleichs zu analysieren und neue Varianten zu dessen Berechnung zu prüfen.

Im Rahmen der Behandlung der Spitalfinanzierungsvorlage in der ständerätlichen Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit wurde das Anliegen einer definitiven Einführung mit gleichzeitiger Verfeinerung des Risikoausgleichs aufgenommen. Die Kommission unterbreitete dem Ständerat einen Vorschlag, der ergänzend zu den Kriterien Alter und Geschlecht die gesetzliche Verankerung eines weiteren Kriteriums, die «Folgekosten nach einem Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim» vorsieht. Ein anderes Kriterium betreffend die Diagnosen, die ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen, wird als Kann-Formulierung in die Kompetenz des Bundesrates gestellt. Der Kommissionsvorschlag wurde vom Ständerat an der Sitzung

vom 8. März 2006 angenommen und befindet sich zur Zeit in der nationalrätlichen Kommission in Beratung.

Vollständige Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das private Versicherungsvertragsrecht

Unter dem KUVG galten auch für den Bereich der Zusatzversicherungen die sozialversicherungsrechtlichen Grundsätze. Die Krankenkassen waren zwar im Vergleich zur Krankenpflegeversicherung freier bei der Ausgestaltung der Beitrittsberechtigungen und der Prämientarife. Der Zugang zu den Zusatzversicherungen wurde aber für kranke Personen nicht gleichermassen erschwert und die Finanzierung erfolgte in der Regel über das Umlageverfahren. Mit der klaren Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung und der Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das Versicherungsvertragsrecht wollte der Gesetzgeber einerseits die umfassende Gewährleistung einer qualitativ hoch stehenden und umfassenden gesundheitlichen Versorgung durch die obligatorische Krankenversicherung mit einem für alle Versicherer verbindlichen klar definierten Leistungsumfang betonen. Andererseits erhielten die Versicherer im Bereiche der Zusatzversicherung grössere Freiheiten, was sich wettbewerbsfördernd auswirken sollte. Zwar sahen die Übergangsregelungen im KVG eine Besitzstandsklausel vor, die eine vorbehaltlose Weiterführung des bisherigen Versicherungsumfanges gewährleistete; dieser Besitzstand bezog sich aber nicht auf die Prämienhöhe. Dies hatte zur Folge, dass einige Krankenkassen in der Zeit nach dem Übergangsjahr (1996), also ab 1997, ihre Prämienstruktur auf das effektive Alter ausrichteten, was bei älteren Versicherten zum Teil massive Prämienhöhungen, vor allem in den Spitalzusatzversicherungen, bewirkte. Es kam vor, dass diese Prämienhöhungen in den Anfangsjahren bis zu 250 Prozent betragen.

Im Übergangsrecht wurde zwar festgehalten, dass die unter früherem Recht zurückgelegten Versicherungszeiten bei der Festsetzung der Prämien angerechnet werden. In einem Bundesgerichtsentscheid vom 7. Mai 1998¹⁰ wurde aber die Auffassung einer Krankenkasse bestätigt, dass die Übergangsbestimmung nicht anwendbar sei, wenn der Prämientarif unter dem neuen Recht nicht mehr auf das Eintrittsalter, sondern auf das Effektivalter (Lebensalter) abstellt. Diese Entwicklung führte verständlicherweise zu Protesten bei betroffenen Personen und zu verbreiteter öffentlicher Kritik sowie zu parlamentarischen Vorstössen. Auch der Bundesrat sah Handlungsbedarf und beauftragte mit Beschluss vom 1. Juli 1998 eine Arbeitsgruppe, ihm Bericht zu erstatten. In der Folge wurde aber von kurzfristigen gesetzgeberischen Massnahmen abgesehen. Einerseits wurden die exzessivsten Auswirkungen von den Versicherern zum Teil selbst etwas entschärft und andererseits wurde mit einem Entscheid des Eidgenössischen

10 BGE 124 III 229 ff.

Versicherungsgerichts (EVG) vom 30. November 2001¹¹ zur Beitragspflicht des Kantons bei innerkantonalem Spitalaufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung die Kostenseite bei den Halbprivat- und Privatversicherungen deutlich entlastet. Das EVG hielt fest, dass sich die Kantone auch bei innerkantonalem Spitalaufenthalt an den Kosten der stationären Behandlung von Privat- und Halbprivatpatienten in öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern zu beteiligen haben. Mit dringlichem Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen nach dem KVG¹² wurde die Belastung der Kantone und die Entlastung der Zusatzversicherungen etwas eingegrenzt. Die Prämienwirksamkeit bei den Zusatzversicherungen infolge der Kostenübernahme durch die Kantone wurde dadurch aber nicht wesentlich beeinträchtigt.

Die hohen Prämien in den Spitalzusatzversicherungen hatten vor allem bei älteren Versicherten zu vermehrten Kündigungen geführt. Ein Einbruch beim Versichertenbestand war allerdings nicht zu verzeichnen. Die Unterstellung der Zusatzversicherungen unter das Versicherungsvertragsrecht führte aber zu einem anderen Phänomen. Die meisten grossen Krankenkassen und zum Teil auch die kleineren übertrugen ihre Zusatzversicherungen auf eine in ihrem Umfeld neu gegründete private Versicherungsgesellschaft. Unter anderem hatte auch dies zur Folge, dass sich vermehrt Gruppierungen oder Konzerne mit grösseren und kleineren Krankenkassen einerseits und einer Zusatzversicherungsgesellschaft sowie zum Teil auch einer Dienstleistungs- oder anderen Gesellschaften bildeten. In diese Gebilde wurden später auch neu gegründete Krankenkassen aufgenommen. Diese Entwicklung wurde von der Aufsichtsbehörde von Anfang an genau und mit Skepsis beobachtet und den ersten im Rahmen eines Konzerns neugegründeten Krankenkassen wurde vom EDI die Anerkennung verweigert; dies nicht zuletzt wegen der erhöhten Gefahr von Risikoselektion durch den Konzern. Auf Verwaltungsgerichtsbeschwerde hin hat das EVG aber befunden, dass die in der Verfügung aufgeführten Gründe eine Verweigerung der Anerkennung nicht zu rechtfertigen vermöchten, weshalb die Anerkennung und auch die Bewilligung zur Durchführung der sozialen Krankenversicherung erteilt werden musste¹³. In der Folge stellten weitere Krankenkassen im Umfeld von Konzernen Gesuche um Anerkennung. Diese Entwicklung ist auch heute noch aktuell.

Schlussbemerkung

Das KVG brachte gegenüber der alten Regelung der Krankenversicherung grundlegende Veränderungen und vor allem auch Verbesserungen. Einige dieser Veränderungen wurden bereits im Vorfeld des KVG durch dringliches Bundesrecht oder über Verordnungsrecht eingeführt. In der öffentlichen Diskussion gehen die positiven Aspekte der KVG-Regelung oft unter und werden von der Kosten- und Prämienentwicklung überschattet. Wenn die Kostensteigerung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung grundsätzlich nichts mit der Umstellung vom alten auf das neue System zu tun hat, so ist doch festzuhalten, dass sich der Gesetzgeber zumindest mittelfristig von der neuen Regelung eine kostendämpfende Wirkung versprach. Dies wurde sowohl in der Botschaft des Bundesrates vom 6. November 1991 als auch anlässlich der Beratungen im Parlament betont. Wenn diese Erwartungen nicht erfüllt worden sind, so ist dies auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Einerseits sind die vom KVG zur Kostendämpfung vorgesehenen Instrumente zu wenig griffig und andererseits können kostendämpfende Massnahmen der Behörden von den Leistungserbringern zum Teil zu leicht umgangen werden. Es gilt daher, die rechtlichen Grundlagen zu optimieren. Wie schwierig dies ist, zeigen die Beratungen der zurzeit bei den Eidgenössischen Räten hängigen Revisionsvorlagen. Die Kostenentwicklung im Bereiche der Krankenpflegeversicherung war schon vor dem KVG dominierendes Thema. Damals war allerdings das Niveau der Kosten und vor allem der Prämien viel tiefer, nicht aber deren Anstieg.

Theodor Laubscher, lic. iur., Sektionsleiter Aufsicht Krankenversicherung 2, Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit. E-Mail: theodor.laubscher@bag.admin.ch

11 BGE 127 V 422 ff.

12 SR 832.14

13 BGE 128 V 272 ff.

Was, wenn das KVG in der Volksabstimmung von 1994 gescheitert wäre?

Was wäre geschehen, wenn das Krankenversicherungsgesetz am 4. Dezember 1994 vom Volk abgelehnt worden wäre? Karl Valentin soll einmal gesagt haben, Prognosen seien sehr schwer zu stellen, vor allem solche zur Zukunft. Dem kann man hier beifügen, dass Prognosen zur Vergangenheit ebenso schwierig sind. Das KVG ist äusserst knapp, nämlich mit einer Mehrheit von nur 70'000 Stimmen (bei rund 2 Mio. Stimmenden) angenommen worden. Eine Ablehnung lag also durchaus drin. Viele haben auch fest damit gerechnet. Eine Ablehnung des Gesetzes wäre, dies darf mit grosser Sicherheit angenommen werden, ebenso knapp ausgefallen. Mit anderen Worten: Eine Interpretation des Abstimmungsergebnisses wäre sehr schwierig gewesen und als Folge davon hätte wahrscheinlich grosse Ratlosigkeit geherrscht, sicher aber kein Konsens zum weiteren Vorgehen.



Markus Moser
Ehemaliger Vizedirektor BSV

Nachdem im Jahr 1974 zunächst der grosse Schritt für eine Neuordnung der Krankenversicherung (obligatorische Grosse-Risikoversicherung mit Lohnprozents) und anschliessend im Jahr 1987 auch die Politik der kleinen Schritte (Teilrevision der freiwilligen Krankenversicherung und Mutterschaftsversicherung) gescheitert waren, wäre nach dem erneuten Scheitern eines grossen Schrittes (obligatorische Krankenversicherung mit einheitlichem Leistungsumfang, Kopfprämien und individuelle Prämienverbilligung) wahrscheinlich vorerst wieder eine Politik der kleinen Schritte eingeleitet worden. Das Grundszenario dafür war bereits vorhanden,

nämlich in Form des Bundesbeschlusses gegen die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung und des Bundesbeschlusses gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung.

In den Titeln der beiden Beschlüsse sind die Grundprobleme erwähnt, welche damals die Diskussion über die Krankenversicherung beherrscht und auch das KVG geprägt haben. Diese beiden Themen, auf die ich mich im Folgenden beschränke, wären auch bei einer Ablehnung des KVG auf der politischen Traktandenliste verblieben. Daraus ergibt sich eine erste Antwort zur wahrscheinlichen Entwicklung der Dinge nach einer Ablehnung des KVG. Die beiden Bundesbeschlüsse wären sicher verlängert und wahrscheinlich auch punktuell geändert worden.

Die Hauptziele des KVG

Zunächst noch ein Wort zu den Zielen des KVG: Das KVG wird heute oft als «Bundesgesetz zur Einflussnahme des Bundes auf das Gesundheitswesen» wahrgenommen. Dies wird durch den inzwischen erfolgten Transfer der Zuständigkeit für die Krankenversicherung vom Bundesamt für Sozialversicherung zum Bundesamt für Gesundheit unterstrichen. Über das KVG soll also im Gesundheitswesen mehr Effizienz erreicht und die Kostenentwicklung gebremst werden. Beim Erlass des KVG stand aber nicht einseitig eine Verstärkung der Rolle des Bundes, sondern sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen im Vordergrund. Mit dem KVG sollte der Wettbewerb zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern verstärkt werden. Daneben wurden auch neue staatliche Eingriffsmöglichkeiten geschaffen, wobei diese Aufgaben in erster Linie den Kantonen übertragen worden sind (Spitalfinanzierung, Spitalplanung). Der heute feststellbare Trend zu einer Stärkung der Rolle des Bundes, hätte sich wahrscheinlich auch nach einer Ablehnung des Gesetzes gezeigt.

Das Leitmotiv hinter der Schaffung des KVG war aber nicht die Einflussnahme auf das Gesundheitswesen, sondern die Absicht, die damals bestehende freiwillige Krankenversicherung in eine echte Sozialversicherung umzuwandeln, die der gesamten Bevölkerung innerhalb des gleichen Systems den Zugang zu einer qualitativ hoch stehenden medizinischen Versorgung bei Krankheit mit einer tragbaren finanziellen Belastung garantiert. Dieses sozialpolitische Anliegen

ist mit dem KVG weitgehend erreicht werden. Nach einer Ablehnung des Gesetzes hätte insbesondere die Transparenz im System weiter gelitten. Die Entsolidarisierung hätte sich fortgesetzt. Dadurch wären auch Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung erschwert worden. Diese wahrscheinliche Entwicklung soll im Folgenden näher begründet werden.

Fortsetzung der Entsolidarisierung

Das Konzept des KUVG aus dem Jahr 1911 hat darin bestanden, eine Sozialversicherung mit freiwilligem Beitritt zu errichten und zu erhalten. In einer freiwilligen Versicherung kann der Gesetzgeber sozialpolitische Auflagen nur durchsetzen, wenn er diese gleichzeitig auch finanziert. Das war das Konzept des KUVG, welches seinerzeit übrigens auch nur eingeführt worden ist, weil der grosse Schritt, die Einführung einer obligatorischen Versicherung für ArbeitnehmerInnen nach dem Vorbild der bismarckschen Sozialgesetzgebung, in einer Volksabstimmung gescheitert war. Der Bund hat den Krankenkassen mit dem KUVG sozialpolitische Auflagen gemacht und ihnen dafür Subventionen ausgerichtet. Die Kassen mussten gesetzlich definierte Mindestleistungen erbringen, durften aber auch in der so genannten Grundversicherung zusätzliche Leistungen vorsehen und konnten für solche Leistungen auch Zusatzversicherungen anbieten. Das hat einen Prämienvergleich zwischen den Kassen praktisch verunmöglicht, weil einer bestimmten Prämie nicht unbedingt der gleiche Leistungsumfang gegenüberstand. Die Kassen mussten in ihrem Tätigkeitsbereich alle BewerberInnen aufnehmen, konnten aber ein Höchstalter für den Beitritt festlegen. Bei einem Beitritt in höherem Alter konnten sie überdies höhere Prämien verlangen (Prämien nach Eintrittsalter) und für bereits bestehende Krankheiten Versicherungsvorbehalte anbringen. Dies galt auch bei einem freiwilligen Wechsel der Kasse, was zur Folge hatte, dass ein Kassenwechsel in höherem Alter oder bei bereits bestehenden Krankheiten faktisch ausgeschlossen war. Dies alles sind typische Konsequenzen einer freiwilligen Versicherung.

Die sozialpolitische Auflage bestand darin, dass die Eintrittsalterprämien höchstens um einen bestimmten Faktor über der Prämie der jüngsten Gruppe der Erwachsenen liegen durfte und dass die Versicherungsvorbehalte spätestens nach fünf Jahren wegfielen. Eine Prämienabstufung nach dem effektiven Alter war untersagt, und die Prämien der Frauen durften «nur» 10% über jenen der Männer liegen, obwohl die Krankheitskosten mit dem Alter ansteigen und Frauen höhere Kosten verursachen als Männer.

Den Kassen war es erlaubt, ihren Tätigkeitsbereich örtlich oder auf bestimmte Berufsgruppen und Betriebe

zu beschränken oder mit Berufsgruppen und Betrieben Kollektivverträge abzuschliessen. Auf diese Weise war es möglich, Frauen, Betagte und Kranke von Risikogemeinschaften mit günstigen Prämien fernzuhalten, beziehungsweise von ihnen eben doch höhere Prämien zu verlangen. Nur bei einem unfreiwilligen Wechsel der Kasse (z.B. Wohnortwechsel oder Betriebswechsel, Auflösung der Kasse) war ein Kassenwechsel in jedem Alter und ohne Versicherungsvorbehalte möglich, jedoch unter Berücksichtigung des effektiven Alters für die Einstufung in die Eintrittsaltersgruppen. Kassen, denen es nicht gelungen ist, dauernd genügend jüngere Versicherte zu gewinnen, oder versicherungstechnisch ausgedrückt, ihre Perennität zu erhalten, waren in diesem System irgendwann gezwungen, sich aufzulösen, was sich insbesondere für ältere Versicherte nachteilig ausgewirkt hat (Einstufung in eine hohe Eintrittsaltersgruppe bei der neuen Kasse). Aus den gleichen Gründen hatten neu gegründete Kassen in den ersten Jahren einen Startvorteil mit Vorteilen für jüngere und gesunde Versicherte.

Dieses System einer freiwilligen Versicherung hat trotz der erwähnten Mängel während Jahrzehnten recht gut und ohne grössere Nachteile funktioniert. Zum einen ist dies darauf zurückzuführen, dass praktisch alle Kassen in einem bestimmten Segment der Gesellschaft (Kanton, Gemeinde, Berufsgruppe, Betrieb, Gewerkschaft) tätig waren und es ihnen jeweils gelungen ist, innerhalb ihres Milieus auch den nötigen Nachwuchs zu gewinnen. Begünstigt wurde diese Stabilität auch dadurch, dass die Kosten der Krankenversicherung bis in die 60er-Jahre des letzten Jahrhunderts eine für heutige Verhältnisse geringe Belastung der Haushalte darstellten. Ausgehend vom Jahr 1950 hat es rund 15 Jahre gedauert bis sich die Kosten je Versicherten verdoppelt haben, und dies in einer Zeit mit starkem Wirtschaftswachstum und hohen Inflationsraten. Später hat sich das Kostenwachstum vor allem wegen des medizinischen Fortschritts beschleunigt. Im Jahr 1966 lagen die Durchschnittskosten pro Versicherten noch bei 142 Franken pro Jahr. Legt man für dieses Jahr einen Index von 100 fest, so lag dieser im Jahr 1975 bei 330 Punkten, 1981 bei 500 Punkten, 1991 bei über 1000 Punkten und 1995 bei knapp unter 1500 Punkten. Die jährlichen Durchschnittskosten betragen damit im Jahr 1995 2083.55¹ Franken.

Die Schwächen im System der freiwilligen Sozialversicherung haben sich zunächst nicht gezeigt, weil der Bund mit einer Revision des KUVG von 1964 seine Subventionen an die Krankenkassen proportional zur Kostenentwicklung festgelegt hat. Ab dem Jahr 1976 sind dann allerdings die Subventionen auf dem damali-

1 Statistik über die Krankenversicherung 1994/1995, BSV 1997, Tabelle C 8 und C 11

gen Stand eingefroren und nicht mehr der Kostenentwicklung angepasst worden. Im Nachhinein betrachtet ist mit dieser Plafonierung der Subventionen der Anfang vom Ende des Systems der freiwilligen Sozialversicherung eingeläutet worden. Das System hat dann doch noch während 15 Jahren leidlich überlebt, wobei etwa ab dem Jahr 1990 die Schwächen immer deutlicher geworden sind. Dies zeigt, dass Jahrzehnte vergehen können, bis in einer Sozialversicherung Konstruktionsfehler und Fehlentwicklungen wahrgenommen und korrigiert werden. Diese Fehlentwicklungen waren im Zeitpunkt der Volksabstimmung zum KVG im Jahr 1994 überdeutlich und dies war vermutlich der ausschlaggebende Grund für die Annahme des Gesetzes.

Bei einer Ablehnung des Gesetzes hätte sich diese Entsolidarisierung fortgesetzt und noch verstärkt. Sie wäre durch Einzelmassnahmen in Form von Notrecht nicht aufzuhalten gewesen. Die Prämien sind unter dem KUVG für junge und gesunde Versicherte durch Kollektivverträge und neue Billigkassen in der Tendenz gesunken und für ältere Versicherte durch Umstufungen in höhere Eintrittsaltersgruppen nach der Auflösung von Kassen angestiegen. Dadurch ist auch die Äquivalenz zwischen Prämie und versicherter Leistung verloren gegangen. Schliesslich war es bereits «normal», dass jüngere Versicherte für bedeutend höhere Leistungen, beispielsweise eine Versicherung unter Einschluss der stationären Behandlung in der Privatabteilung eine tiefere Prämie bezahlt haben als ältere Personen für eine Versicherung mit minimalen Leistungen. Das System war also nicht nur ungerecht, sondern auch intransparent. Dieser Trend zur Entsolidarisierung wäre mit Einzelmassnahmen, ohne Einführung der obligatorischen Versicherung nicht zu stoppen gewesen.

Erschwerte Bekämpfung der Kostensteigerung

Wie steht es nun aber mit dem zweiten Anliegen, der Bekämpfung der Kostenentwicklung? Hier werden die Resultate des KVG, wohlwollend ausgedrückt, nicht gerade als überragend taxiert. Oft wird gar das KVG für die seit 1996 eingetretene Kostensteigerung verantwortlich gemacht. Ist dem so?

Zunächst ist zu unterscheiden, ob man von der Kostensteigerung in der Krankenversicherung oder von jener im Gesundheitswesen als Ganzes spricht. In der Krankenversicherung selber hatte das KVG zu Beginn ganz klar einen kostensteigernden Effekt, indem der

Leistungsumfang der Versicherung im Vergleich zu den gesetzlichen Mindestleistungen des KUVG erweitert worden ist (unbeschränkte Leistungsdauer bei stationärer Behandlung, Aufhebung von Versicherungsvorbehalten, Leistungsausbau in Pflegeheimen und bei Spitex, Prävention etc.). Dieser Leistungsausbau in der Krankenversicherung wäre bei einer Ablehnung des Gesetzes wahrscheinlich vorerst einmal sistiert worden. Die Prämienhöhungen aufgrund dieses Revisionseffektes bei Inkrafttreten des KVG wären ausgeblieben. Ein Effekt auf die Gesamtkosten des Gesundheitswesens wäre aber kaum spürbar gewesen, weil gerade bei den grössten Kostenblöcken (stationäre Behandlungen, Versicherungsvorbehalte, Pflegeheime) bloss eine Verlagerung von bereits erbrachten Leistungen auf die obligatorische Krankenversicherung erfolgt ist. Der Einfluss des gesetzlich definierten Leistungsumfanges auf die jährlichen Kostensteigerungen der Krankenversicherung darf nicht überschätzt werden. Gleiches gilt auch für ein Streichen von Leistungen aus dem gesetzlichen Leistungskatalog.

Wie steht es nun aber mit dem Ziel, über die Regelungen des KVG die jährlichen Kostensteigerungen in der Krankenversicherung zu vermindern? Ein Zahlenvergleich mit der Zeit vor dem KVG ergibt Folgendes: Von 1980 bis 1990 sind die Kosten der Krankenversicherung um 89 %, der Index der Konsumentenpreise um 32,4 % und der Lohnindex um 42 % gestiegen². In der Zeit von 1996 (Inkrafttreten des KVG) bis 2004 ergibt sich folgendes Bild: Krankenversicherung +49 %, Preisindex +6,1 % Lohnindex +9,7 %³. Die Kostensteigerung in der Krankenversicherung war also vor 1996 höher, gleichzeitig ist sie aber stärker durch die Inflation und durch Lohnsteigerung aufgefangen worden. Nach 1996 hat sich die Situation für die Versicherten verschärft, weil die Kostensteigerungen in der Krankenversicherung nicht mehr im gleichen Mass wie früher durch Lohnsteigerungen aufgefangen worden sind. Ist dies ein Effekt des KVG? Sicher nicht ausschliesslich, aber sicher in dem Sinn, dass die Erwartungen, die mit dem KVG bezüglich der Kostenentwicklung verbunden worden sind, sich nicht erfüllt haben. Mängel sind erkannt, entsprechende Massnahmen werden auch diskutiert und vorgeschlagen, aber ein Konsens zur Umsetzung von konsequenten und in sich stimmigen Massnahmen ist bisher noch nicht erreicht worden.

Welche Massnahmen wären nach einer Ablehnung des KVG ergriffen worden? In einer ersten Phase hätte man mit grosser Sicherheit die Erfahrung gemacht, dass dringliche und ausserordentlichen Massnahmen nicht zum Ziel führen. Im Bundesbeschluss gegen die Kostensteigerung ist damals die Erhöhung von Tarifen und Preisen eingeschränkt und zum Teil ganz untersagt worden. Man war sich bereits damals bewusst, dass das eigentliche Problem nicht in den Tarifierhöhungen, son-

2 Angaben in der Botschaft über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung und die Entsolidarisierung in der Krankenversicherung vom 6.11.1991, S. 3

3 Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, Tabellen 9.12 und 9.14

dern in der Ausdehnung der Leistungsmenge bestand. Aus diesem Grund sah die Botschaft zum KVG als ausserordentliche Massnahme auch die Möglichkeit der Einführung eines Globalbudgets durch den Bundesrat in einzelnen Kantonen oder in der ganzen Schweiz vor (Art. 46 des Entwurfs zum KVG). Bei einer Ablehnung des KVG wäre dieser vom Parlament nicht in das KVG aufgenommene Antrag sicher wieder diskutiert worden. Dabei wäre folgende Frage zu beantworten gewesen: Welche Leistungen sind in einer freiwilligen Versicherung mit gesetzlichen Mindestleistungen und statutarischen Zusatzleistungen vom Globalbudget erfasst? Nur die Mindestleistungen, auch die statutarischen Zusatzleistungen in der Grundversicherung, auch die Zusatzleistungen in Zusatzversicherungen, nur der Zusatzversicherungen der Krankenkassen oder auch der Zusatzversicherungen von privaten Versicherungsgesellschaften?

Diese Fragen weisen auf einen ganz entscheidenden Effekt des KVG hin, dessen man sich nur bewusst wird, wenn man das KVG wegdenkt und sich wieder an den Zustand vor dem KVG erinnert. Erst durch das KVG ist mit dem Obligatorium, dem einheitlichen Leistungsumfang und der einheitlichen Kopfprämie innerhalb eines Versicherers und eines definierten Gebietes überhaupt ein verlässlicher Massstab für Prämienvergleiche, für die Feststellung der Kostenentwicklung und damit für Massnahmen gegen die Kostensteigerung geschaffen worden. Es ist deshalb kein Zufall, dass auch die Statistiken des Bundesamtes für Statistik zu den Kosten und zur Finanzierung des Gesundheitswesens wie jene des Bundesamtes für Sozialversicherung und nun des Bundesamtes für Gesundheit zur obligatorischen Kran-

kenversicherung seit dem Inkrafttreten des KVG übersichtlicher und aussagekräftiger geworden sind. Mit dem KVG ist die notwendige Voraussetzung geschaffen worden, um überhaupt eine sachliche Diskussion über Massnahmen zur Eindämmung der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung und im Gesundheitswesen führen zu können.

Zudem muss dem KVG noch ein weiterer Effekt gesprochen werden. Wegen der Vergleichbarkeit der Prämien zwischen den Versicherern und zwischen den Kantonen werden Kosten und Prämien stärker als unter dem früheren Gesetz zur Kenntnis genommen. Seit dem Inkrafttreten des KVG wird uns allen jedes Jahr auf einer objektiven und nicht anzweifelbaren Basis eine Rechnung präsentiert, welche wir durch unser Verhalten und durch unsere Ansprüche selber verursacht haben. Die Prämien erhöhungen entsprechen den zusätzlich aufgelaufenen Kosten. Das tönt banal und selbstverständlich, ist es aber in der Welt der Sozialversicherungen keineswegs. Es gibt sowohl im Inland wie im Ausland andere Beispiele, wo der Aufwand einer Sozialversicherung sich nicht in jährlichen Prämien erhöhungen niederschlägt und die Probleme deshalb während Jahren verborgen bleiben können. Ohne die Erkenntnis, dass überhaupt ein Problem vorliegt, fehlt der Anlass zur Änderung der Verhältnisse. Ein Blick in die Geschichte der Krankenversicherung zeigt jedoch, dass hier grundlegende Änderungen schwer zu realisieren sind.

Markus Moser, Dr. iur., ehemaliger Vizedirektor BSV,
selbstständiger Experte im Gesundheitswesen.
E-Mail: markus.moser@mail.ch

10 Jahre KVG – was nun in der Langzeitpflege?

Es dauerte über hundert Jahre bis in unserem Land endlich ein Krankenversicherungsgesetz KVG geschaffen wurde, das den Verfassungsauftrag aus dem Jahre 1890 erfüllte. Mit diesem Gesetz, das am 1. Januar 1996 in Kraft trat wurde erstmals jede in der Schweiz wohnhafte Person obligatorisch für die Krankenpflege versichert. Mit dem neuen Gesetz wurde auch die zeitlich unbeschränkte Leistungspflicht bei stationärer Behandlung eingeführt und die Versicherungsleistungen bei der spitalexternen Krankenpflege (Spitex) und in den Pflegeheimen ausgebaut. Dies war insbesondere für chronisch Kranke und Pflegebedürftige eine lange geforderte und bedeutungsvolle Neuerung.



Otto Piller

Präsident der Lungenliga Schweiz und von CURAVIVA (Verband Heime und Institutionen Schweiz), ehemaliger Direktor BSV

Erinnern wir uns zurück: Bereits zu Beginn der 70er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurde von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesprochen und Massnahmen zu deren Eindämmung gefordert. Es waren natürlich die Krankenkassenprämien, die für viele immer mehr zur erdrückenden Last wurden. Sie wurden nach den Krankheitsrisiken berechnet und dies führte dazu, dass insbesondere alte Menschen sehr hohe Beträge bezahlen mussten. Auch war die Leistungspflicht der Kassen zeitlich begrenzt, was insbesondere chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen nicht selten in die Armut drängte.

Diese Ungerechtigkeit sollte mit dem neuen Gesetz korrigiert werden. Zehn Jahre später stellt sich nun die Frage, ob die Erwartungen erfüllt wurden:

Um die Antwort vorweg zunehmen: leider nur teilweise!

Drei Hauptziele

Mit der Einführung des KVG wurden drei Hauptziele verfolgt. Einmal sollte die Solidarität unter den Versicherten gestärkt werden, dann wurde eine qualitativ hoch stehende Versorgung der gesamten Bevölkerung mit angemessenen Grundleistungen angestrebt und weiter erhoffte man sich eine Eindämmung der massiven Kostensteigerungen. Im Jahre 2002, also sechs Jahre nach der Einführung, liess der Bundesrat eine Wirkungsanalyse durchführen, die aufzeigte, dass das neue Gesetz die ersten beiden Ziele im Wesentlichen erreichte. Insbesondere haben alle Menschen in der Schweiz Zugang zu einer hoch stehenden medizinischen Versorgung und niemandem wird eine für seine Gesundheit notwendige Leistung verweigert. Die Solidarität wurde insbesondere zwischen Jung und Alt, Mann und Frau und Gesunden und Kranken wesentlich verstärkt. Allerdings wegen der unsozialen Kopfprämie und trotz der Prämienverbilligung nur ungenügend zwischen der reicheren und ärmeren Bevölkerung. Zur Stärkung der Solidarität trugen das Versicherungsobligatorium, die Festsetzung einer Einheitsprämie ohne Bezugnahme auf das Krankheitsrisiko der versicherten Person, die Prämienverbilligung für Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen und der Risikoausgleich unter den Versicherern bei. Die vor der Einführung des KVG beobachtete Entsolidarisierung wurde erfolgreich gestoppt und der Zugang zu den notwendigen Leistungen für alle Personen sichergestellt.

Das dritte Ziel des KVG, die Kosteneindämmung, wurde allerdings klar verfehlt. Wie zu Beginn der 70er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts wird noch heute, also bald 40 Jahre später, von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen gesprochen.

Dieser bereits lange andauernde Kostendruck führte dazu, dass das KVG im Bereiche der ambulanten und stationären Langzeitpflege nicht umgesetzt wurde.

«Eingefrorene» Rahmentarif

In Art. 25 KVG legte der Gesetzgeber unter anderem klar fest, dass die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär, teilstationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden, zu übernehmen hat. Mit der Pflicht zur Kostenübernahme verbunden ist auch der Tarifschutz

(Art.44 KVG), nach welchem die Leistungserbringer sich an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise zu halten haben und dem Patienten keine weitergehende Rechnungen für KVG-Leistungen stellen dürfen.

Bei der Einführung des KVG stellte sich die Frage, welche Leistungen der Spitex und welche Leistungen in Pflegeheimen krankheitsbedingt sind. Denn grundsätzlich sollen ja nur diese von der Sozialen Krankenversicherung übernommen werden. Mit der Einführung einer analytischen Buchhaltung mussten diese Leistungen erfasst werden. Der Bundesrat legte deshalb für eine Übergangszeit Rahmentarife fest, bis die erforderlichen Rechnungslegungsinstrumente geschaffen waren. Während dieser Zeit galt weiterhin der Tarifschutz und die Meinung war, dass mögliche Unterdeckungen von der öffentliche Hand zu tragen seien. Der permanente Kostendruck führte allerdings dazu, dass trotz Vorliegen der notwendigen Kostentransparenz bei der Spitex und in den Pflegeheimen, das KVG in diesen Bereichen nicht umgesetzt wurde und dass noch heute mit «eingefrorenen» Rahmentarifen gearbeitet wird, die bei weitem nicht kostendeckend sind. Da unser Gesundheitswesen weitgehend im Kompetenzbereich der Kantone liegt, gibt es entsprechend 26 Regelungen.

Sehr viele sind schlicht gesetzeswidrig und es erstaunt schon etwas, dass bis heute keine Betroffenen gerichtlich dagegen vorgegangen sind.

Ein Beispiel aus dem Kanton Zürich:

Eine Heimbewohnerin in einem öffentlichen Pflegeheim erhält für den Monat Oktober 2005 folgende Rechnung:

Pensionspreis total	Fr. 3410.–
Pflege- und Spitaltaxe (Stufe 4)	Fr. 6045.–
Pflegematerial	rund Fr. 100.–
div. Leistungen	Fr. 125.–
Kleinauslagen	Fr. 200.–
Total pro Monat	rund Fr. 9880.–

Die Krankenversicherung übernimmt davon nach «eingefrorenem» Rahmentarif pro Tag 80 Franken. Unter Verletzung des Tarifschutzes muss die Heimbewohnerin pro Monat rund 7400 Franken aus der eigenen Tasche bezahlen. Reicht das Renteneinkommen nicht aus und ist das Vermögen bis auf einen bescheidenen Betrag aufgebraucht, müssen Ergänzungsleistungen beantragt werden.

Weitere Beispiele könnten hier aufgeführt werden (auch für den Spitexbereich), die zeigen, dass die mit der Einführung des KVG verbundenen Erwartungen bezüglich Finanzierung der ambulanten und stationä-

ren Langzeitpflege leider nicht erfüllt wurden und dies nicht weil das Gesetz schlecht ist, sondern weil dieses schlicht nicht umgesetzt wurde. Geradezu grotesk wird es dann, wenn die Versicherer zum Schluss kommen, dass z.B. eine ambulante Langzeitpflege teurer zu stehen kommt, als der Aufenthalt in einem Pflegeheim (bei eingefrorenen und bei weitem nicht kostendeckenden Rahmentarifen!) und sie deshalb, wie vorgekommen, die Einweisung in ein Pflegeheim fordern.

Wahrlich eine unerfreuliche und auch unerträgliche Situation. Da wird eine klare gesetzliche Regelung missachtet und insbesondere alte, pflegebedürftige Menschen aus der Solidargemeinschaft des KVG hinausgedrängt. Es kann nicht sein, dass z.B. ein Mensch, der wegen eines Hirnschlages zum schweren Pflegefall wird, in eine Armutsfalle gerät, während einem Herzkranken von der Krankenversicherung eine Herztransplantation inkl. die jahrelange Nachbehandlung bezahlt wird. Gerade dies wollte der Gesetzgeber mit der Schaffung des KVG vermeiden.

Was gilt es zu tun?

Mit Blick auf die nach wie vor steigenden Gesundheitskosten ist der Bundesrat nicht bereit, das Gesetz in diesem Punkte umzusetzen. Er schlägt deshalb eine Revision der diesbezüglichen Gesetzesbestimmungen vor, mit dem Ziel, dass die Krankenversicherungen wie bis anhin nur einen Teil der Kosten übernehmen müssen. Wie hoch dieser Teil sein soll und wer den Rest bezahlen muss, darüber berät zurzeit das Parlament. Diese Revision wird allerdings nur dann Erfolg haben können, wenn klar geregelt wird, wer künftig was zu bezahlen hat und wenn auch sichergestellt wird, dass die pflegebedürftigen Menschen wegen der anfallenden Kosten nicht in die Armut gedrängt werden. Die mit dem KVG gewollte Solidarität unter den Versicherten muss diese Menschen auch nach der Gesetzesrevision voll einschliessen, und die volle Umsetzung der neuen Gesetzesbestimmung muss sichergestellt werden. Ist dies nicht der Fall, wird ein Referendum unausweichlich und dies würde dann auch bedeuten, dass nach einer Ablehnung der Gesetzesrevision die Umsetzung der ursprünglichen und sehr guten KVG-Regelung eingefordert werden müsste, wenn nötig auf dem Rechtsweg.

Qualitativ hoch stehendes Gesundheitswesen

Grundsätzlich finde ich es schade, dass wir nun bald 40 Jahre über die hohen Kosten im Gesundheitswesen diskutieren. Dies führt dazu, dass populistische Sprüche immer mehr eine sachliche und konstruktive Analyse verdrängen.

Warum stellen wir uns nicht endlich die Frage, ob denn ein gutes Gesundheitswesen, das allen Menschen die für ihre Gesundheit notwendigen Leistungen auch erbringt, wirklich günstiger zu haben ist. Wir leben in einem Land, das ein hohes Lohnniveau hat, dies allerdings auch verbunden mit einem entsprechenden Preisniveau. Der gesamte Gesundheitssektor trägt nach einer neuesten Studie mit einer Wertschöpfung von 59 Mia Franken 14% zum Bruttoinlandprodukt bei. Gesamthaft werden damit 525 000 Vollzeitstellen geschaffen.

Weitere vergleichende Studien zeigen, dass wir ein qualitativ hoch stehendes und auch effizientes Gesundheitswesen besitzen und dass auch die Kosten zwar hoch aber mit Bezug auf das Lohn- und Preisniveau durchaus im Rahmen liegen.

Wollen wir, dass z.B. unsere PatientInnen in den Spitälern und die Bewohnerinnen und Bewohner unserer Pflegeheime auch künftig eine «menschenwürdige» Pflege erhalten, so müssen wir dafür sorgen, dass genügend motiviertes und gut ausgebildetes Personal angestellt wird. Spitäler und Pflegeheime haben 168 Stunden pro Woche Dauerbetrieb und entsprechend sind auch die Lohnkosten hoch. Allein dieses Beispiel zeigt, dass sich mit populistischen Sprüchen im Gesundheitswesen keine Probleme lösen lassen!

Ich glaube es ist höchste Zeit, dass wir endlich zu einer sachlichen Analyse der Situation zurückfinden. Wir werden dann bald einmal erkennen, dass unser Gesundheitswesen eine der wichtigsten Stützen unserer Wirtschaft ist, dass es uns sehr viele wertvolle Arbeitsplätze liefert und insbesondere eine der wichtigsten Staatsaufgaben erfüllt, nämlich den Verfassungsauftrag umsetzt, der allen Menschen in unserem Land die für ihre Gesundheit notwendige Pflege garantiert. Dieses hoch stehende und effiziente Gesundheitswesen werden wir nicht billiger haben können. Wir müssen sicher darüber wachen, dass überall mit einem hohen Kostenbewusstsein gearbeitet wird, und weiter müssen wir die Kosten so verteilen, dass sie für niemanden zur erdrückenden Last werden. Das heutige Kopfprämiensystem muss deshalb endlich ohne ideologische Scheuklappen hinterfragt und dann wohl auch durch eine gerechtere Lösung ersetzt werden.

Werden die Diskussionen noch lange im alten Stil weitergeführt, riskieren wir, dass unser Gesundheitswesen bald einmal hinsichtlich Qualität, Leistungsniveau und Versorgungssicherheit grossen Schaden leidet und dass sich eine Zweiklassenmedizin bildet.

Otto Piller, Dr. rer. nat., Präsident der Lungenliga Schweiz und von CURAVIVA, ehemaliger Direktor BSV. E-Mail: otto.piller@bluewin.ch

Obligatorische Krankenversicherung und Gesundheitskosten in der Schweiz: wichtigste Entwicklungen seit 1996

Der vorliegende Artikel hat die Kostenentwicklung im schweizerischen Gesundheitssystem seit 1996 zum Inhalt. Ausgehend von der obligatorischen Krankenversicherung zeigt er die Kostenstruktur für das Jahr 2004 im Detail auf. Schwerpunkt bildet auch der Zusammenhang zwischen Prämien und Leistungen in der Grundversicherung auf Landes- und Kantonsebene.



Nicolas Siffert
Sektion Statistik und Mathematik, BAG

Das Interesse der Medien an den Gesundheitskosten reisst nicht ab. Das erstaunt nicht, ist doch unser aller Portemonnaie betroffen. Aber was genau beinhalten denn diese Gesundheitskosten? Um die Entwicklung chronologisch zu verfolgen und internationale Vergleiche zu ermöglichen, hat das Bundesamt für Statistik (BFS) in der Publikation «Kosten des Gesundheitswesens» eine modellbasierte Betrachtung erstellt.

Das **Gesundheitswesen** umfasst alle wirtschaftlichen Tätigkeiten, welche der Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit dienen. Es geht also hauptsächlich um die Behandlung von Kranken oder um den Schutz der Personen vor einer Krankheit oder einem Unfall. Dazu gehören alle medizinischen und paramedizinischen Güter und Dienste, Pflege und Betreuung von Personen, die an einer Krankheit oder einer Behinderung leiden oder Opfer eines Unfalls geworden sind. Ebenfalls enthalten sind alle Ausgaben für Prävention und Diagnosen durch zu diesem Zweck ausgebildetes Personal und durch spezialisierte Institutionen.

Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz aus der Sicht der obligatorischen Krankenversicherung in Mio. Fr ab 1996 **T1**

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Durchschnittlich jährliche Veränderung 1996-2003	Schätzung 2004	Schätzung 2005	Schätzung 2006
Total Kosten des Gesundheitswesens	37 908,3	38 669,6	40 292,4	41 585,6	43 365,3	46 129,5	47 981,5	49 880,6	4,0%	52 005	54 149	56 376
Details zu den Bestandteilen												
Brutto Krankenversicherungsleistungen	16 873,6	17 009,1	17 841,5	18 231,2	19 316,2	20 344,5	20 951,6	21 678,1	3,6%	22 971,2	24 170	25 476
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	12 459,0	13 138,5	14 024,1	14 620,5	15 478,3	16 386,5	17 095,6	17 924,1	5,3%	19 139,8	20 392	21 753
davon Kostenbeteiligung	1 678,5	1 778,0	2 097,2	2 189,9	2 288,0	2 400,2	2 502,8	2 588,5	6,4%	2 832,3	3 099	3 305
davon Prämienverbilligung KVG	1 815,6	2 087,1	2 263,2	2 476,6	2 532,8	2 671,6	2 848,4	2 961,1	7,2%	3 025,3	3 119,6	3 244
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	3 901,9	3 394,7	3 357,3	2 846,8	2 254,2	1 604,8	1 460,5	1 393,6	-13,7%	1 076,4	828	672
davon Kostenbeteiligung	92,3	106,4	57,8	59,7	55,1	28,1	38,2	39,0	-11,6%	35,9	28	22
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	512,7	475,9	460,1	763,9	1 583,8	2 353,3	2 395,5	2 360,4	24,4%	2 755,0	2 950	3 050
Übrige Systeme der sozialen Sicherheit	2 760,3	3 024,9	3 270,2	3 620,5	3 725,7	3 837,6	4 062,6	4 268,5	6,4%	4 365	4 493	4 652
Prämienverbilligung KVG	1 815,6	2 087,1	2 263,2	2 476,6	2 532,8	2 671,6	2 848,4	2 961,1	7,2%	3 025,3	3 119,6	3 244
Bund	1 364,8	1 526,3	1 601,2	1 699,6	1 740,4	1 819,6	1 915,4	1 992,8	5,6%	2 033	-	-
Kantone (inkl. Gemeinden)	450,8	560,8	662,0	777,0	792,4	852,0	933,0	968,3	11,5%	992	-	-
Ergänzungsleistungen	293,0	237,5	264,4	277,1	317,0	315,0	343,8	375,1	3,6%	389	403	417
Sozialhilfe	203,5	228,6	266,2	375,1	378,5	314,9	319,7	367,7	8,8%	368	368	368
Hilflosenentschädigungen	448,2	471,7	476,4	491,7	497,4	536,1	550,7	564,6	3,4%	584	603	623
Haushalte	25 156,5	26 402,3	27 625,3	28 025,5	29 038,6	29 910,1	31 730,7	33 523,1	4,2%	47 640	49 656	51 724
Krankenversicherungsprämien	14 197,5	14 850,2	15 432,1	15 337,8	15 974,2	16 460,6	17 838,6	19 087,4	4,3%	20 335,1	20 794	22 123
Netto Prämien der obligatorischen Krankenpflegeversicherung KVG	9 219,6	9 837,7	10 341,0	10 472,9	10 813,9	11 283,1	12 447,8	13 798,6	5,9%	14 954,3	15 344	16 623
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	4 337,5	4 410,6	4 453,3	3 766,7	2 917,4	1 987,0	1 958,4	1 882,6	-11,2%	1 358,8	1 000	950
Zusatzversicherungen VVG der Privatversicherer	640,4	601,9	637,8	1 098,2	2 242,9	3 190,5	3 432,4	3 406,2	27,0%	4 022,0	4 450	4 550
Kostenbeteiligung	1 770,8	1 884,4	2 155,0	2 249,6	2 343,1	2 428,3	2 541,0	2 627,5	5,8%	2 868,2	3 127	3 327
Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG	1 678,5	1 778,0	2 097,2	2 189,9	2 288,0	2 400,2	2 502,8	2 588,5	6,4%	2 832,3	3 099	3 305
Zusatzversicherungen VVG der KVG-Versicherer	92,3	106,4	57,8	59,7	55,1	28,1	38,2	39,0	-11,6%	35,9	28	22
Out of pocket	9 188,2	9 667,7	10 038,2	10 438,1	10 721,3	11 021,2	11 351,1	11 808,2	3,6%	11 786	11 927	11 996

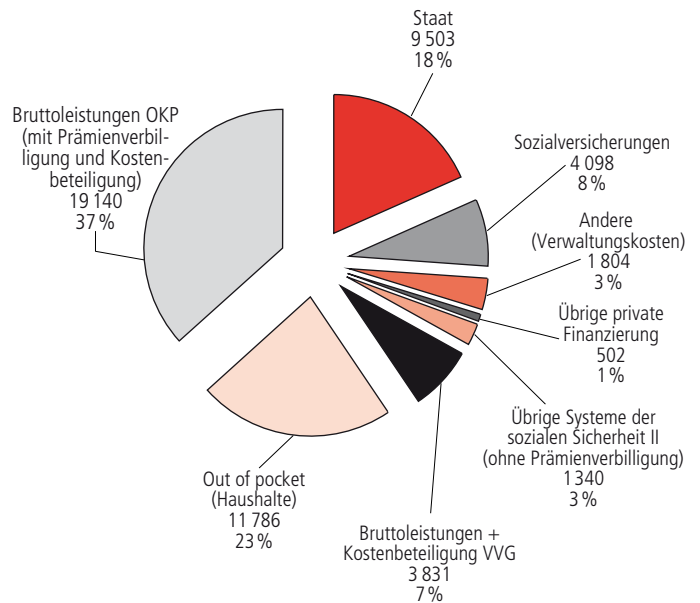
Werte 2004-2005-2006: Schätzungen (kursiv) [BFS & BAG].

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, Bundesamt für Gesundheit, T.9.06 & 9.21

Die «Kosten des Gesundheitswesens» (Tabelle 1) umfassen alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten und die Kosten für den Betrieb des Gesundheitswesens sowie die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, zum Beispiel die Taggelder für Verdienstaussfall.

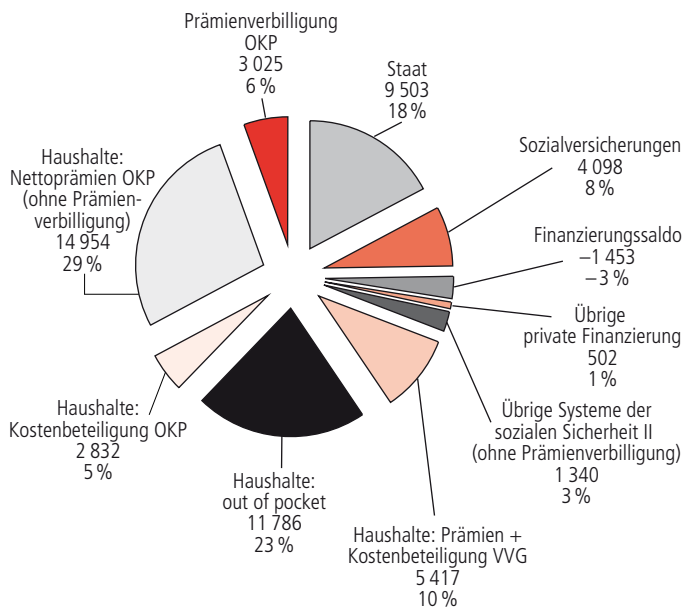
In der Modellbetrachtung des BFS werden die Gesundheitskosten nach **Leistungen, Leistungserbringern** und **Direktzahlern** aufgeschlüsselt. Vielfach konzentrieren sich die Gesundheitskosten allerdings auf die von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien und die Leistungen gemäss obligatorischer Krankenpflegeversicherung (OKP). Einzig in der vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» ist eine weiterführende Aufschlüsselung nach **Prämien gemäss OKP (Grafik 1)** bzw. **OKP-Bruttoleistungen (Grafik 2)** enthalten. Daraus gehen die von den Haushalten insgesamt bezahlten Krankenversicherungsprämien und das Total der Bruttoleistungen der obligatorischen Krankenversicherung (ein-

Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2004 aus der Sicht der Krankenversicherungsleistungen in Mio. Fr. und in % des Totals G2



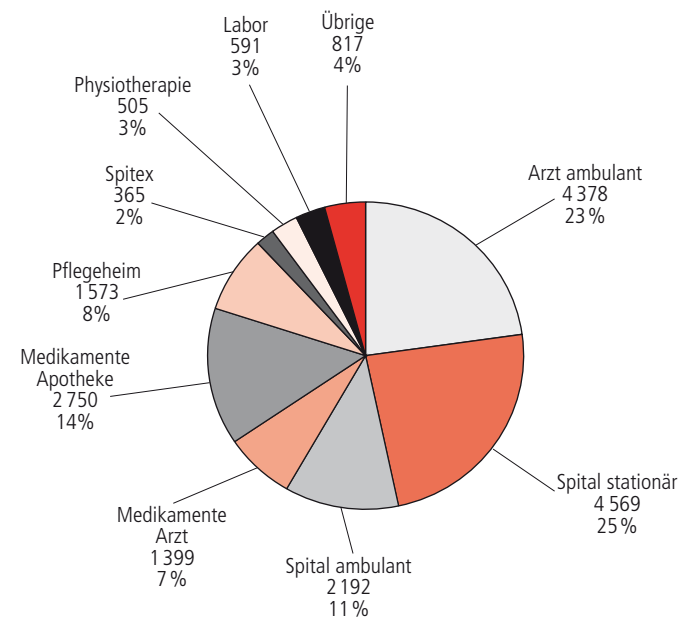
Quelle: T 9.21 STAT KV 04 / 2004: Total (100%) = 52 005 Mio. Fr. (Schätzungen BFS & BAG)

Kosten des Gesundheitswesens in der Schweiz 2004 aus der Sicht der Krankenversicherungsprämien in Mio. Fr. und in % des Totals G1



Quelle: T 9.06 STAT KV 04 / 2004: Total (100%) = 52 005 Mio. Fr. (Schätzungen BFS & BAG)

Leistungen OKP (brutto) in Mio. Fr. und in % des Totals nach Kostengruppen 2004 G3



Total (100%): 19 140 Mio. Fr. Quelle: T 1.16 STAT KV 04

Obligatorische Krankenpflegeversicherung ab 1996: Wichtigste Indikatoren pro Versicherte(n)

T2

Merkmale	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2003-2004		Jahresdurchschnittliche Veränderung 1996-2004		Veränderung 2004-2005		Veränderung 2005-2006	
										in %	in %	2005 ⁵	2006 ⁵	in % ⁵	in % ⁵		
6B – Prämiensoll pro Versicherte(n) in Fr.	1 547	1 669	1 753	1 794	1 849	1 912	2 086	2 275	2 430	6,8%	5,8%	2 491	2 626	2,5%	5,4%		
7B – Leistungen ¹ pro Versicherte(n) in Fr.	1 732	1 821	1 935	2 012	2 130	2 238	2 323	2 424	2 579	6,4%	5,1%	2 741	2 865	6,3%	4,5%		
7C — davon ambulante Leistungen in Fr.	1 142	1 211	1 288	1 352	1 451	1 545	1 612	1 662	1 743	4,9%	5,4%	1 876	1 965	7,6%	4,7%		
7D — davon stationäre Leistungen in Fr.	590	610	647	660	679	694	711	762	837	9,7%	4,5%	865	901	3,4%	4,1%		
8B – Kostenbeteiligung pro Versicherten in Fr.	233	246	289	301	315	328	340	350	382	9,0%	6,3%	417	435	9,2%	4,5%		
9B – Bezahlte Leistungen ² pro Versicherten in Fr.	1 498	1 575	1 645	1 711	1 815	1 910	1 983	2 074	2 198	6,0%	4,9%	2 325	2 430	5,8%	4,5%		
10B – Verwaltungsaufwand / Abschreibungen pro Versicherten in Fr.	133	124	118	118	119	124	125	128	133	3,7%	0,0%	132	135	-1,1%	2,7%		
12B – Rückstellungen per 31.12. pro Versicherten in Fr.	480	486	510	524	544	546	546	577	605	4,9%	2,9%	631	644	4,4%	2,0%		
13B – Reserven per 31.12. pro Versicherten in Fr.	397	415	412	424	390	287	267	324	400	23,6%	0,1%	424	442	5,9%	4,3%		
– Gesundheitskosten in der Schweiz pro Einwohner in Fr.	5 335	5 436	5 650	5 803	6 015	6 354	6 530	6 736	6 977	3,6%	3,4%	–	–	–	–		

1) Leistungen brutto = Leistungen inkl. Kostenbeteiligung der Versicherten.

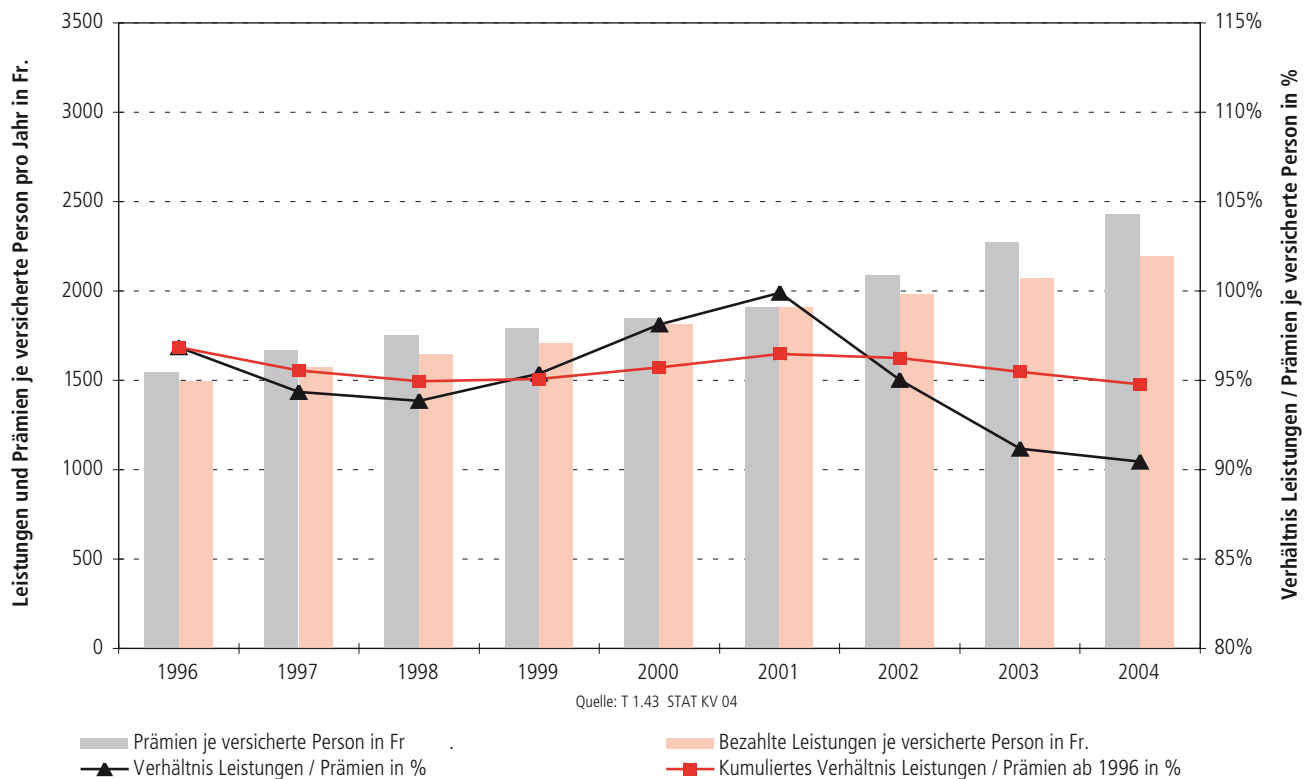
2) Leistungen netto = Leistungen der Versicherer abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten.

5) Schätzungen. Quelle: Prämien genehmigungsverfahren BAG.

Quelle: T 1.43 & 9.05 Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004, Bundesamt für Gesundheit

Leistungen und Prämien OKP je versicherte Person: CH

G4



schliesslich Kostenbeteiligung der Versicherten) hervor. Miteinbezogen werden auch die anderen Systeme der sozialen Sicherheit: Prämienverbilligung der Krankenversicherung, Ergänzungsleistungen zur Alters- und Hinterlassenenversicherung (AVH), Sozialhilfe und AHV/IV Hilflosenentschädigungen.

Die OKP-Bruttoleistungen (d.h. einschliesslich Kostenbeteiligung der Versicherten) werden für das jeweilige Betriebsjahr zusätzlich in **Kostengruppen** aufgeteilt. Diese Aufschlüsselung geht aus **Grafik 3** hervor; sie zeigt den Anteil der Bruttokosten gemäss **Grafik 2** im Detail auf.

Prämien und Leistungen pro Kopf in der obligatorischen Krankenversicherung

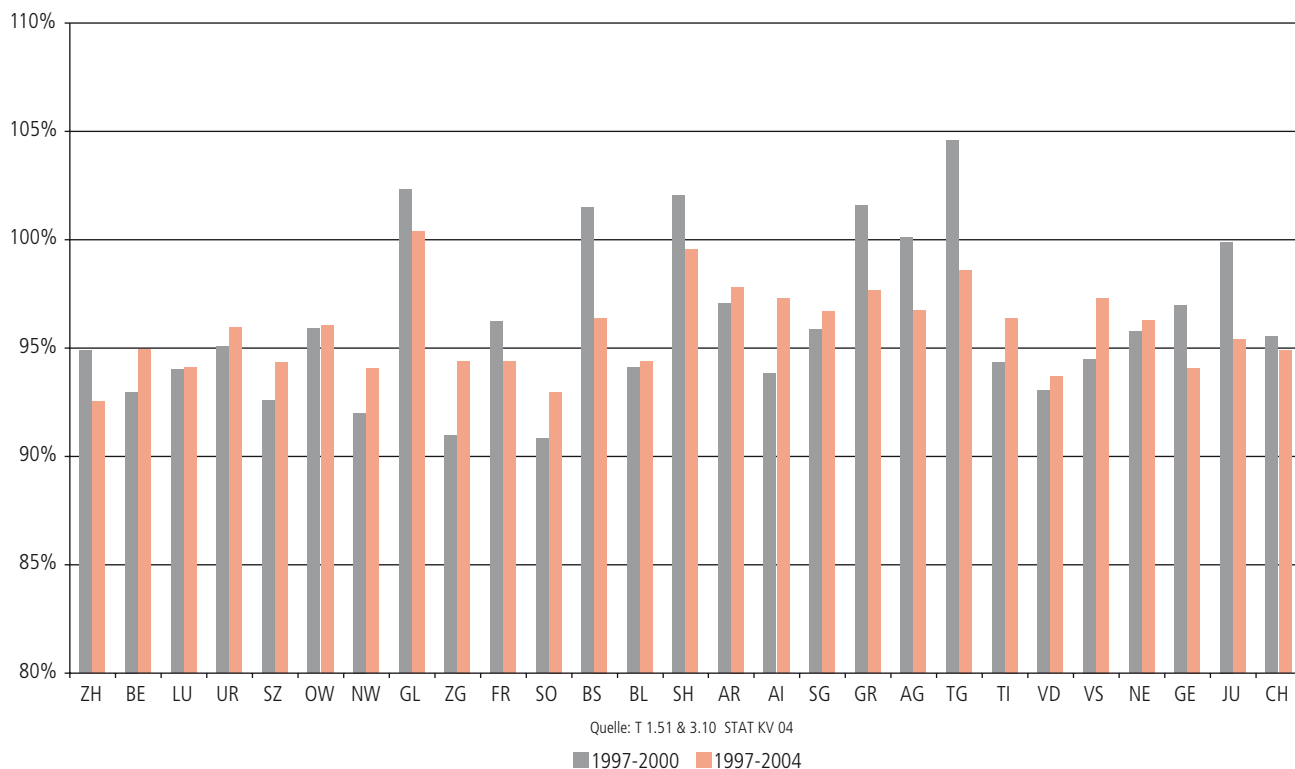
Die individuelle Kostenentwicklung der einzelnen Versicherten gibt Aufschluss über bevölkerungsspezifische Faktoren. **Tabelle 2** zeigt die wichtigsten Indikatoren auf: Während die Gesundheitskosten in der Schweiz seit 1996 pro versicherte Person im Jahresdurchschnitt um 3,4% zugenommen haben, sind die OKP-Prämien in der gleichen Zeitperiode deutlich stärker angestiegen, nämlich jahresdurchschnittlich um

5,8%. Dies verdeutlicht den steigenden Anteil der obligatorischen Krankenversicherung an den Gesundheitskosten in der Schweiz.

Die Korrelation zwischen Leistungen und Prämien pro versicherte Person in der OKP kann nur anhand einer Mehrjahresanalyse untersucht werden. Von 1996 bis 2004 lag das Prämien-/Leistungsverhältnis schweizweit zwischen 90 und 100% (**Grafik 4**). Besonderes Interesse gilt in diesem Zusammenhang dem **kumulierten Verhältnis** zwischen **Leistungen** und **Prämien** seit 1996. Betrachtet man das Verhältnis zwischen den gesamten Leistungen und Prämien pro versicherte Person von 1996 bis zum Betrachtungsjahr, so stellt man fest, dass sich die Korrelation um die 95%-Marke bewegt. Das heisst rund 5% der Prämien wird für Administrativkosten, Reservefluktuationen und Rückstellungsschwankungen sowie Kapitalanlagegewinne bzw. -verluste verwendet. Je nach prognostiziertem Leistungsvolumen kann es auch beim Jahresverhältnis Prämien/Leistungen zu Schwankungen kommen. Ein Beispiel: Die Krankenkassen nehmen im Jahr 2000 in Kenntnis der Gesundheitskosten 1999 die Prämienberechnungen für das Folgejahr, für 2001, vor; dabei stützen sie sich auf Kostenprognosen sowie Schätzwerte für den Anteil Personen, die 2001 ihren Versicherer wechseln werden.

Kumuliertes Verhältnis Leistungen / Prämien OKP ab 1997 je versicherte Person pro Kanton in %

G5



Die tatsächlichen Kosten 2001 sind allerdings erst im Jahr 2002 verfügbar und können erst dann den Prognosen gegenübergestellt werden. Eine ausgleichende Anpassung wird somit erst zwei Jahre später, d.h. für die Prämien 2003, möglich. Es kommt also zu einer zeitlichen Verzögerung bei den Prämienkorrekturen, die aufgrund der Gegenüberstellung der tatsächlichen mit den prognostizierten Kosten vorgenommen werden.

Interessant ist auch die nähere Betrachtung des kumulierten Prämien-/Leistungsverhältnisses in der OKP je versicherte Person pro **Kanton** für die Zeitperioden 1997-2000 und 1997-2004. Die im Vergleich zu den Leistungen zu tief (Verhältnis $> \sim 96\%$) oder zu hoch (Verhältnis $< \sim 94\%$) angesetzten Prämien für die Zeitperiode 1997-2000 gehen klar daraus hervor. Ebenfalls ersichtlich sind die zwischen 2000 und 2004 anhand Prämienanpassungen vorgenommenen Korrekturen – Korrekturen, die ein heikles Unterfangen darstellen, basieren sie doch auf der prognostizierten Leistungsentwicklung. Generell tendiert die Anpassung des Prämien-/Leistungsverhältnisses in Richtung des schweizerischen Durchschnittswertes, also rund um die 95 %-

Marke (**Grafik 5**). In einigen Kantonen konnte der schweizerische Mittelwert der Zeitperiode 1997-2004 mit der Prämienanpassung nicht erreicht werden. Die Kantone AG, AI, AR, BS, GL, GR, NE, SG, SH, TG, TI und VS setzten ihre Prämien zu tief an, während sie in den Kantonen SO, VD und ZH zu hoch waren, um in die Bandbreite 94-96 % zu fallen. Die erforderlichen Anpassungen werden in den nächsten Jahren vorgenommen.

Die Grafiken und Tabellen dieses Artikels stammen aus der BAG-Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2004», verfügbar im Internet (PDF/Excel-Format) unter:

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=de

Druckversion: adminsrv.admin.ch/edmz/drucksa/zivil/316.916.04d.htm

Nicolas Siffert, lic. sc. oec., Sektion Statistik und Mathematik, BAG
E-Mail: nicolas.siffert@bag.admin.ch

Die KVG Revisionen: wo stehen wir heute?

Seit Oktober 2000 steht die KVG-Revision im eidgenössischen Parlament zur Diskussion. Nach der Ablehnung der Vorlage im Dezember 2003 haben die eidgenössischen Räte in der Herbstsession 2004 und der Frühjahrssession 2005 erste Gesetzesänderungen beschlossen. Die Neuordnung der noch hängigen Vorlagen wird zurzeit in den vorbereitenden Kommissionen beraten. Einzig in Bezug auf die Kostenbeteiligung sowie die Neuordnung der Spitalfinanzierung hat sich der Ständerat auf ein Modell festgelegt.



Marie-Thérèse Furrer
Kranken- und Unfallversicherung, BAG

Die Ausgangslage

Dem KVG zu Grunde liegt der Gedanke der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Zudem soll die obligatorische Krankenpflegeversicherung den Zugang der gesamten Bevölkerung zu einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung sicherstellen. Die im Rahmen der Wirkungsanalyse des KVG erstellten Studien zeigen, dass mit dem Versicherungsobligatorium, der Freizügigkeit der Versicherten und dem Schliessen von Lücken im Leistungskatalog diese beiden Aspekte befriedigend gelöst werden konnten. Noch nicht erreicht werden konnte hingegen das Ziel der Kosteneindämmung.

Bereits in seiner Botschaft vom 21. September 1998 zur ersten Teilrevision des KVG (BBl 1999 793) schlug der Bundesrat mit der Möglichkeit zur Errichtung von Globalbudgets im ambulanten Bereich eine Kosten eindämmende Massnahme vor. Mit seinem am 18. September 2000 verabschiedeten Vorschlag zur 2. Teilrevision des KVG (BBl 2001 741 ff.) verband der Bundesrat die Absicht, im Spitalbereich, dem – wenn die Kantonsbei-

träge einbezogen werden – grössten Kostenblock der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, die Kosten eindämmenden Anreize zu verstärken. Nach dem Scheitern der Vorlage im Dezember 2003 stehen die meisten der damals verworfenen Revisionspunkte in den eidgenössischen Räten erneut zur Diskussion.

Die erste Teilrevision

Die erste KVG-Teilrevision trat 2001 in Kraft. Die Vorlage enthielt eine Palette von Änderungen. Damit sollten die in der Praxis festgestellten Mängel des neuen Krankenversicherungsgesetzes korrigiert werden, was sich entsprechend auf die Solidarität auswirken sollte. Die Vorlage war verknüpft mit jener zur Festsetzung der Bundesbeiträge an die Prämienverbilligung für die Periode 2000 bis 2003. Weil den Kantonen zusätzliche Leitlinien für ihre Prämienverbilligungspraxis gesetzt wurden, stand auch diese Änderung unter dem Zeichen der Stärkung der Solidarität.

Die zweite Teilrevision

Das KVG übernahm implizit die Finanzierungsordnung des vormaligen Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes. Gleichzeitig wurde eine strikte Trennung zwischen der so genannten Grundversicherung, die eine soziale Krankenversicherung darstellt, und den Zusatzversicherungen, die den Regeln des Privatversicherungsrechts unterstellt sind, vorgenommen. Das Aufeinandertreffen des neuen Systems mit der alten Finanzierungsregelung hat zu Unklarheiten und Auseinandersetzungen über die Anwendung des Gesetzes geführt; vor allem in Bezug auf die Beitragspflicht der Kantone an inner- und ausserkantonale Spitalaufenthalte von Zusatzversicherten. Mit der zweiten Teilrevision des KVG sollten diese Differenzen bereinigt werden. Dabei sollen die im Krankenversicherungsgesetz verankerten Grundsätze konsequent umgesetzt, jedoch keinesfalls in Frage gestellt werden.

In seiner Botschaft vom 18. September 2000 schlug der Bundesrat vor, dass die soziale Krankenversicherung und die Kantone die Vergütung der nach KVG obligatorischen Leistungen bei einem Spitalaufenthalt je zur Hälfte teilen. Dabei sollte von der Kostendeckung abgetückt und zur Leistungsfinanzierung übergegangen werden. Mit den leistungsbezogenen

Pauschalen sollten nicht nur die Betriebskosten, sondern ebenfalls die Investitionskosten abgegolten werden. Diese Regelung sollte für jene Spitäler gelten, die auf der Spitalliste des Wohnkantons der versicherten Person aufgeführt sind und Anwendung finden für alle Versicherten, unabhängig von deren Versicherungsdeckung. Der Übergang zur Leistungsfinanzierung war kaum bestritten und das Eidgenössische Versicherungsgericht hat knapp ein Jahr nach Aufnahme der parlamentarischen Beratungen die rechtlichen Unklarheiten endgültig ausgeräumt¹. Im Laufe der parlamentarischen Beratungen wurde die Vorlage durch Revisionsvorschläge in weiteren Bereichen wie Vertragsfreiheit, Risikoausgleich und Managed Care erweitert. Es ist davon auszugehen, dass sich die beträchtliche Zahl verschiedenartiger Themen, welche während der parlamentarischen Beratung ohne Einbettung in ein Gesamtkonzept in die KVG-Revision integriert wurde, ungünstig auf die Akzeptanz der Gesamtvorlage ausgewirkt hat. Die Kumulierung von Widerständen – zu den einzelnen Revisionsthemen in unterschiedlichen parteipolitischen Konstellationen – führte zum knappen Scheitern der Vorlage in der Schlussabstimmung der eidgenössischen Räte.

Die Wiederaufnahme der Revisionsbegehren durch den Bundesrat

Nach der Anhörung der Stakeholder im Gesundheitswesen über deren Vorstellungen in Bezug auf das weitere Vorgehen in der KVG-Revision durch den Vorsteher des Eidg. Departements des Innern entschied der Bundesrat am 25. Februar 2004, die Reform in der Krankenversicherung in Etappen voranzutreiben.

Erstes Gesetzgebungspaket: Am 26. Mai 2004 hat der Bundesrat das erste Paket von vier Vorlagen zur Revision der Krankenversicherung zuhanden des Parlaments verabschiedet. Es enthielt die voneinander unabhängigen Vorlagen «Strategie und dringliche Punkte (1A; BBl 2004 4259)», «Vertragsfreiheit (1B; BBl 2004 4293)», «Prämienverbilligung (1C; BBl 2004 4327)» und «Kostenbeteiligung (1D; BBl 2004 4361)», welche bereits in der Herbstsession 2004 beraten werden sollten, damit sie teilweise bereits auf den 1. Januar 2005 in Kraft treten konnten.

Zweites Gesetzgebungspaket: Die Verabschiedung des zweiten bundesrätlichen Pakets der KVG-Revision zuhanden des Parlaments folgte am 15. September 2004. In der Vorlage zur Spitalfinanzierung (2A; BBl 2004 5551) hielt der Bundesrat am Wechsel von der Objekt- zur Leistungsfinanzierung fest. Ebenfalls sollen die Kosten der Spitalleistungen je hälftig von Krankenversicherern und Kantonen getragen werden. In der Vorlage zu Managed Care (2B; BBl 2004 5599) wurde

vorgeschlagen, dass integrierte Versorgungsnetze als zusätzliche Versicherungsform im Gesetz verankert und damit Managed Care gefördert werden soll.

Die Botschaft zur Pflegefinanzierung wurde vom Bundesrat am 16. Februar 2005 verabschiedet (BBl 2005 2033). Vorgeschlagen wurde die volle Abgeltung der Behandlungspflege durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP). An die Grundpflege soll die OKP einen fixen Frankenbeitrag leisten.

Die Vorlage 2A «KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung» im Detail

Der Vorschlag des Bundesrats vom 18. September 2004

Mit dem Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts aus dem Jahr 2001, wonach die Kantone auch an den Aufenthalt von Personen mit einer Spitalzusatzversicherung einen Beitrag leisten müssen, wenn sie sich in einem öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spital des Wohnkantons behandeln lassen, war die Auslegung des Gesetzes in Bezug auf die Spitalfinanzierung nicht mehr umstritten. Weil die Notwendigkeit einer vermehrten Ausrichtung der wirtschaftlichen Anreize auf das Ziel der Kosteneindämmung von keiner Seite bestritten wurde, nahm der Bundesrat das Resultat der im Jahr gescheiterten Vorlage trotzdem auf und unterbreitete nochmals seinen Vorschlag zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung. Dieser beinhaltete im Grundsatz wiederum das Abrücken von der Objektfinanzierung beziehungsweise den Übergang zur Leistungsfinanzierung, die je hälftige Vergütung der Leistungen durch den Versicherer und den Wohnsitzkanton des Versicherten sowie die kantonale bzw. interkantonale Planung der Spitalversorgung aller Versicherten. Zusätzlich wurden Revisionelemente aufgenommen, welche im Laufe der parlamentarischen Beratungen eine Mehrheit gefunden hatten, wie zum Beispiel der Verzicht auf das Konzept der teilstationären Behandlung und die subsidiäre Kompetenz des Bundesrates, im Bereich der interkantonalen Planung der hoch spezialisierten Medizin gegebenenfalls tätig zu werden. Ein weiteres Anliegen des Bundesrates war die Verbesserung der Datengrundlagen. Neu vorgeschlagen wurde die Verbesserung der Datengrundlagen. Kein Ziel des Bundesrates war hingegen der kurzfristige Übergang zu einer monistischen Finanzierung.

Das Modell der SGK-S

Die vorbereitende Kommission des Ständerates ist im Oktober 2004 auf die Vorlage des Bundesrates ein-

1 BGE 123V 290 ff., 310 ff. sowie BGE 127V 422 ff.

getreten. Sie hat in der Folge jedoch ein eigenes Modell entwickelt. Wie der bundesrätliche Vorschlag beruhte dieses auf der Leistungsfinanzierung und der integralen Spitalplanung, welche die Versorgung aller Versicherten beinhaltet. Im wichtigen Punkt der Finanzierung der Leistungen wich der Vorschlag der Kommission vom Modell des Bundesrates ab. Gemäss dem Kommissionsmodell wären alle Leistungen, ob ambulant oder stationär, ob in einem öffentlichen oder einem privaten Spital erbracht, nach dem gleichen Schlüssel zu finanzieren gewesen. Grundsätzlich hätten die Krankenversicherer 70 Prozent der Vergütungen für alle Leistungen übernommen, die Kantone 30 Prozent, wobei auch die direkte Beitragszahlung der Kantone an die Leistungserbringer möglich gewesen wären.

Im Weiteren ergänzte die Kommission die Vorlage zur KVG-Revision mit einer Verstärkung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern. Diese hatte sie im September 2005 in die Vernehmlassung geschickt. Das Ergebnis der Vernehmlassung bestätigte die Mehrheit der Kommission in ihrer Überzeugung, dass ein Einbezug von zusätzlichen Kriterien in den Risikoausgleich (heute werden einzig Alter und Geschlecht berücksichtigt) unumgänglich ist und dass der Risikoausgleich nicht mehr als Übergangsbestimmung zeitlich begrenzt, sondern definitiv im KVG geregelt werden soll; die Ressourcen der Versicherer sollen nach Ansicht der Kommission für ein effizientes Kostenmanagement, nicht für die Gründung von Billigkassen zur Selektion von guten Risiken eingesetzt werden.

Am 20. September 2005 war der Kommissionsvorschlag im Bereich der Spitalfinanzierung im Ratsplenium traktandiert. Das Eintreten auf die Vorlage war unbestritten und auch in der Diskussion war sich der Rat einig, dass die Finanzierung der Spitäler besser geregelt werden muss. Dabei wurden die Vorschläge der Kommission bei den Ratsmitgliedern mehrheitlich gut aufgenommen. Es lagen jedoch Anträge auf Rückweisung an die Kommission vor, welche eine Vernehmlassung bei den Kantonen verlangten und denen Folge gegeben wurde. Im Rahmen einer konsolidierten Stellungnahme lehnte die Konferenz der Kantonsregierungen

das Modell der SGK-S mit überwiegender Mehrheit ab. Insbesondere zwei Elemente stiessen auf starken Widerstand, nämlich der Einschluss der ambulanten Leistungen in die neue Finanzierungsordnung sowie das monistische Finanzierungssystem.

Das Modell «bis»

Nachdem die Haltung der Kantone zur Kenntnis genommen worden war, erarbeitete die ständerätliche Kommission ein Kompromissmodell, das Modell «bis». Auch dieses Kompromissmodell beinhaltet die Elemente der Leistungsfinanzierung, der integralen Planung der stationären Versorgung aller Versicherten sowie der gemeinsamen Finanzierung der Leistungen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die Kantone. Im Gegensatz zum früheren Kommissionsmodell sind die ambulanten Leistungen nicht in der Finanzierungsregelung eingeschlossen, und im Gegensatz zum bundesrätlichen Modell wird nicht eine für alle Kantone gültige fixe Finanzierungsaufteilung vorgeschrieben. Abhängig vom Verhältnis der Prämien in einem Kanton zum gesamtschweizerischen Durchschnitt beträgt der Anteil des Kantons an den leistungsbezogenen Pauschalen 60 % (bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Prämie) beziehungsweise 45 % (bei unterdurchschnittlicher Prämie). Das Modell «bis» sieht zudem vor, dass die Versicherer mit Spitälern, die nicht auf der kantonalen Spitalliste aufgeführt sind, für ihre Versicherten einen Vertrag schliessen können und ihren Versicherten im Fall der Behandlung in einem solchen Spital einen Mindestbeitrag vergüten. Allerdings entfällt in diesem Fall der Kantonsbeitrag. Die entsprechende Gesetzesänderung wurde vom Ständerat in seiner Sitzung vom 8. März 2006 angenommen.

Der gegenwärtige Stand der Dinge

Im Mai 2006 hat die nationalrätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit als Zweitrat die Beratung der Vorlage zur KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung sowie des Risikoausgleichs aufgenommen. Die Traktandierung im Ratsplenium erfolgt frühestens in der Herbstsession 2006.

Der Stand der Projekte in Kürze

Die folgenden Projekte sind in Kraft getreten:

Stand der Vorlagen	
Vorlage 1A Strategie und dringliche Punkte <ul style="list-style-type: none"> • Versichertenkarte • Geschäftsbericht der Versicherer • Verlängerung des Risikoausgleichs • Übergangsbestimmung in der Pflegefinanzierung 	Vom Parlament in der Herbstsession 2004 verabschiedet. In Kraft seit 1.1.2005. Kein Referendum. <ul style="list-style-type: none"> • Die Einführung der Versichertenkarte ist für 2008 vorgesehen. <p>Die vom Parlament verabschiedete Vorlage sieht ausserdem vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung des Zulassungsstopps um 3 Jahre (Ärztstopp; Art. 55a KVG)

- Dringliches Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für stationäre Behandlungen
- Verschärfung der Sanktionen gegen Leistungserbringer, die gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit und/oder Qualität verstossen (Art. 59 KVG)

Vorlage 1C
Prämienverbilligung

Vom Parlament in der Frühlingssession 2005 verabschiedet.
In Kraft seit 1.1.2006. Kein Referendum.

Ein neuer nicht in der Vorlage des Bundesrates enthaltener Vorschlag zielt speziell auf Familien mit schwachem und mittlerem Einkommen. Es werden keine Einkommenskategorien für Haushalte mit Prämienverbilligung festgelegt; dies wird den Kantonen überlassen. Jeder Kanton setzt also seine eigene Einkommensgrenze für die mindestens hälftige Prämienverbilligung für Kinder und junge Erwachsene in Ausbildung fest. Die Bundesbeiträge werden um 200 Mio. Franken erhöht. Die Erhöhung erfolgt in Etappen, mit einer Übergangsfrist von einem Jahr.

Die folgenden Vorlagen sind noch nicht in Kraft getreten:

Vorlage 1B
Vertragsfreiheit

Die Beratung des Geschäfts hat in beiden Räten noch nicht begonnen.
Die SGK-S (als Erstrat) ist noch nicht auf die Vorlage eingetreten, will dies an der kommenden Sitzung aber tun, d.h. somit frühestens im 4. Quartal 2006.

Vorlage 1D
Kostenbeteiligung

Der Ständerat hat die Vorlage als Erstrat in der Herbstsession 2004 verabschiedet.

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) hat in der Herbstsession 2004 einen Ordnungsantrag verabschiedet, nach dem die Vorlagen des Bundesrats bezüglich Kostenbeteiligung und Vertragsfreiheit gleichzeitig mit dem zweiten Revisionspaket behandelt werden sollen. Das heisst, dass die Kostenbeteiligung von der SGK-N erst in diesem Jahr behandelt wird.

Vorlage 2A
Spitalfinanzierung

Am 8. März 2006 hat der Ständerat dem von der SGK-S vorgeschlagenen Modell «bis» zugestimmt. Dieses verzichtet auf den Einbezug des ambulanten Bereichs in die Finanzierung durch die Kantone, nimmt aber folgende Elemente auf: leistungsbezogene Abgeltung durch Fallpauschalen, Planungspflicht und Planungskompetenz der Kantone sowie Beitragspflicht der Kantone an alle Leistungserbringer auf der Spitalliste. Zur Sicherstellung der Versorgung ihrer Bewohner erstellen die Kantone Spitallisten: Leistungserbringer, die auf dieser Liste sind, erhalten vom Kanton einen anteilmässigen Beitrag (Listenspitäler). Andere Spitäler, d. h. solche, die nicht auf der Liste aufgeführt sind, können mit den Versicherern Verträge schliessen, erhalten jedoch keine Kantonsbeiträge (Vertragsspitäler). Die Beratung der Vorlage in der SGK-N wurde im Mai 2006 aufgenommen.

Risikoausgleich

Am 8. März 2006 ebenfalls angenommen hat der Ständerat den Vorschlag der SGK-S zur Verfeinerung des Risikoausgleichs mit einem Kriterium für das erhöhte Krankheitsrisiko. Von den zwei im Vordergrund stehenden Kriterien zum Einbezug des Gesundheitszustands «Folgekosten eines Spitalaufenthalts» und «aufgrund von Medikamentenwirkstoffen ermittelte Diagnosen» entschied sich der Rat zu Gunsten des Einbezugs des Kriteriums der Folgekosten eines Spitalaufenthaltes.

**Vorlage 2B
Managed Care**

Die SGK-S hat den Vorschlag des Bundesrats an der Sitzung vom 17./18. Oktober 2004 geprüft und ist darauf eingetreten. Die Diskussion wird im August 2006 fortgeführt.

Die SGK-N hat die Vorlage noch nicht behandelt.

**Separate Vorlage
Pflegefinanzierung**

Die SGK-S hat im August 2005 mit der Diskussion der Vorlage begonnen. Anlässlich eines Hearings in der SGK-S zur Botschaft des Bundesrates präsentierten die Kantone und die Leistungserbringer je ein eigenes Modell zur Pflegefinanzierung. In den anschliessend geführten bilateralen Gesprächen zwischen den verschiedenen Akteuren konnten Eckwerte für eine Kompromisslösung gefunden werden. Diese Eckwerte sehen vor, dass die OKP einen integralen Beitrag an die Kosten der Pflegemassnahmen entrichtet, wobei für die Festlegung des Beitrags vom heutigen Finanzierungsvolumen der Krankenversicherung ausgegangen werden soll. Die SGK-S hat, nach längerer Diskussion, am 24./25. April 2006 einen ersten Entscheid gefällt: Die OKP leistet einen Beitrag an die Pflegemassnahmen, die von der Spitex oder in einem Pflegeheim erbracht werden. Zudem hat sich die SGK-S im Grundsatz für einen Frankenbeitrag ausgesprochen. Die Diskussion wird im August 2006 fortgeführt.

Marie-Thérèse Furrer, lic. rer. pol., Kranken- und Unfallversicherung, Sektion Tarife und Leistungserbringer, BAG. E-Mail: marie-therese.furrer@bag.admin.ch

Blick aus dem Ausland auf unser Gesundheitssystem

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hat im ersten Jahrzehnt seines Bestehens auch im Ausland Aufmerksamkeit erhalten. Nicht nur, dass hochrangige Delegationen aus dem inner- und aussereuropäischen Ausland die Schweiz besuchen, um das System KVG kennen zu lernen. Im Jahr 2000 wurde das KVG mit dem Carl-Bertelsmann-Preis ausgezeichnet. Aktuell erstellt die OECD gemeinsam mit der WHO ein Country Review über das schweizerische Gesundheits- und Versicherungssystem.



Andrea Nagel-Drdla und Vincent Koch
Kranken- und Unfallversicherung, BAG

Carl Bertelsmann-Preis 2000 «Reformen im Gesundheitswesen»

Im Jahr 2000 ist das Eidg. Departement des Innern (EDI) stellvertretend für alle am Gesetzgebungsverfahren Beteiligten mit dem Carl Bertelsmann-Preis ausgezeichnet worden. Es wurde in Anerkennung der Verdienste um die Einführung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) honoriert. Das KVG verbinde in hervorragender Weise wettbewerbsrechtliche und solidarische Prinzipien, wie die Bertelsmann Stiftung schreibt.¹

Die Bertelsmann Stiftung verleiht seit 1988 jährlich den Carl Bertelsmann-Preis. Ausgezeichnet werden innovative und exemplarische Lösungsansätze für zentrale gesellschaftspolitische Aufgaben. Ziel ist es, der öffentlichen und politischen Diskussion neue Impulse zu geben. Der Preis war im Jahr 2000 mit 300 000 DM dotiert. Das EDI hat ihn mit der Vereinigung der

niederländischen Hausärzte geteilt, welche ebenfalls ausgezeichnet wurden.

Unter dem Motto «Vom Ausland lernen» hat die Bertelsmann Stiftung die Stärken und Schwächen des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich dargestellt. Sie hat deshalb die Prognos AG Basel mit der Durchführung einer internationalen Recherche beauftragt, welche eine Arbeitskommission der Stiftung begleitete. Einerseits wurden die acht Länder der Analyse² auf ihre gesundheitspolitische Steuerungsfähigkeit hin untersucht, andererseits auf konkrete Best Practice-Ansätze zur Lösung spezifischer Teilprobleme des Gesundheitswesens. Es wurden Anforderungen an Reformen formuliert, um die Systeme der acht ausgewählten Länder zu beschreiben:

1. Versorgungssicherheit: Jeder Bürger und jede Bürgerin erhält unabhängig vom Einkommen die medizinisch notwendige Kernversorgung.
2. Steuerungsfähigkeit: Steuerungsmechanismen und eine funktionierende Koordination der gesundheitspolitischen Stakeholder sind notwendig.
3. Wirtschaftlichkeit: Es müssen Anreizmechanismen für eine effiziente Leistungserbringung und Leistungsanspruchnahme wie auch Kostentransparenz und Kostenkontrolle geschaffen werden.
4. Versorgungsqualität: Es werden integrierte Versorgungsstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Sektor, eine Qualitätssicherung und eine Aus- und Weiterbildung gefordert, welche sich am Prinzip des «life long learning» orientiert.
5. Nachhaltigkeit: Statt die Behandlung von Krankheit soll die Erhaltung von Gesundheit im Vordergrund stehen. Wesentliche Bestandteile hierfür sind die Förderung von Patientenautonomie und Eigenverantwortung.

Die Stiftung begründete den Preis wie folgt: An der Schweiz könne sich Deutschland ein Beispiel nehmen, was die konsequente Gestaltung von Rahmenbedingungen für ein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem betreffe und wie man diese umsetze. Insbesondere die obligatorische Grundversicherung mit Gestaltungsspielraum für die Versicherer und Wahlmöglichkeiten für die Versicherten imponierte den Experten. Die

1 www.bertelsmann-stiftung.de; Böcken et al. (Hrsg): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. Carl Bertelsmann-Preis 2000, Verlag Bertelsmann Stiftung Gütersloh 2000.

2 Dänemark, Deutschland, Finnland, Grossbritannien, Kanada, Niederlande, die Schweiz und die USA

Schweiz sei darüber hinaus das erste Land in Europa, in dem HMO's eingeführt wurden und habe damit dem Managed Care-Gedanken schon früh Nachachtung verschafft. Am Beispiel der Schweiz könne man nicht zuletzt auch sehen, dass eine grundlegende Reform ihre Zeit brauche.

Die Bertelsmann Stiftung betonte, der Preis gelte nicht dem niederländischen oder dem schweizerischen Gesundheitssystem als Ganzem, sondern jeweils nur Elementen. Kein System auf der Welt sei ideal, es könne stets nur darum gehen, «Bausteine» zu würdigen, deren Nachbau dann auch anderen Ländern zu empfehlen sei.

Country Review OECD/WHO

Das schweizerische Gesundheitssystem wird derzeit von einer Expertengruppe, welche von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mandatiert worden ist, unter die Lupe genommen. Höhepunkt und Abschluss dieser Untersuchung bildet ein Bericht, der im Herbst 2006 veröffentlicht werden soll. Die Studie ist eng mit den Arbeiten der Gesundheitsgruppe der OECD (Group on Health) verbunden, unterscheidet sich jedoch von den regelmässigen Länderberichten der OECD zur wirtschaftlichen Entwicklung in ihren Mitgliedsländern.

Studien zur wirtschaftlichen Entwicklung der OECD-Länder

Die OECD analysiert die in den Ländern gesammelten Erfahrungen, beurteilt diese aus Sicht der international festgelegten exemplarischen Praktiken und formuliert gezielte Handlungsempfehlungen für die Mitglieds- und die Nichtmitgliedsländer. Die unter der Leitung der OECD durchgeführten Untersuchungen durch Partnerländer (Peer Review) decken eine breite Palette von Themen ab: von der Wirtschaft über die Gesundheit, die Umwelt und die Energie bis zu Bildung. Diese Peer Reviews bestehen aus einer Untersuchung der Leistung oder der Praxis eines Landes in einem bestimmten Bereich durch andere Länder. Im Rahmen ihrer Wirtschaftsstudien «*Economic Surveys*» veröffentlicht die OECD regelmässig – alle anderthalb bis zwei Jahre – eine Studie über die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und die allgemeinen wirtschaft-

lichen Perspektiven ihrer Mitgliedsländer. Die letzte solche Studie über die Schweiz wurde zu Beginn des Jahres 2006 veröffentlicht³ und enthält auch eine Reihe von Empfehlungen zum Gesundheitswesen.

Gesundheitsgruppe der OECD

Im Jahr 2001 lancierte die OECD ein Gesundheitsprojekt, das im Mai 2004 in Paris mit einer Tagung der Gesundheitsminister der OECD-Länder abgeschlossen wurde. Anlässlich dieses Treffens wurde ein Schlussbericht mit dem Titel «*Towards High-Performing Health Systems*» zu Händen der Minister veröffentlicht⁴. Eine der wichtigsten Schlussfolgerungen dieses Berichts war, dass es zwar kein ideales Gesundheitssystem gibt, man aber aus den Erfahrungen der anderen Länder Lehren ziehen kann. Der Bericht fasst die verschiedenen Schlussfolgerungen der im Rahmen dieses Projekts durchgeführten Studien zusammen. Dabei wurden die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den Mitgliedsländern sowie die Faktoren, welche diese Leistungsfähigkeit beeinflussen, gemessen und analysiert. Diese Analyse sollte der öffentlichen Hand helfen, eine auf Fakten basierende Politik zu formulieren, welche die Gesundheitssysteme leistungsfähiger machen soll. Inzwischen liegen weitere Studien über die Teilaspekte des Projektes (Qualität der Pflegeleistungen, personelle Ressourcen im Gesundheitswesen, private Krankenversicherung, Wartezeiten, neue Technologien, Langzeitpflege...) vor⁵. Um auf die Wünsche einzugehen, welche die verschiedenen Teilnehmer des Ministertreffens hinsichtlich der Weiterführung des Projektes äusserten (Ausbau der Gesundheitsdaten und der Gesundheitskonten, Erarbeitung von Leistungsindikatoren und Analyse von Schlüsselfragen zur Gesundheit nach Massgabe der von den Mitgliedsländern festgelegten Prioritäten...), beschloss man, die Arbeiten der OECD im Gesundheitsbereich zu institutionalisieren und die Ad-hoc-Gruppe, welche das Projekt bis dahin begleitet hatte, durch eine «Gesundheitsgruppe» zu ersetzen. Laut ihrem neuen Generalsekretär figurieren die Fragen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsbereich heute zuoberst auf der Prioritätenliste der OECD.

Country Review

Die von der OECD durchgeführte Analyse der Gesundheitssysteme (Country Review) ist ein fester Bestandteil der Arbeiten der Gesundheitsgruppe. Im Rahmen dieser Arbeiten hat die OECD bereits die Gesundheitssysteme von drei Ländern analysiert: dasjenige von Korea, von Mexiko und kürzlich auch das Gesundheitssystem Finnlands. Diese Analysen bestehen in einer vertieften Untersuchung des Gesundheitssystems der betreffenden Länder und sollen die wichtigsten Herausforderungen sowie die strategischen Optionen für all-

3 www.oecd.org/document/20/0,2340,en_33873108_33873838_35869554_1_1_1_1,00.html

4 www.oecd.org/document/11/0,2340,en_2649_37407_2536540_1_1_1_37407,00.html

5 www.oecd.org/health

fällige Reformen aufzeigen. Solche Berichte werden auf Wunsch der Länder erstellt, die sich von den Experten der OECD begutachten lassen möchten.

Bundesrat Pascal Couchepin kündigte die Untersuchung des schweizerischen Gesundheitssystems anlässlich des ersten Ministertreffens der OECD zur Gesundheit im Mai 2004 an. Die Schweiz hatte den Wunsch geäußert, dass die Untersuchung durch die OECD und die WHO gemeinsam durchgeführt werde, was für Analysen in diesem Bereich ein Novum darstellte. Die Arbeiten der OECD, welche die Interaktion zwischen der Wirtschaft und der Gesundheit im Allgemeinen erforschen, ergänzen somit jene der WHO, die es sich zum Ziel gesetzt hat, den Gesundheitszustand der Bevölkerung weltweit zu verbessern und die Ungleichheiten hinsichtlich der Gesundheitsversorgung zu verringern. Das Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme der WHO hat 2000 im Rahmen der Reihe *Health care systems in transition – HiT* eine Broschüre über das schweizerische Gesundheitssystem veröffentlicht, wobei diese Studie jedoch auf einem anderen methodologischen Ansatz beruht als die Untersuchung der OECD.⁶

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat die Aufgabe übernommen, die Prüfung des schweizerischen Gesundheitssystems mit den beiden internationalen Organisationen und mit den betroffenen Hauptakteuren in der Schweiz (Kantons- und Bundesbehörden, Versicherer, Leistungserbringer, Konsumentenorganisationen, Industrie) zu koordinieren. Die internationale Expertengruppe konnte so bis Ende August 2005 rund 40 Interviews mit den Schlüsselakteuren im Gesundheitswesen führen. Daneben nahm sie eine gründliche Recherche der vorhandenen Literatur vor, wobei sie sich hauptsächlich auf die Ansichten unabhängiger Experten sowie auf die von den Kantonen und den zuständigen Bundesämtern gelieferten Angaben stützte. Im Anschluss an diese Arbeiten präsentierten die Experten und Expertinnen der OECD und der WHO an einem Treffen, das am 10. April 2006 in Bern stattfand und an dem die wichtigsten Akteure des schweizerischen Gesundheitssystems teilnahmen, den Entwurf ihres Berichts. Während dieser Tagung drehte sich die Diskussion um folgende drei Hauptfragen: Wirksamkeit des schweizerischen Gesundheitssystems, Effizienz und Kosten des Systems und schliesslich die Systemsteuerung.

Der Berichtsentwurf, welcher durch die Expertise von zwei Partnerländern (Finnland und Niederlande) bereichert wurde, fand gesamthaft gesehen guten Anklang und löste einen interessanten Meinungs austausch aus. Auf der Basis dieser Diskussion und der Kommentare, die jeder Teilnehmende an die Experten der beiden internationalen Organisationen richten konnte, erstellen diese schliesslich ganz unabhängig den Schluss-

bericht, der im Herbst 2006 veröffentlicht und offiziell vorgestellt werden soll.

Schlussbemerkung

Der Carl Bertelsmann-Preis, wie auch die durchgeführten Analysen der WHO und OECD, mögen dazu beigetragen haben, dass das Ausland vermehrt auf das schweizerische Gesundheitssystem aufmerksam wurde. In den vergangenen Jahren haben mehrere Länder am Krankenversicherungssystem der Schweiz Interesse bekundet und sind zu Arbeitsbesuchen in die Schweiz gereist. Es waren dies insbesondere die Niederlande, Deutschland und einzelne deutsche Bundesländer, Kanada und seine Provinz Alberta wie auch das Verwaltungsgebiet Hongkong. Bei diesen Besuchen ging es im Allgemeinen um Finanzierungsfragen des Krankenversicherungssystems, aber auch um weitere Gestaltungselemente. Deutschland interessiert sich seit einiger Zeit insbesondere im Hinblick auf die Einführung von Kopfprämien, die Niederlande im Hinblick auf ein System mit liberalen Elementen.

Das internationale Interesse am Gesundheitssystem der Schweiz ist nach wie vor gross. Dies mag im Kontrast zur Kritik innerhalb der Schweiz stehen. Auf die Frage eines Journalisten der Zeitung *«Neue Westfälische»* nach der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Reform, räumte Bundesrätin Dreifuss anlässlich der Preisverleihung des Carl Bertelsmann-Preises ein, dass eine neue Befragung zum KVG wahrscheinlich einen negativen Ausgang hätte, da die Kostensteigerung nicht so rasch wie erwartet abnimmt.⁷

Andrea Nagel-Drdla, mag. rer. pol., wiss. Mitarbeiterin Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit.
E-Mail: andrea.nagel@bag.admin.ch

Vincent Koch, lic. rer. pol., wiss. Mitarbeiter der Sektion Tarife und Leistungserbringer, Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit. E-Mail: vincent.koch@bag.admin.ch

6 www.euro.who.int/document/e68670.pdf

7 Neue Westfälische, 7.9.2000: «Krankenversicherung ist keine Lotterie», Das Interview: Schweizer Bundesrätin Ruth Dreifuss zur Gesundheitsreform.

Ergänzungsleistungen für 15 Prozent der Rentenbeziehenden

15 % der Rentenbeziehenden in der Schweiz oder 244 500 Personen erhielten Ende 2005 eine Ergänzungsleistung (EL). Von den IV-Rentnerinnen und -Rentnern bezogen 29 % eine EL. Bei den Personen mit einer Altersrente waren 12 % auf EL angewiesen. Diese Quoten unterscheiden sich stark nach Kantonen. Die EL-Ausgaben beliefen sich auf knapp drei Milliarden Franken.



Urs Portmann

Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik, BSV

Quoten auf, die über dem schweizerischen Durchschnitt von 29 % liegen. Die niedrigsten Quoten können in den Kantonen Wallis, Appenzell I. Rh., Nidwalden, Graubünden und Aargau festgestellt werden, wo sie unter 23 % liegen.

Bei den EL zur Altersversicherung erhalten im Kanton Wallis 6 % der Altersrentner und -rentnerinnen eine EL, im Kanton Tessin sind es 21 %. Zwischen diesen beiden Extremen liegen die Werte der andern Kantone. Neben dem Tessin weisen alle Westschweizer Kantone hohe EL-Bezugsquoten auf, zusammen mit Luzern und Basel-Stadt. In all diesen Kantonen beziehen mehr als 13 % der Personen im Rentenalter eine EL. Zur Gruppe der Kantone mit niedrigen Bezugsquoten gehören neben Wallis auch Zug, Appenzell I.Rh., Aargau, Nidwalden, Basel-Landschaft und Graubünden. In diesen Gebieten beanspruchen weniger als 9 % der RentnerInnen eine EL. Die andern Kantone liegen im

Bestandeszunahme um 4,1 %

Ende 2005 erhielten 244 500 Personen eine Ergänzungsleistung (EL). Gegenüber dem Vorjahr hat dieser Bestand um 4,1 % zugenommen. Die Bezügerzahlen erhöhten sich in erster Linie bei den EL zur IV stark (**Tabelle 1**). 29 % der IV-Rentner und -rentnerinnen bezogen eine EL. Bei den Personen mit einer Altersrente blieb der Bedarf nach EL in den letzten Jahren stabil. Bei ihnen waren rund 12 % auf EL angewiesen. Diese Anteile oder Bezügerquoten unterscheiden sich stark nach Kanton.

Kantonal unterschiedliche EL-Quoten

Je nach Kanton werden EL ganz unterschiedlich beansprucht. Bei den EL zur Invalidenversicherung

weisen alle bevölkerungsmässig grossen Kantone wie Zürich, St.Gallen, Tessin, Genf, Bern, Luzern, Waadt und Basel-Stadt hohe EL-

244 500 Personen beziehen knapp drei Milliarden EL

T1

Personen mit EL und EL-Ausgaben nach Versicherungsweig, Ende 2000–2005

Jahr	Personen mit EL			EL-Ausgaben in Mio. Fr.		
	Total	EL zur AHV	EL zur IV	Total	EL zur AHV	EL zur IV
2000	202 700	140 800	61 800	2 288,2	1 441,0	847,2
2001	207 800	140 000	67 800	2 351,2	1 442,4	908,8
2002	217 000	143 400	73 600	2 527,8	1 524,8	1 003,0
2003	225 300	146 000	79 300	2 671,3	1 572,6	1 098,6
2004	234 800	149 400	85 400	2 847,5	1 650,9	1 196,5
2005	244 500	152 500	92 000	2 981,7	1 695,4	1 286,3
Veränderung zum Vorjahr in Prozent						
2000	3,2	1,3	7,7	2,3	0,1	6,2
2001	2,6	-0,6	9,7	2,8	0,1	7,3
2002	4,4	2,4	8,5	7,5	5,7	10,4
2003	3,9	1,8	7,8	5,7	3,1	9,5
2004	4,2	2,3	7,7	6,6	5,0	8,9
2005	4,1	2,1	7,8	4,7	2,7	7,5

Quelle: EL-Statistik, BSV

Kantonale EL-Quoten zwischen 8 und 23 Prozent

T2

Personen mit EL nach Kanton und Versicherungszweig, Ende 2005

Kanton	Personen mit EL ¹			EL-Quoten: Personen mit EL in % der RentnerInnen		
	Total (AV, HV, IV)	EL zur AV	EL zur IV	Total (AV, HV, IV)	EL zur AV	EL zur IV
Total	244 504	149 586	92 001	15,2	12,0	28,9
Zürich	35 420	20 962	14 127	13,2	9,9	28,7
Bern	33 353	21 474	11 416	15,3	12,1	33,8
Luzern	13 184	8 357	4 672	17,8	14,6	32,2
Uri	871	576	283	11,2	9,2	23,8
Schwyz	3 195	1 995	1 158	12,9	10,2	26,6
Obwalden	855	538	309	13,6	11,0	26,1
Nidwalden	706	445	255	9,9	7,8	21,5
Glarus	1 128	656	460	12,9	9,7	27,8
Zug	1 773	1 000	762	9,5	6,8	23,1
Freiburg	9 042	5 808	3 125	18,6	16,8	25,9
Solothurn	7 310	4 168	3 054	13,0	9,6	27,3
Basel-Stadt	10 629	5 459	5 082	19,6	13,6	38,5
Basel-Landschaft	7 041	4 017	2 959	11,1	8,2	23,0
Schaffhausen	2 266	1 339	900	12,4	9,3	26,5
Appenzell A. Rh.	1 416	829	567	12,3	9,2	26,6
Appenzell I. Rh.	290	178	109	9,2	7,0	21,3
St. Gallen	15 150	8 605	6 343	15,6	11,9	29,3
Graubünden	4 309	2 647	1 612	10,5	8,2	22,4
Aargau	11 722	6 290	5 304	10,4	7,3	22,7
Thurgau	5 907	3 447	2 382	12,8	9,7	26,2
Tessin	19 195	13 101	5 777	22,8	20,8	30,7
Waadt	26 688	17 000	9 366	19,7	16,4	34,3
Wallis	5 286	2 753	2 457	8,4	5,8	18,7
Neuenburg	6 758	4 328	2 368	16,7	14,2	27,5
Genf	17 642	11 387	6 050	20,2	17,4	31,2
Jura	3 368	2 227	1 104	19,9	18,1	27,4

1 Erwachsene EL-beziehende Personen,
AV = Altersversicherung
HV = Hinterlassenenversicherung
IV = Invalidenversicherung

Quelle: EL-Statistik, BSV

Mittelfeld mit Anteilen zwischen 9 und 13 % (**Tabelle 2, Grafik 1**).

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen den EL-Quoten der Invaliden und der Betagten. Kantone mit hohen Anteilen von EL-Beziehenden in der IV weisen auch in der Altersversicherung entsprechend hohe Anteile aus.

Gründe für die unterschiedlichen EL-Quoten

Die Gründe für die unterschiedlichen EL-Quoten wurden kürzlich

in einer Studie detaillierter untersucht. Mit einem ökonomischen Regressionsmodell wurde ermittelt, welche Faktoren die EL-Quote beeinflussen. Man unterscheidet zwischen EL-spezifischen Faktoren wie Informationspolitik, Finanzierungsschlüssel, Vermögensfreibeträgen und strukturellen Faktoren wie ökonomische, soziodemografische, politische und kulturelle Zusammensetzung der Bevölkerung. Die Analyse wurde auf Gemeindeebene durchgeführt, beschränkte sich aber nur auf die Quote der Altersrentner und -rentnerinnen, die zu Hause

wohnten (Referenz siehe Textkasten).

Die Analyse zeigt, dass die Informationspolitik der EL-Durchführungsorgane einen statistisch signifikanten, wenn auch eher geringen Einfluss auf die EL-Quote hat. Sie steigt somit nur unwesentlich in jenen Gemeinden und Kantonen, in denen ausführlicher über die EL informiert wird. Auch bei den anderen untersuchten EL-spezifischen Faktoren konnte nur ein geringer Einfluss auf die EL-Quote festgestellt werden. Wenn die Gemeinden einen kleineren Anteil des EL-Betrags finanzieren müssen, steigt die EL-Quote nur unbedeutend. Und jene Kantone, die einen höheren Freibetrag für selbstbewohnte Liegenschaften gewähren, weisen nur leicht höhere Bezügerquoten auf.

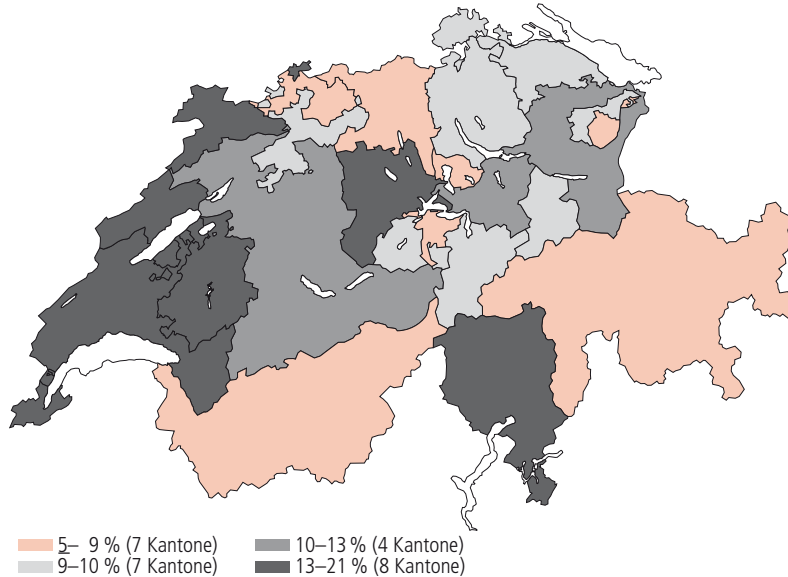
Eine wesentlich stärkere Rolle spielen die untersuchten strukturellen Merkmale. Die bedeutendsten Einflüsse bilden dabei der Anteil ausländischer Rentner und Rentnerinnen, der Anteil erwerbstätiger Personen im Rentenalter, die Wohneigentumsquote, die steuerliche Belastung sowie das Einkommensniveau:

- Ein hoher Anteil ausländischer Rentner und Rentnerinnen führt zu einer höheren EL-Quote.
 - Je mehr Rentner und Rentnerinnen einer Erwerbsarbeit nachgehen, desto tiefer liegt die EL-Quote.
 - Je höher die Wohneigentumsquote, desto tiefer die EL-Quote.
 - Eine höhere steuerliche Belastung niedriger Einkommen führt zu einer höheren EL-Quote.
 - Ein höheres Einkommensniveau in einer Gemeinde führt zu einer tieferen EL-Quote.
- Auch die folgenden Faktoren üben einen statistisch signifikanten Einfluss auf die EL-Quote aus, doch ist das Ausmass gering:
- Eine ländliche Gemeinde weist eine tiefere Quote auf als eine nicht-ländliche.

Hohe EL-Quoten im Westen und Süden der Schweiz

EL zur Altersversicherung, EL-Bezugsquoten nach Kanton, Ende 2005

G1



Quelle: EL-Statistik, BSV

EL-Quote

Eine wichtige Kennzahl der EL-Statistik ist die EL-Quote. Diese misst den Anteil der Personen mit EL am Total der rentenbeziehenden Personen – gesamthaft oder für spezifische soziodemografische Gruppen. Die EL-Quote ist damit ein Indikator für das Risiko, EL zu beziehen.

EL-Statistik

Detaillierte Angaben zu den EL finden Sie in der neuen Publikation

Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, 2005

Bestellnummer 318.685.05 d (deutsche Ausgabe)

318.685.05 f (französische Ausgabe)

Zu beziehen bei:

BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern,

Fax 031/325 50 58

Mail verkauf.zivil@bbl.admin.ch

oder direkt abrufbar im Internet

www.bsv.admin.ch

Der ausführliche Tabellenteil mit den Ergebnissen der EL-Statistik 2005 wird nicht mehr in der erwähnten Publikation veröffentlicht, sondern ist verfügbar unter www.el.bsv.admin.ch

Untersuchung der EL-Quoten

Ecoplan, Gründe für unterschiedliche EL-Quoten, Statistische Analyse im Rahmen der Evaluation der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV, Bern 2006.

Die Studie kann abgerufen werden auf der Homepage von Ecoplan: www.ecoplan.ch

Diese Studie wurde im Rahmen einer Untersuchung erstellt, in der die Informationspolitik und die Gesuchsprüfung bei den EL evaluiert wurden. Weitere Informationen dazu bei Ueli Luginbühl, Eidgenössische Finanzkontrolle, Fachbereich «Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation», Monbijoustrasse 45, 3003 Bern, Tel. +41 31 323 10 55, E-Mail: ueli.luginbuehl@efk.admin.ch, Internet: www.efk.admin.ch

Vgl. Artikel von U. Luginbühl auf Seite 203.

- Ein höheres Mietzinsniveau führt zu einer höheren EL-Quote.
- Eine Gemeinde der lateinischen Schweiz weist eine tendenziell höhere EL-Quote auf.
- Je mehr in einer Gemeinde die politische Meinung vorherrscht, der Sozialstaat soll eher ausgebaut werden, desto höher liegt die EL-Quote.

Wider Erwarten konnte bei folgenden Faktoren kein signifikanter Einfluss auf die EL-Quote festgestellt werden:

- Ein hoher Anteil von Rentenbeziehenden in einer Gemeinde hat keinen Einfluss auf die EL-Quote.
- Ein hoher Anteil von Hochbetagten in einer Gemeinde hat keinen Einfluss auf die EL-Quote.
- Die Einwohnerzahl einer Gemeinde beeinflusst die EL-Quote nicht.

All diese Aussagen beruhen auf einem statistischen Modell, das die Unterschiede zu rund 35 % erklären kann. Die EL-Quoten werden natürlich noch von weiteren Faktoren bestimmt, die im Modell nicht berücksichtigt wurden, weil sie entweder nicht bekannt sind oder die entsprechenden Angaben nicht beschafft werden konnten. Diese Einschränkung ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Drei Milliarden EL-Ausgaben

Die Ausgaben für die EL beliefen sich im Jahr 2005 auf knapp drei Milliarden Franken und nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 4,7 % zu. Diese Zuwachsrate liegt unter dem Wert der letzten drei Jahre. Sie ergibt sich aus einem Wachstum von

2,7 % bei den EL zur AHV und einem solchen von 7,5 % bei den EL zur IV. Setzt man die Summe der EL-Leistungen ins Verhältnis zur Summe der ausgerichteten IV-Renten, kommt man auf einen Anteil von 25 %; vor zehn Jahren waren es noch 15 %. Wesentlich tiefer ist dieses Verhältnis bei den EL zur AHV,

wo die EL-Ausgaben nur sechs Prozent der Rentensumme ausmachen. Dieser Anteil lag zu Beginn der 90er-Jahre mit 8 % leicht höher.

Urs Portmann, Dr. phil., Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik, Bereich Statistik, BSV. E-Mail: urs.portmann@bsv.admin.ch

Die Information funktioniert gut – der Missbrauch wird als gering erachtet

Die Eidg. Finanzkontrolle konnte aufgrund einer Evaluation feststellen, dass die Information über die Ergänzungsleistungen (EL) gut funktioniert. Die grossen Unterschiede bei der Ergänzungsleistungsquote in den Kantonen und Gemeinden sind primär auf demografische und strukturelle Faktoren zurückzuführen. Unterschiede bei den Informationstätigkeiten spielen eine untergeordnete Rolle. Bei der Gesuchsprüfung treten zum Teil Schwierigkeiten auf, der Missbrauch wird aber als gering erachtet.



Ueli Luginbühl
Eidgenössische Finanzkontrolle

Die EL zur AHV und IV wurden 1966 eingeführt. Ursprünglich als Übergangsleistung gedacht, haben sie sich in der Zwischenzeit zu einem unverzichtbaren Bestandteil der 1. Säule entwickelt. Im Gegensatz zur AHV handelt es sich um bedarfsabhängige Versicherungsleistungen. Der Anspruch muss von den Berechtigten geltend gemacht werden. Der Mangel an Information wurde oft als ein Hindernis für eine einheitliche Umsetzung der EL und für die Gleichbehandlung angesehen.

¹ Das Postulat 03.3009 der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit NR vom 19. Februar 2003 verlangt einen Bericht zur Informationspflicht von zum Bezug von EL Berechtigten. Mit dem Postulat 01.3172 vom 23. März 2001 verlangt Nationalrat Rossini eine Evaluation der EL. Er ersucht den Bundesrat, abzuklären, wie sich das Kriterium des Reinvermögens auf die Berechnung der anrechenbaren Einnahmen und auf die Gewährung oder die Nichtgewährung von EL auswirkt.

Die EL werden aus allgemeinen Steuermitteln des Bundes, der Kantone und teilweise der Gemeinden finanziert. Der Bundesanteil belief sich auf 22,6%. Im Zusammenhang mit der Einführung der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) ist bei der EL ein neuer Finanzierungsschlüssel zwischen Bund und Kantonen vorgesehen. Der Bund wird künftig rund $\frac{5}{8}$ der EL-Ausgaben für die Deckung des allgemeinen Existenzbedarfs übernehmen, hingegen gehen die EL zur Deckung der zusätzlichen Heimkosten sowie der Krankheits- und Behinderungskosten vollständig zulasten der Kantone. Somit wird sich der Bundesanteil gemäss Hochrechnungen auf rund 30% erhöhen. Ende 2005 erhielten rund 244 500 Personen oder 15,2% der AHV- und IV-RentnerInnen Ergänzungsleistungen im Gesamtbetrag von knapp drei Mrd. Franken, was einen durchschnitt-

lichen Jahresbetrag von 12 000 Franken ausmacht.

Mit einer Evaluation im Bereich der Ergänzungsleistungen wollte die Eidg. Finanzkontrolle (EFK) die Umsetzung des gesetzlichen Informationsauftrags durch die Vollzugsorgane prüfen. Weiter wurde die Anwendung der Regelung des anrechenbaren Vermögens bei der Gesuchsprüfung durch die einzelnen Kantone analysiert. Schliesslich wurde untersucht, inwieweit verschiedenste Faktoren die sehr unterschiedlichen kantonalen und kommunalen Ergänzungsleistungsquoten beeinflussen (Ergebnisse dazu siehe Artikel von U. Portmann, Seite 199). Der Bericht der EFK dient dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) auch der Beantwortung von zwei Postulaten des Nationalrats¹.

Die Evaluation stützt sich auf Auswertungen einer schriftlichen Befragung der EL-Durchführungsorgane (28 EL-Durchführungsstellen, entspricht einer Rücklaufquote von 100% und 1138 AHV-Zweigstellen, Rücklaufquote von 63%) sowie einer telefonischen Befragung bei 2347 Personen ab 60 Jahren. Zudem dienen auch Interviews, schriftliche Unterlagen, das EL-Statistikregister beim BSV sowie eine multivariate statistische Analyse als Grundlage dieser Evaluation.

Die Teilnahme der EL-Durchführungsstellen und AHV-Zweigstellen an der schriftlichen Befragung sowie an den vertiefenden Interviews bildete einen wesentlichen Bestandteil der Untersuchung. Es wurde daher beschlossen, für die Dauer des Projekts eine Begleitgruppe u.a. mit Vertretern des BSV und der EL-Durchführungsstellen einzusetzen. Diese unterstützte das Projektteam bei der Umsetzung des Projekts so-

Informationsflüsse im Bereich der EL

G1

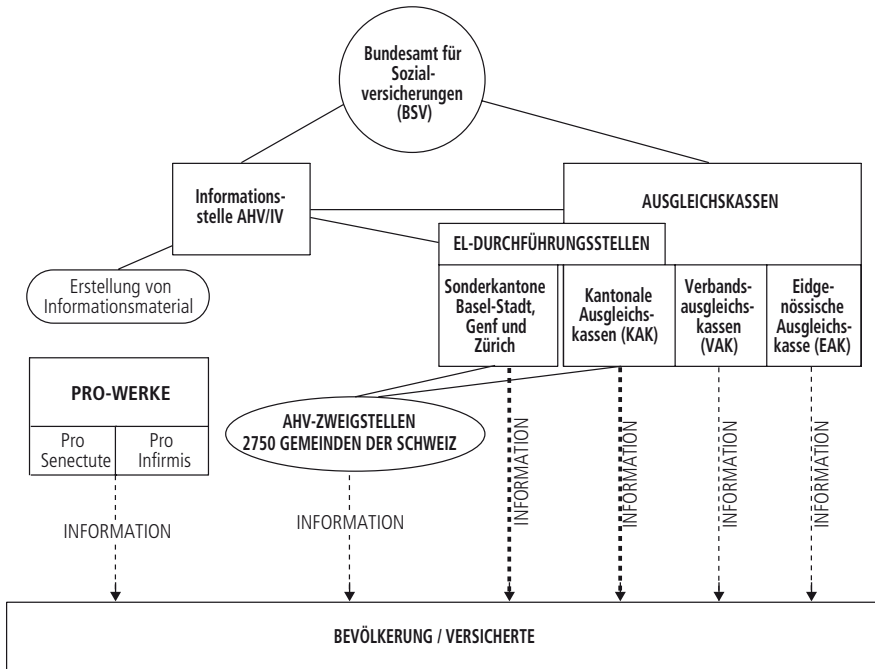
sätzlich keine direkte Informations-tätigkeit wahr.

Besondere Schwierigkeiten bei der Gesuchsprüfung

Grundsätzlich wird den Angaben der EL-Gesuchstellenden vertraut. Die EL-Durchführungsorgane nehmen dennoch vertiefte Prüfungen der EL-Neugesuche vor. Die Gesuchsabwicklung und -prüfung in den verschiedenen Kantonen ist vergleichbar, wobei die Neuanmeldungen vertiefter abgeklärt werden als die periodischen Revisionsfälle. Die grössten Schwierigkeiten bei der Überprüfung von EL-Gesuchen bereiten den EL-Durchführungsstellen Sachverhaltserhebungen und -beurteilungen zu Änderung des Pflegebedarfs, ausländischen Liegenschaften und Rentenansprüchen, Berechnung des hypothetischen Einkommens, BVG-Ansprüchen sowie Erbschaften. Allfällige von den EL-Gesuchstellenden nicht deklarierte Werte bleiben den EL-Durchführungsorganen häufig unbekannt und können demnach auch nicht überprüft werden. Beim Informationsaustausch bzw. bei der Datenverfügbarkeit zwischen allen beim Gesuchsverfahren möglichen involvierten Stellen ist indes Verbesserungspotenzial vorhanden. Der EL-Missbrauch wird von den 1166 EL-Durchführungsorganen auf 0 bis 5 % aller EL-Fälle geschätzt.

Verzichtshandlungen spielen eine untergeordnete Rolle

Bei einer Neuanmeldung muss die EL-Durchführungsstelle überprüfen, ob Vermögens- oder Einkunftsverzichte (z.B. leibzeitige Schenkungen an Nachkommen, gewährte Erbvorbezüge, Verzicht auf Erbschaften, Rentenleistungen, Rechtsansprüche und familienrechtliche Unterhaltsbeiträge sowie auf Wohnrechte bzw. Nutzniessungen) vorlie-



Quelle: EFK

wie bei der Validierung der Ergebnisse in fachlicher Hinsicht.

Die Information funktioniert und der Informationsstand ist gut

Die Evaluation hat ergeben, dass der gesetzliche Informationsauftrag von den EL-Durchführungsstellen wahrgenommen und in allen Kantonen regelmässig über EL informiert wird. Bezüglich der Intensität der Nutzung verschiedener Kommunikationsmittel bestehen indes gewisse Unterschiede. Neben den Ausgleichskassen, AHV-Zweigstellen und IV-Stellen, staatlichen Sozialdiensten sowie Alters- und Pflegeheimen sind Pro Senectute und Pro Infirmis ebenfalls wichtige Beratungs- und Informationsorgane im Bereich der EL. Fast 90 % der telefonisch Befragten haben schon einmal etwas über EL gehört. Daraus ist zu schliessen, dass durch die EL-Informationstätigkeiten ein relativ

grosser Adressatenkreis erreicht wird.

Die Bevölkerung wird über verschiedene Kanäle informiert. Die EL-Durchführungsstellen informieren schriftlich bei erstmaligen AHV- und IV-Rentenverfügungen. Die übrige Bevölkerung wird in erster Linie über die Presse informiert. Die AHV-Zweigstellen informieren neben Artikeln in Lokalzeitungen insbesondere mit dem Aushang von Plakaten. Das Internet bildet heute ebenfalls einen wichtigen Informationskanal. Eine weitere zentrale Informationsquelle für potenzielle EL-Beziehende ist das unmittelbare persönliche Umfeld, also Familie, Verwandte und Freunde.

Die Grafik 1 stellt die wichtigsten Informationsflüsse im Bereich der EL gemäss der Nähe zu der Bevölkerung dar, wobei die Stärke der Pfeile die Intensität der Einflussnahme auf diese zeigt.

Das BSV als Aufsichtsorgan über die Durchführung der EL nimmt gegenüber der Bevölkerung grund-

gen. Die schriftliche Befragung bei den EL-Durchführungsstellen zeigt, dass bei geschätzten 10 % der eingereichten EL-Gesuche Verzichtshandlungen vorliegen. Das Vorliegen von Verzichtshandlungen bzw. die Annahme darüber werden, soweit dies sinnvoll erscheint und möglich ist, anhand der Steuerangaben rückwirkend überprüft. Bei den kontrollierten Zeitperioden bestehen zwischen den Kantonen jedoch Unterschiede.

Es stehen kaum Informationen über abgelehnte Gesuche zur Verfügung

Da keine detaillierten Daten über die abgelehnten Gesuche zur Verfügung stehen, kann nicht genau festgestellt werden, welche Kriterien in welchem Ausmass zur Ablehnung von EL-Gesuchen beitragen. Fest steht jedoch, dass die Freiräume bei den kantonalen Freibeträgen für Liegenschaften sowie beim anrechenbaren Vermögensverzehr von AHV- und IV-RentnerInnen in Heimen und Spitälern zu unterschiedlichen EL-Berechnungen führen. Rund 75 % aller EL-Beziehenden verfügen über kein anrechenbares Vermögen. Geschätzte 10 % der EL-Gesuchstellenden verfügen über Grundeigentum und 40 % von ihnen wird EL zugesprochen. Diese Quote ist im Verhältnis zu den zwei Dritteln gutgeheissenen Neugesuchen etwas tiefer.

Die EL-Nichtbezugsquote wird tief beurteilt

Als EL-Nichtbezugsquote wird der prozentuale Anteil der grund-

sätzlich EL-Berechtigten bezeichnet, welche ihre Ansprüche nicht geltend machen. Die EL-Durchführungsorgane schätzen die EL-Nichtbezugsquote der grundsätzlich EL-Berechtigten auf durchschnittlich 6 % ein (bei HeimbewohnerInnen wesentlich tiefer als bei zu Hause wohnenden Personen). Die EL-Nichtbezugsquote von rund 33 %, welche in einer im Jahr 1997 erschienen Nationalfondsstudie ausgewiesen wurde, erscheint heute angesichts der Erkenntnisse der vorliegenden Evaluation als zu hoch. Die wichtigsten Gründe für den Nichtbezug von EL sind grundsätzlich der fehlende Bedarf an Unterstützung und die Hemmschwelle, gegenüber dem Gemeinwesen die persönlichen und finanziellen Verhältnisse offen zu legen. Die Ergebnisse der telefonischen Befragung bestätigen diese Einschätzungen der EL-Durchführungsorgane.

Ergänzungsleistungen sind fester Bestandteil der 1. Säule

Der gesetzliche Informationsauftrag wird in allen Kantonen erfüllt. Dabei wird die Information über verschiedene Kanäle verbreitet und von den Adressaten wahrgenommen. Die Informationstätigkeit hat indes eher einen geringen Einfluss auf die EL-Quoten in den Kantonen und Gemeinden. Diese werden wesentlich stärker von demografischen und strukturellen Faktoren beeinflusst. Die Gesuchsabwicklung und -prüfung in den verschiedenen Kantonen ist vergleichbar und der EL-Missbrauch wird seitens der EL-Durchführungsorgane als gering erachtet.

Die Ergebnisse der Evaluation führen zu folgenden fünf Empfehlungen zuhanden des BSV:

- Fixierung eines Minimalstandards für Informationstätigkeiten der EL-Durchführungsstellen bzw. AHV-Zweigstellen zusammen mit der Kommission für EL-Durchführungsfragen
- Einheitliche Festlegung des Vermögensverzehrs bei AHV- und IV-Rentnern in Heimen für alle Kantone
- Künftige Erfassung der Daten über die abgelehnten EL-Gesuche im EL-Statistikregister des BSV
- Wiedereinführung von materiellen EL-Einzelfallprüfungen bei den EL-Durchführungsstellen vor Ort durch das BSV
- Sicherstellung des automatischen Zugangs der EL-Durchführungsstellen zu den für die Gesuchsprüfung relevanten Daten (insbesondere Steuerdaten).

Ueli Luginbühl, Betriebsökonom FH, NDS in Evaluation Universität Bern, Projektleiter, Fachbereich «Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation», Eidgenössische Finanzkontrolle.
E-Mail: ueli.luginbuehl@efk.admin.ch

Der Bericht ist abrufbar unter www.efk.admin.ch

Jugendliche machen sich stark für Vielfalt, Menschenrechte und Partizipation

Am 22. Mai 2006 wurde im Bundeshaus die Europaratskampagne «alle anders – alle gleich» vorgestellt (siehe CHSS 3/2006, Seite 130). Von Juni 2006 bis September 2007 setzen sich Jugendliche für Vielfalt, Menschenrechte und Partizipation ein. Wir erklären hier, was dahinter steht und wie die Kampagne gestaltet wird.

Annette Leimer Bakkers

Geschäftsfeld Familie,
Generationen und Gesellschaft, BSV

Alles nur aufgewärmt?

1995 führte der Europarat unter dem Motto «alle anders – alle gleich» eine Kampagne durch gegen Rassismus, Antisemitismus, Ausländerfeindlichkeit und Intoleranz. In der Schweiz zeichnete ein grosses Kampagnenkomitee mit Einzelpersonen sowie verschiedenen Partnern aus der ausserschulischen Jugendarbeit, von Jugend- und Menschenrechtsgruppen, den Kantonen und vom Bund für die vielen Aktionen, Podiumsdiskussionen und Veranstaltungen verantwortlich. Die Arbeiten im Rahmen der damaligen Kampagne führten unter anderem zur Schaffung der heutigen Fachstelle für Rassismusbekämpfung im GS EDI. Eine lokale Gruppe, die für die Kampagne 1995 gebildet wurde und sich gegen den Rassismus einsetzt, besteht noch heute.

2005 fanden sich die Staats- und Regierungschefs des Europarates in Warschau zum 3. Gipfel zusammen. Der damalige Bundespräsident Samuel Schmid vertrat dabei die Schweiz. An diesem Gipfeltreffen wurde ein Aktionsplan verabschiedet, der explizit die Förderung der Jugendkooperation beinhaltet. Eine

Kampagne für Vielfalt, Menschenrechte und Partizipation wurde als Teil dieses Aktionsplans geplant. Diese Kampagne findet, wie Sie in der letzten Ausgabe von CHSS lesen konnten, von Juni 2006 bis September 2007 statt. Sie läuft unter dem Motto «alle anders – alle gleich». Ist damit die Kampagne 2006/2007 einfach eine Reprise der Ausgabe 1995? Keineswegs!

Warum überhaupt diese Kampagne?

Die Vielfalt ist positiv und eine Bedingung für kulturelles und gesellschaftliches Leben. Sie ist aber auch eine Herausforderung. Die Schattenseiten der Vielfalt, wie mangelnde Integration oder eine zunehmende Zahl von diskriminierenden und rassistischen Vorfällen, müssen angesprochen werden. Die Förderung von Menschenrechten und Partizipation gelten als Konzepte für aktive Staatsbürgerinnen und Staatsbürger der Demokratie. Alle diese Überlegungen werden im Titel der Kampagne «alle anders – alle gleich» prägnant zusammengefasst: Alle Menschen sind auf Grund ihrer Individualität, Talente, Begabungen

**alle anders
alle gleich**

und Potenziale anders, aber sie sind alle gleich vor dem Gesetz, sowohl als Staatsbürgerinnen und Staatsbürger wie in Bezug auf ihre Menschenrechte, die in der Europäischen Menschenrechtskonvention verankert sind.

Warum auch in der Schweiz?

In der heutigen globalisierten Welt können wir nicht mehr so tun, als ob uns des Nachbarn Streit nichts angehe. Die Schweiz ist Teil von Europa und muss sich gemeinsam mit dem Europarat gegen Rassismus und Diskriminierung einsetzen. Darüber hinaus wird die Vielfalt in der Schweiz schon gelebt und kann als Vorbild gelten: Sprachliche Minderheiten, zum Beispiel, werden geschützt, und im Grossen und Ganzen besteht in der Schweiz ein friedliches Nebeneinander.

Die schweizerische Vielfalt ist jedoch keine Selbstverständlichkeit, sie wird jeden Tag neu ausgehandelt. Vor und nach jeder Abstimmung wird über Röstli- und Polenta-gräben gesprochen. Es braucht den politischen Willen und konkrete Taten, um Vielfalt zu leben. Diese Offenheit und Bereitschaft zu geben und zu nehmen ist auch bezüglich unserer neuen Vielfalt gefragt.

Der Integrationsprozess in der Schweiz war im europäischen Vergleich bisher recht erfolgreich. Die Herausforderungen jedoch bleiben. Sie betreffen besonders die Jugend. Der erst vor kurzem präsentierte Integrationsbericht des Bundesamtes für Migration weist darauf hin, dass 50 000 ausländische Kinder Sonderklassen besuchen. Sie werden damit anteilmässig wesentlich häufiger als Schweizer Kinder als so genannt Lernschwache eingestuft. Jährlich

absolvieren 3000 ausländische Jugendliche keine ordentliche Berufsausbildung. Für Jugendliche aus dem ehemaligen Jugoslawien, der Türkei aber auch Portugal sind Lehrstellenplätze besonders schwer zugänglich. Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass es eine Diskriminierung auf Grund der Herkunft gibt. Da wird eine Zeitbombe für unsere Gesellschaft geladen!

Um an der Gesellschaft teilhaben zu können, muss eine Chancengleichheit im Zugang zu Bildung, Arbeit und anderen Ressourcen bestehen. Dieser gerechte Zugang muss von der Gesellschaft sichergestellt werden. Andererseits kennen wir erfolgreiche Integrationsprozesse, und schon integrierte Menschen können ihre Erfahrungen und ihr Wissen weitergeben und so andere einschliessen. Chancengleichheit bedeutet weiter, Diskriminierung abzubauen und vorbeugend zu verhindern. Als Beispiel soll die Kampagne ermöglichen, Diskriminierungen, welche Jugendliche erfahren (Lehrstellensuchende, Zugang zu Lokalen etc.), zu thematisieren und konstruktive Lösungsvorschläge vorzustellen.

Und konkret?

Nur mit vereinten Kräften, im gemeinsamen Wirken der zivilen Gesellschaft und NGOs, der Verwaltung und Eidgenössischen Kommissionen, können die oben skizzierten Ziele erreicht werden. Der Bund kann auf die Rahmenbedingungen einwirken, indem Erfahrungen bei der Förderung von Jugendpartizipationsprojekten oder von solchen gegen Rassismus an ein breiteres

Publikum herangetragen werden, indem Projekte finanziell unterstützt werden oder schon entwickeltes Wissen an Projektträger weitergegeben wird. Die einzelnen konkreten Projekte müssen aber vor Ort, auf lokaler oder regionaler Ebene und bei NGOs stattfinden.

Im Gegensatz zur Kampagne 1995 wird für 2006/2007 kein grosses Kampagnenkomitee eingesetzt. Die Kampagnenleitung wird von INFO KLICK.CH (Kinder- und Jugendförderung Schweiz) in Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV sichergestellt. Eine Steuergruppe (BSV, Fachstelle für Rassismusbekämpfung, INFO KLICK und SAJV) stellt die Tagesleitung und die laufenden Kontakte sicher. Die Bundesstellen, die von den inhaltlichen Zielen der Kampagne angesprochen sind, wurden an einer ersten Sitzung über die Kampagne informiert. In den nächsten Monaten wird es darum gehen, die Kantone ebenfalls für die Anliegen der Kampagne zu gewinnen. Die NGOs (Jugendverbände wie Menschenrechtsorganisationen) werden an einem eigenen Treffen über Impulse aus der Kampagne informiert und erarbeiten, wie sie sich für Vielfalt, Menschenrechte und Partizipation einsetzen können.

Für diese Kampagne wird kein eigener Kredit zur Verfügung gestellt. Schon bestehende Kredite, wie der Projektkredit im Rahmen des Jugendförderungsgesetzes oder die Finanzhilfen gegen Rassismus, werden gezielt für die Unterstützung von Aktivitäten im Rahmen der Kampagne eingesetzt. Die schon erwähnten Bundesstellen haben untereinander abgesprochen, Projekte in-

haltlich zu fördern und somit die Kampagne breit abzustützen. Stellen, die keine Geldmittel zur Verfügung stellen können, aber inhaltlich betroffen sind (Beispiel Frauen, Rassismus, Sport, Behinderte), werden die Anliegen der Kampagne in die Alltagsarbeit einfließen lassen und schon bestehende Gefässe nutzen.

Kampagne à la jeunesse

Im Gegensatz zu bekannten und medienwirksamen Kampagnen ist die Kampagne «alle anders – alle gleich» eine Baustelle. Erst im Zusammenfließen der verschiedenen Vorhaben und Veranstaltungen wird sie Gestalt annehmen und ein Gesicht erhalten. Erste Schritte wurden schon gemacht: Am 2. und 3. Juni 2006 fand am Imagine Festival gegen Rassismus (Basel) sowie an den Footbag-Europameisterschaften (Lausanne) die Eröffnung der Kampagne statt. Verschiedene Projekte werden im Laufe der nächsten Monate realisiert und können hoffentlich als Beispiel gelten für weitere mögliche Projektträger. Wir werden Sie über den Fortschritt dieses Kampagnen-Gebäudes auf dem Laufenden halten.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.alleanders-allegleich.ch
www.tousdifferentstousegaulx.ch
www.tuttiiversi-tuttiuguali.ch
www.tutsdifferentstutseguels.ch

Annette Leimer Bakkers, Bereich Kinder, Jugend- und Altersfragen, Geschäftsfeld Familie, Generationen und Gesellschaft, BSV.

E-Mail: annette.leimer-bakkers@bsv.admin.ch

Die 5. IV-Revision vor der Differenzbereinigung

Nach intensiver und aufwändiger Vorbereitung der 5. IV-Revision pasierte das komplexe Geschäft am 22. Juni 2006 zügig den Ständerat. Die Differenzen zum Nationalrat sind gering. Die 5. IV-Revision dürfte somit in der Herbstsession vom Parlament verabschiedet werden. Der nachfolgende Artikel beschäftigt sich allerdings weniger mit dem eigentlichen Gesetzestext als viel mehr mit den drei zentralen Neuerungen im IV-System, der Früherfassung, der Frühintervention und den Integrationsmassnahmen. Überdies werden weitere Änderungen, die zum Teil auch in den parlamentarischen Detailberatungen eingebracht wurden, kurz erläutert.



Adelaide Bigovic-Balzardi, Bernard Frei und Nancy Wayland Bigler
Geschäftsfeld IV, BSV

Früherfassung

Je früher ein Problem erkannt und angegangen wird, desto grösser sind die Chancen, mit relativ geringem Aufwand eine Verbesserung der Situation zu erreichen oder das Problem vollständig zu lösen. Es muss also darum gehen, erste Anzeichen, die auf eine mögliche Invalidisierung einer Person hinweisen, zu beachten und angemessen darauf zu reagieren. Dieser Überzeugung sind die Früherfassung (FE) und die Frühintervention (FI) der IV verpflichtet. Für eine erfolgreiche Früherfassung und Frühintervention, sind die IV-Stellen auf die Zusammenarbeit mit anderen Versi-

cherungsträgern angewiesen. Das bedeutet, eine Krankentaggeldversicherung kann durchaus die Früherfassung durchführen und zum Schluss kommen, die betroffene Person müsse sich bei der IV anmelden. Die IV wird die Früherfassung durchführen, wenn kein anderer Versicherungsträger dies tut.

Im Zusammenhang mit Invalidität sind zum Beispiel längere krankheits- oder unfallbedingte Abwesenheiten oder regelmässig wiederkehrende Kurzabwesenheiten als ernst zu nehmende Anzeichen zu werten. Personen (Arbeitgebende, Familienangehörige) und Instanzen (Krankentaggeldversicherung, Unfallversicherer etc.), die von solchen Ab-

wesenheiten Kenntnis haben, kommt eine grosse Bedeutung zu. Sie können versuchen, in einem Gespräch mit der betroffenen Person möglichen Ursachen und Folgen der vorliegenden längeren Arbeitsunfähigkeit nachzugehen. Gelingt ihnen dies nicht oder kommt es gar nicht zu einem Gespräch, können sie die betroffene Person bei der FE IV melden, nachdem erstere über diese Absicht informiert worden ist. Die betroffene Person kann sich aber auch selber melden. Die Meldung erfolgt schriftlich¹ auf einem zweiseitigen Meldeformular mit den notwendigen Angaben, die es der FE IV erlauben, die betroffene Person zu einem ca. einstündigen Gespräch (Erstgespräch) einzuladen. Dieses FE-Gespräch erfolgt spätestens fünf Wochen nach Eingang der Meldung, mithin also ca. zwei Monate nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Dieser direkte Kontakt soll es der FE IV ermöglichen, zusammen mit der betroffenen Person zu entscheiden, ob und allenfalls welche Schritte für die Normalisierung der Situation unternommen werden müssen. Es geht darum zu entscheiden, ob das Instrumentarium der IV für die Problemlösung geeignet und somit eine Anmeldung bei der IV angezeigt ist oder nicht. Letzteres ist der Fall, wenn die gesundheitlichen Probleme nicht der tatsächliche Grund für das Fernbleiben von der Arbeit sind. Der betroffenen Person und mit Einverständnis derselben wird der Meldeinstanz und allenfalls weiteren direkt Beteiligten gezeigt, welche Schritte zu unternehmen sind (z.B. Schuldensanierung, soziale Integrationsbemühungen, Sprach-

¹ 30 Tage Arbeitsunfähigkeit oder regelmässige Kurzabsenzen können eine Meldung begründen.

kurs, Eheberatung, Erziehungsberatung etc.), um der Erwerbstätigkeit wiederum im vorgesehenen Rahmen nachgehen zu können. Dies bedingt, dass die Früherfasser und Früherfasserinnen über ein breites Wissen und sehr umfassende Kenntnisse der sozialen Landschaft und der Beratungsangebote ihrer Region verfügen.

Stehen aber medizinische Ursachen im Vordergrund, d.h., zeichnet es sich ab, dass die aktuelle Situation tatsächlich ein Invalidisierungspotenzial birgt, wird der betroffenen Person erklärt, wie eine Lösung mit Massnahmen der IV aussehen würde, und sie wird aufgefordert, sich bei der IV anzumelden. Wichtig ist zu verstehen, dass es sich bei der eigentlichen Früherfassung der IV um ein kurzes Moment handelt, nämlich vom Eingang der Meldung bis zum Entscheid, ob eine Anmeldung bei der IV angezeigt ist oder nicht. Diese kurze Zeitspanne besteht also aus den Teilen

- Organisation des FE-Gesprächs
- Durchführung desselben und
- Festlegen der nächsten Massnahmen, immer in aktiver Zusammenarbeit mit der betroffenen Person selbst

Geprägt ist diese relativ kurze Phase von Anfang an durch den direkten, persönlichen Kontakt zwischen der FE IV und der betroffenen Person und – so weit als möglich – den Einbezug der Meldeinstanz und eventuell weiterer Personen (Arbeitgeber, behandelnder Arzt

etc.). Der hierzu nötige Informationsaustausch wird ermöglicht durch die anlässlich des Erstgesprächs von der betroffenen Person unterzeichnete Vollmacht. Ebenfalls zur FE gehören Beratungen, Dienstleistungen und Informationen allgemeiner Art, die nicht an eine konkrete versicherte Person gebunden sind. Darunter kann man sich telefonische Kurzauskünfte bei Anfragen von Arbeitgebenden und einer weiteren Kundschaft vorstellen, aber auch die Beziehungspflege zu Unternehmen der Region sowie Aufklärungs- und Informationsarbeit.

Frühintervention

Mit dem Eingang der Anmeldung für den Bezug von Leistungen der IV beginnt die Phase der Frühintervention. Die Anmeldung erfolgt wie bisher oder nach vorgängiger Früherfassung. Auch die Frühintervention zeichnet sich durch einen möglichst frühen direkten Kontakt zwischen der IV-Stelle und der versicherten Person aus. Die IV-Stelle wird gestützt auf die vorhandenen Unterlagen (Anmeldung und, wenn vorhanden, Meldung und Gesprächsprotokoll aus der Früherfassung, evtl. Arztbericht) entscheiden, ob die Person zu einem Assessment aufzubieten ist. Trifft dies zu, so findet diese ausführliche Abklärung der persönlichen Situation, in welcher alle vorhandenen Ressourcen (persönliches, familiäres und soziales Umfeld, professionelle Hilfe) geprüft werden, im ersten Monat nach Eingang der Anmeldung statt. Ziel des Assessments ist die Erstellung eines Eingliederungsplans, der aufzeigt, was wozu unternommen werden soll, um die Zwischenziele zu erreichen, die letztlich zu einer rentenausschliessenden² Eingliederung in den Arbeitsmarkt führen sollen.

Der Eingliederungsplan findet seine Zusammenfassung in einer verbindlichen «Vereinbarung be-

treffend der Massnahmen, die zur Eingliederung führen sollen» (Zielvereinbarung). Neben übergeordnetem Ziel und Teilziel hält sie auch fest, welche Massnahmen (aus dem Leistungskatalog der IV) für die Zielerreichung notwendig sind, wer für welche Schritte verantwortlich ist, sie äussert sich zu Termin, Dauer und Fristen der Massnahmen und legt fest, wann und wie die Umsetzung des Eingliederungsplans überprüft wird. Der Leistungskatalog der IV ist um die Integrationsmassnahmen (s.u.) und die Massnahmen der Frühintervention (MN FI) erweitert worden. Die MN FI greifen im Wesentlichen auf bestehende Angebote zurück, können aber auch unkonventionelle Massnahmen beinhalten wie z.B. ein persönliches Coaching oder eine Patientenschulung, in welcher die betroffene Person lernt, mit ihrer Krankheit umzugehen. MN FI kosten durchschnittlich Fr. 5000.– (max. Fr. 20000.–). Abgeschlossen ist die Frühintervention mit dem Grundsatzentscheid über die Eingliederung. Dieser fällt sechs Monate³ nach Eingang der Anmeldung. Zeigt die Abklärung, dass ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und eine objektive Eingliederungsfähigkeit gegeben⁴ ist, so werden die entsprechenden Massnahmen verfügt, mit der Auswirkung, dass kein Rentenanspruch besteht. Nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen wird mittels definitiven Einkommensvergleichs allenfalls über eine mögliche Teilrente zu entscheiden sein.

Integrationsmassnahmen

Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art, die heute von der IV gewährt werden – Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe – sind oftmals wenig geeignet, um insbesondere die stark zunehmende Gruppe von Menschen mit einer psychisch be-

2 In gewissen Situationen wird das zu erreichende Ziel allerdings eine prozentuale Erwerbsfähigkeit mit einer Teilrente sein.

3 Es handelt sich hier um den Entscheid, wie er Art. 28 Abs.1 Bst.a IVG zugrunde liegt: Dieser umschreibt eine Weichenstellung in Richtung Eingliederung oder (tendenziell) Berentung. Art. 49a IVG (neu) umschreibt diesen Entscheid auf Gesetzesstufe und ist als Verfahrensvorschrift ausgestaltet. Es handelt sich um eine absolute Maximaldauer.

4 Dazu gehört ein provisorischer Einkommensvergleich.

5 Sofern der Gesundheitsschaden eine Art und Schwere erreicht hat, welche die bisherige Arbeitstätigkeit seit mindestens sechs Monaten in einem Umfang von mindestens 50 % einschränkt.

dingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erfolgreich beruflich (wieder) einzugliedern. Für diese Zielgruppe ist ein direkter Einstieg in Massnahmen beruflicher Art oft nicht der geeignete Weg, weil diese Angebote zu hohe Anforderungen an die Belastbarkeit und die Konstanz stellten und zu wenig Rücksicht auf die soziale und persönliche Situation nehmen. Massnahmen am Übergang zwischen sozialer und beruflicher Integration können jedoch gerade für diese Menschen eine bessere Voraussetzung für den erfolgreichen Einstieg in berufliche Massnahmen bilden, welche die berufliche Eingliederung überhaupt erst ermöglichen.

Daher wurde der Leistungskatalog der IV um ein neues Instrument «Integrationsmassnahmen» zur sozialberuflichen Rehabilitation (Gewöhnung an den Arbeitsprozess, Stabilisierung der Persönlichkeit, Aufbau der Arbeitsmotivation, Einüben sozialer Grundelemente, Aufbau/Erhalt der Tagesstruktur) ausgebaut, um die Integrationschancen der obgenannten Zielgruppe zu verbessern. Personen aus dieser Zielgruppe können so schrittweise ihre Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit über ein Jahr aufbauen.

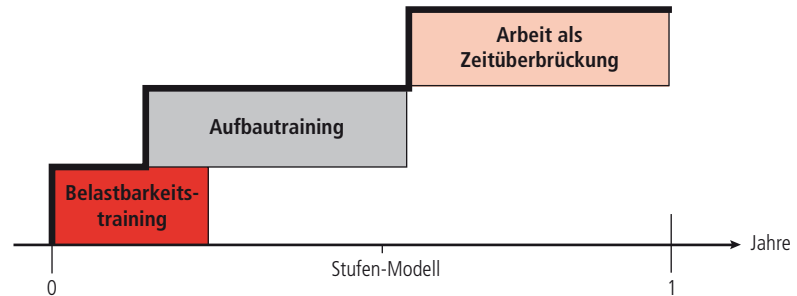
Die verschiedenen Integrationsmassnahmen

Bei der Konzeption der Integrationsmassnahmen wurden folgende Kriterien stark gewichtet:

- Modularer Aufbau
- Wiederholbarkeit
- Rasche und nachhaltige Eingliederung
- Vereinbarung klarer Ziele (konkret, akzeptabel, realistisch, messbar, hohe persönliche Verbindlichkeit, verbindlicher Eingliederungsplan)
- Individuelle Begleitung, Unterstützung und Förderung der Arbeitgebenden und der versicherten Personen

Stufen-Modell

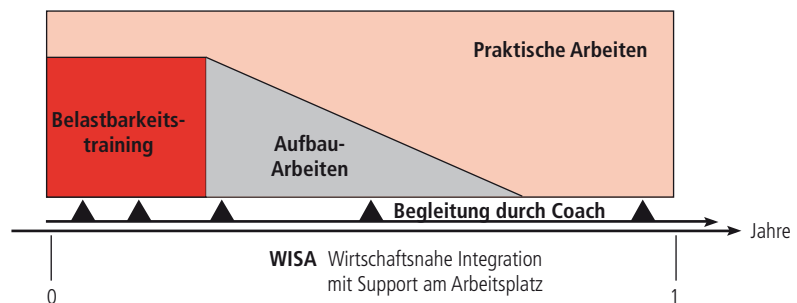
G1



Quelle: Invalidenversicherung, BSV

WISA

G2



Quelle: Invalidenversicherung, BSV

- Einbezug aller Aspekte (medizinisch, beruflich, sozial usw.)

Zwei parallele, eigenständige Modelle von Integrationsmassnahmen wurden erarbeitet. Zum einen handelt es sich um ein Stufenmodell (**Grafik 1**), welches insgesamt drei Einzelmassnahmen umfasst und bei dem je nach psychischer Stabilität/ Belastbarkeit einer Person eine oder mehrere dieser Massnahmen angewandt werden. Es ist somit denkbar, dass eine Person innerhalb eines Jahres mehrere Stufen durchläuft.

Als zweite (**Grafik 2**), alternative Möglichkeit wird das Modell WISA (Wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz) vorgeschlagen. Dies ist eine Variante des supported employment. Dabei durchläuft eine versicherte Person an einem Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft die gesamte sozialberufliche Rehabilitation, idealerweise bis zur Festanstellung. Der Arbeitgeber sowie der Versicherte werden maxi-

mal während dieses einen Jahres von einem professionellen, externen Coach unterstützt.

Beim Belastbarkeitstraining als niederschwelligste Integrationsmassnahme werden einzig Anforderungen an die Präsenz gestellt. Bei den anderen Integrationsmassnahmen wird eine regelmässige Präsenz vorausgesetzt und es werden unterschiedlich hohe Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gestellt. Die Integrationsmassnahmen unterscheiden sich auch bezüglich Wirtschaftsnahe. Belastbarkeitstraining und Aufbautraining werden vornehmlich in Institutionen durchgeführt, Arbeit zur Zeitüberbrückung hingegen soll hauptsächlich in der freien Wirtschaft stattfinden. Beim WISA handelt es sich um eine Mischform – die Betreuung/Begleitung ist analog zu derjenigen in einer Institution, der Durchführungsort der Integrationsmassnahme ist jedoch die freie Wirtschaft.

Das Ziel jeder Integrationsmassnahme ist die raschmögliche Integration in die Arbeitswelt. Folgende Anschlussmöglichkeiten sind nach erfolgreicher Vorbereitung möglich:

- Direkter Einstieg in den primären Arbeitsmarkt mit oder ohne Einarbeitungszuschuss
- Massnahmen beruflicher Art (z.B. Umschulung, Arbeitsvermittlung)

Das Einbeziehen sozialberuflicher Aspekte sowie die Möglichkeit, Massnahmen unterbrechen und wieder aufnehmen zu können, erlauben es, mit den Integrationsmassnahmen auf die spezifische Situation von Menschen mit einer psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzugehen. Dadurch wird es ihnen auch möglich sein, in Massnahmen beruflicher Art mit höheren Anforderungen einsteigen zu können und somit die Integrationschancen in den primären Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Weitere Änderungen im Rahmen der IV-Revision

Die 5. IV-Revision setzt mit der Einführung des Systems «Früherfassung/Frühintervention» vor allem auf die rasche Erfassung invaliditätsbedrohter Menschen und auf Massnahmen für den Arbeitsplatzterhalt. Es werden aber auch andere Neuerungen eingeführt. Die wichtigsten werden nachfolgend kurz erläutert – dabei werden auch die im Rahmen der parlamentarischen Debatte eingebrachten Neuerungen berücksichtigt. Diese erfolgen vorbehaltlich der Schlussabstimmung in der Bundesversammlung.

Mitwirkung und Pflichten der Versicherten

Die Mitwirkung der Versicherten wird im Rahmen der 5. IV-Revision stärker betont. Unter dem Titel «Pflichten der Versicherten» wird explizit aufgeführt, dass die Versicherten dazu beitragen müssen, die Arbeitsunfähigkeit so gering als

möglich zu halten. Hierzu gehört insbesondere auch, dass potenziell invalidisierende gesundheitliche Einschränkungen adäquat medizinisch behandelt werden. Damit wird die Schadensverhütungs- und Schadensminderungspflicht der Versicherten, ein seit langem geltender, bis anhin aber ungeschriebener Rechtsgrundsatz, konkretisiert und kodifiziert. Die stärkere gesetzliche Verankerung der Selbstverantwortung der Versicherten wurde in beiden Räten unverändert übernommen. Eine Verletzung dieser Schadensminderungspflicht kann unter bestimmten Umständen zu Leistungsverweigerung und -kürzungen führen, ohne dass das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden muss. Zu dieser verstärkten Verpflichtung der Versicherten gehört auch, dass Eingliederungsmassnahmen so lange als zumutbar gelten, als sie nicht zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation führen. Andere Gründe können für eine Verweigerung der Mitwirkung bei der Eingliederung nicht mehr angeführt werden.

Mitwirkung und Anreiz für Arbeitgeber

Sowohl die grosse als auch die kleine Kammer beschäftigten sich mit der Frage eines verstärkten Einbezugs von Arbeitgebern. Dabei wurde von Zwangsmassnahmen (z.B. Einführung einer Quote) abgesehen, zugleich aber die Bedeutung der Arbeitgeber für eine erfolgreiche Umsetzung der 5. IV-Revision unterstrichen. Die kleine Kammer hat, gestützt auf diese Diskussion, einen zusätzlichen Artikel eingeführt, der die Arbeitgeber ausdrücklich dazu verpflichtet, aktiv mit den IV-Stellen zusammenzuarbeiten und «bei der Herbeiführung einer angemessenen Lösung im Rahmen des Zumutbaren» mitzuwirken. Aktuell muss offen bleiben, welche Auswirkungen diese Neuerung haben kann. Gemäss dem Willen des Ständerates handelt es sich um eine

Konkretisierung der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Die effektive Tragweite dieser neuen Gesetzesvorschrift wird sich aufgrund der unbestimmten Rechtsbegriffe der Zumutbarkeit und der Angemessenheit erst im Rahmen der Rechtsprechung zeigen.

Ebenso wurde aber auch auf die Bedeutung von Anreizen gesetzt. So wurde ein zusätzlicher Artikel eingeführt, der vorsieht, dass die Versicherung dem Arbeitgeber einen Beitrag ausrichten kann, wenn der Mitarbeitende bei der Durchführung von Integrationsmassnahmen im angestammten Betrieb angestellt bleibt. Schliesslich soll die Versicherung auch eine Entschädigung an Beitragserhöhungen der Krankentaggeldversicherung und der beruflichen Vorsorge ausrichten können, wenn diese durch einen krankheitsbedingten «Rückfall» nach erfolgter Arbeitsvermittlung ausgelöst werden. Diese beiden Neuerungen gehen zusammen mit der bereits in der Botschaft enthaltenen Möglichkeit, für Anlern- und Einarbeitungszeiten Zuschüsse auszurichten.

Anreiz für frühzeitige Anmeldung

Beide Kammern haben die frühzeitige Geltendmachung des Leistungsanspruchs, wie sie die Botschaft vorsieht, beibehalten. Neu muss also eine Anmeldung sechs Monate vor einem allfälligen Rentenbeginn eingereicht werden. Unter der Bedingung dieser frühzeitigen Anmeldung beginnt der Rentenanspruch unverändert nach einer zwölfmonatigen Wartefrist (sofern die übrigen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind). Ziel dieser neuen Regelung ist es, die heute sehr spät eintreffenden Anmeldungen (94,5 % derselben erfolgen nach zwölf und mehr Monaten) zu verhindern. Von Bedeutung ist dies, weil es längst nicht in allen Fällen um mögliche Rentenleistungen geht, sondern sehr oft um Eingliederung. Diese ist zu einem so späten Zeitpunkt meist nicht mehr möglich. Es

handelt sich also um eine Norm, die im Kontext der Freiwilligkeit der Früherfassung zu sehen ist und Fälle auffangen soll, die hier nicht frühzeitig gemeldet wurden.

Zugang zur Rente

Art. 28 Abs. 1 Bst. a gab in beiden Kammern zu vielen Diskussionen Anlass. Vor allem die Behindertenorganisationen befürchteten, dass damit vielen Versicherten, die an schubweise verlaufenden Erkrankungen leiden, der Rentenzugang verschlossen wird. Im Rahmen der Diskussionen konnte hier Klärung erreicht werden. Die Streichung des Wortes «voraussichtlich» signalisiert den Willen des Gesetzgebers, dass der Grundsatzentscheid, ob Eingliederungsmassnahmen möglich sind, nicht beliebig lange hinausgezögert werden darf. Unterstrichen wird dies durch eine Verfahrensvorschrift, die vom Ständerat verabschiedet wurde und als maximale Dauer bis zum Vorliegen des Entscheids zwölf Monate vorsieht. Der Bundesrat hat aber klar zum Ausdruck gebracht, dass er erwartet, dass der Entscheid in der überwiegenden Zahl der Fälle in sechs Monaten erfolgt.

Ausblick

Die IV verursacht trotz deutlichem Rückgang der Neurenten-

quote seit 2003 immer noch ein tägliches Defizit von rund fünf Mio. Franken. Der anvisierte Zeitpunkt für das Inkrafttreten der 5. IV-Revision per 1. Juli 2007 soll denn auch sicherstellen, dass die bis 2025 geschätzten ausgabenseitigen jährlichen Einsparungen von durchschnittlich rund 300 Mio. Franken so rasch als möglich greifen können. Die Revision geht im September 2006 in die Differenzbereinigung. Kann das bisherige Entscheidtempo beibehalten werden, sollte die Schlussabstimmung in der Herbstsession möglich sein.

Noch zurückgestellt haben die Räte den Einnahmenteil der Revision. Der Bundesrat schlägt in seiner Botschaft zur 5. IV-Revision eine Erhöhung der Lohnbeiträge von 1,4 % auf 1,5 % und in der Botschaft zur IV-Zusatzfinanzierung einen Zuschlag von 0,8 Prozentpunkten auf der Mehrwertsteuer vor, d.h. eine Erhöhung von insgesamt 0,9 MWST-Prozentpunkten⁶. Angesichts der positiven Entwicklung im Bereich der Neurenten darf aktuell davon ausgegangen werden, dass auch eine Erhöhung von insgesamt 0,8 MWST-Prozentpunkten genügen würde.

Das Parlament will für die Beratung der Finanzierungsfragen die Abstimmung vom 24. September über die KOSA-Initiative «Nationalbankgewinne für die AHV» abwarten. Lehnt der Souverän die Initiative ab, werden die sieben Milliarden des Bundes aus dem Erlös des Nationalbankgoldes dem

AHV-Fonds gutgeschrieben, der heute durch die etwa ebenso hohen Schulden der IV belastet wird.

Mit diesem Vorgehen sind aber nicht alle politischen Akteure einverstanden. Die 5. IV-Revision verlangt den Versicherten ausgabenseitig deutliche Einsparungen ab (Abschaffung des Karrierezuschlags und der laufenden Zusatzrenten für Ehegatten). Dieses Opfer kann aus Sicht der linken Parteien und der Behindertenorganisationen nur gerechtfertigt werden, wenn die finanzielle Schieflage der IV gleichzeitig auch einnahmenseitig wieder ins Lot gebracht wird.

Adelaide Bigovic-Balzardi, lic. phil., Bereich Rechtsetzung und Entwicklung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV.
E-Mail: adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

Nancy Wayland Bigler, lic. phil., MLAW, Leiterin Bereich Rechtsetzung und Entwicklung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV. E-Mail: nancy.wayland@bsv.admin.ch

Bernard Frei, Betriebsökonom FH, Ressortleiter Bereich Subventionen und Controlling, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV. E-Mail: bernard.frei@bsv.admin.ch

⁶ Ein MWST-Prozentpunkt entspricht aktuell dem Wert eines Lohnprozentes.

Das Forschungsprogramm FoP-IV: Die Invalidenversicherung unter der Lupe

Fast überall, wo die Debatten um die Invalidenversicherung Fragen aufwerfen, mangelt es an wissenschaftlich fundierten Antworten. Dies hat ein Bericht der GPK des Ständerats letztes Jahr kritisiert (GPK-S 2005) und damit noch den letzten Anstoss gegeben, das seit der 4. Revision in IV-Gesetz und IV-Verordnung (Art. 68 IVG und Art. 96 IVV) verlangte mehrjährige Programm zur wissenschaftlichen Analyse der Umsetzung des Gesetzes zu entwickeln. Nun hat es begonnen.



Martin Wicki

Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik, BSV

Seit den 1990er-Jahren hat sich die Zahl der Neurenten in der IV stark erhöht. Das auch im internationalen Vergleich rasante Wachstum überschattet die Tatsache, dass die Schweiz im Ländervergleich immer noch eine tiefe Invaliditätsquote aufweist. Da die Finanzierung zu einem grossen Teil über konstant gebliebene Lohnbeiträge erfolgt, klappt zwischen Einnahmen und Ausgaben eine immer grössere Lücke, die zu einer starken Verschuldung der IV von bereits 8 Mrd. Franken (2005) geführt hat. Diese bedroht zunehmend den AHV-Ausgleichsfonds, aus dem die Schulden zu begleichen sind. Ohne die Massnahmen der 5. Revision und die Zusatzfinanzierung wäre nach Berechnungen des BSV der Ausgleichsfonds bis 2014 restlos ausgeschöpft

Im internationalen Vergleich ist der Anteil der Personen, die aus psychischen Gründen neu eine IV-Rente beziehen, mit rund 40% weit

überdurchschnittlich. Was liegt hinter der wachsenden Zahl von Menschen, die offenbar in der Arbeitswelt nicht mehr mithalten mögen, krank werden und als invalid erklärt werden? Ist es der gewachsene Druck einer immer stärker deregulierten Wirtschaft, wie die einen argumentieren? Oder haben sich die Gesundheits- und Invaliditätsbegriffe gewandelt? Sind Arbeitgeber, Sozialdienste oder IV-Stellen seit den 1990er-Jahren schneller bereit, eine Person aus dem Erwerbsleben in die IV zu verabschieden, wie andere monieren? Sicherlich gibt es sowohl exogene als auch endogene Kräfte, die zum Wachstum der IV-Rentnerzahlen geführt haben. Eine internationale vergleichende Literaturstudie über die Jahre 1980 bis 2000 schätzt den Einfluss exogener Kräfte mit Ausnahme der Arbeitslosigkeit schwächer ein als die endogenen (Aarts, de Jong, Prinz 2000). Wissenschaftliche Aufschlüsse über

das Gewicht der verschiedenen Faktoren in der Schweiz fehlen allerdings bis heute.

Die Politik hat inzwischen – nach jahrzehntelanger «Reformpause» – auf die Entwicklung in der Invalidenversicherung zu reagieren begonnen. Mit der 2005 in Kraft getretenen 4. Revision des Invaliditätsgesetzes wurden erste Schritte in Richtung «Arbeit vor Rente» unternommen. Und die aktuell debattierte 5. Revision soll diese Gangart verstärken: Menschen mit körperlichen oder psychischen Einschränkungen sollen früher erfasst und entsprechend ihren Fähigkeiten und ihrem Leistungsvermögen möglichst im Arbeitsprozess gehalten werden. Für Leute, die bereits von einer Rente abhängig sind, soll mehr getan werden, um sie wieder teilweise oder ganz in die Arbeitswelt zu integrieren. Hinter diesem Anliegen steht ein Begriff von Arbeit als einem zentralen gesellschaftlichen Integrationsfaktor. Arbeit soll Sinn vermitteln und die persönliche Unabhängigkeit fördern. Statt Leute mit beeinträchtigter Erwerbsfähigkeit aus Arbeitsprozessen verdrängen zu lassen, sollen nach dieser Lesart die Bedingungen für eine Weiterbeschäftigung verbessert werden. Statt auf die Defizite soll der Fokus auf die (Rest-)Kapazitäten gerichtet werden. Dies kommt einem eigentlichen Paradigmenwechsel in der IV gleich.

Nun ist aber die Zahl der Neurenten in den letzten beiden Jahren der IV erstaunlicherweise bereits deutlich zurückgegangen, obwohl die parlamentarische Debatte zur 5. Revision, die sich einen Rückgang von 20% der Neuzugänge auf die Fahnen geschrieben hat, noch nicht abgeschlossen, geschweige denn die Massnahmen umgesetzt sind. Über

die Gründe für diesen Rückgang rätseln die Fachleute, wie eine Delphi-Studie des BSV zeigt (Modetta 2006). Einig scheint man sich, dass die IV-Stellen «strenger» geworden seien und die Einführung der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) mit der 4. Revision eine genauere Prüfung von Rentenansprüchen ermöglichten. Doch Werkzeuge der 5. Revision wie die «Früherkennung und Frühintervention», in die grosse Hoffnungen gesetzt werden, sind noch gar nicht in Kraft. Eine grosse Mehrheit der im Delphi Befragten vermutet, durch die restriktivere Praxis der IV-Stellen würden vermehrt Menschen an die Sozialhilfe gelangen. So plausibel dies auf den ersten Blick erscheinen mag, so uneindeutig sind die spärlichen diesbezüglich herungereichten Daten. Wir wissen schlicht nicht, wie sich die Personen zwischen den verschiedenen Institutionen der Sozialen Sicherheit bewegen. Ebenso wenig ist bekannt, wieso in den letzten beiden Jahre weniger Leute einen IV-Antrag stellten.

Solche Fragen standen am Anfang des neuen Forschungsprogramms FoP-IV. Auf die ersten internen Abklärungen folgten Diskussionen im erweiterten Kreis: Andere Bundesämter, IV-Stellen, kantonale Stellen, Sozialpartner und Behindertenorganisationen wurden im Frühjahr 2006 eingeladen, den Entwurf eines Forschungskonzepts zu diskutieren. Dieser wurde sodann verfeinert und der AHV/IV-Kommission vorgelegt. Im Juni 2006 war es so weit: Das EDI bewilligte das «mehrjährige Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes» und stattete es mit einem Kredit von 3 Mio. Franken für die dreijährige Laufzeit aus.

Vier Themenblöcke

Wie nun sieht dieses Forschungsprogramm zur IV (FoP-IV) aus? Aus

der Vielfalt von Fragen, die für ein besseres Verständnis der IV beantwortet werden müssen, wurden in den erwähnten Diskussionen die brennendsten herausgegriffen und in vier Themenblöcken zusammengefasst. Als bedeutend wurden dabei insbesondere Wissensgrundlagen für Gesetzgebung und Umsetzung eingestuft sowie Evaluationen von Massnahmen der IV-Revisionen.

- Im Themenblock «IV und die vor- und nachgelagerten Systeme» geht es um das Funktionieren des IV-Systems und um Schnittstellen zu andern Institutionen der sozialen Sicherheit. Welche Verschiebungen finden zwischen IV, Arbeitslosenversicherung und der Sozialhilfe statt? Welche Konsequenzen hat dies für die betroffenen Menschen und für die Institutionen? Als weiteres Thema in diesem Bereich wird nach der Praxis der Sozialversicherungsgerichte gefragt. Welche Veränderungen haben in den letzten 15 Jahren stattgefunden und mit welchen Konsequenzen? In der internationalen Diskussion wird vermutet, die hohen Ersatzeinkommen bei Invalidität seien in der Schweiz ein bedeutender negativer Anreiz für eine Arbeitsaufnahme (OECD 2006). Die Struktur der angesprochenen Versicherungen – abgesehen von IV, Sozialhilfe und allfälligen Ergänzungsleistungen handelt es sich um Privatversicherer mit eingeschränkter Auskunftspflicht – lässt die Bestimmung der Höhe von Ersatzeinkommen zu einem überaus komplexen, methodisch anspruchsvollen Unterfangen werden.

- Ein zweiter Themenblock, «Akteurinteressen und Anreizstrukturen» soll klären, ob und wie sich das Verhalten der verschiedenen Akteure aufgrund ihrer Interessen und der aktuellen gesetzlichen Anreize erklären lassen. Lassen sich die Anreize verbessern? Angesprochen ist damit das Thema

«Missbrauch». Was verbirgt sich hinter diesem schillernden Begriff, der eine Palette eröffnet, die von zwar nicht erwünschten, aber legal eingeforderten Leistungen über umstrittene Leistungen bis zur Erschleichung von Leistungen durch illegale, ja kriminelle Mittel reichen. Kommt es zu nicht intendierten Leistungsbezügen aufgrund falsch gesetzter Anreize? Dabei sind auch die Arbeitgeber und andere Institutionen einzubeziehen, deren Politik in der Vergangenheit zu einer unerwünschten Ausweitung geführt haben mögen.

- Im Zentrum des dritten Themenblocks (Behinderung aus psychischen Gründen) fragen wir zuerst, wieso die Zahl der vagen, nicht einfach diagnostizierbaren psychischen Störungen mit Invalidisierungsfolgen so stark zugenommen hat. Lassen sich diese Störungen differenzierter analysieren? Stehen tatsächlich primär medizinische Probleme im Vordergrund oder sind andere Problembereiche (Arbeitsplatzprobleme, Arbeitslosigkeit, schlechtere Berufsqualifikation etc.) ausschlaggebend? Der Fokus wird dabei v.a. auf die jüngeren Neurentner/innen gelegt, treten doch heute vermehrt junge Menschen mit psychischen Problemen an die IV, was die Gefahr einer langen «IV-Karriere» mit entsprechend hohen Kostenfolgen für die IV befürchten lässt. Gefragt werden soll auch, wie aufnahmefähig sich der Arbeitsmarkt gerade gegenüber dieser Gruppe von Erkrankten gestaltet und wie diese Aufnahmefähigkeit verbessert werden könnte.
- Im vierten Themenblock (Wirkungen des Gesetzes, der Revisionen und neuer Instrumente) werden gesetzliche Massnahmen und deren Umsetzung evaluiert. So sollen der Aufbau und die Wirkungen der Regionalen Ärztlichen Dienste näher analysiert werden und daraus Schlüsse für

die Praxis gezogen werden. Zudem soll die Evaluation von Massnahmen der 5. Revision vorbereitet werden, damit Massnahmen wie die Früherkennung und -intervention oder die Institutionelle Zusammenarbeit wissenschaftlich begleitet werden können.

Forschungsprogramm mit Lerneffekt

Wie soll ein Forschungsprogramm ausgestaltet und organisiert werden, damit es zeitgerecht Resultate zu drängenden Fragen erarbeitet und diese möglichst nah zu den Nutzern bringt? Ein solches Programm lässt sich kaum einfach «von aussen» aufpfropfen. Dies würde sicherlich die Gefahr interner und externer Widerstände erhöhen und damit die erwünschte Lernbereitschaft herabsetzen. Andererseits würden reine «Selbstevaluationen» die Glaubwürdigkeit der Forschungen und Evaluationen unterminieren. Diese Einsicht hat weit reichende Konsequenzen:

- Die Einzelprojekte werden ausgeschrieben und von renommierten Instituten und Forschungsbüros bearbeitet, deren *Unabhängigkeit* ausser Zweifel steht. Dies schafft die notwendige Legitimation für die wissenschaftlichen Resultate.
- Um die *Nutzbarkeit* für die Praxis zu gewährleisten, werden von den Forschenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen verlangt. Grundsätzlich werden *alle Forschungs- und Evaluationsberichte veröffentlicht*, ob sich nun die Schlussfolgerungen der Forschenden mit jenen der Politik und der Verwaltung decken oder nicht.
- Die Forschungsthemen werden sequentiell bearbeitet, d.h. es gibt keinen Tag X, an dem sämtliche

Fragen ausgeschrieben werden, sondern die Ausschreibungen erfolgen ab September 2006 je nach Kapazität und *Bedarf* aufgrund der *politischen Agenden*, und die Projekte bauen teilweise aufeinander auf.

- Das Programm wird im BSV bereichsübergreifend, interdisziplinär und unter Einbezug externer Expert/innen konzipiert und geleitet. In der *Steuergruppe* und in den *vier thematischen Begleitgruppen* sind denn auch neben Personen aus dem Geschäftsfeld IV und der Abteilung Mathematik Analysen Statistik (MAS) Vertreter/innen aus dem Staatssekretariat Wirtschaft (seco), der Finanzverwaltung (EFV), dem Gesundheitsobservatorium (Obsan), der Sozialdirektorenkonferenz (SODK), den IV-Stellen und der Wissenschaft. Und projektbezogen können noch weitere (z.B. BFS, BAG) hinzukommen.

Wir gehen davon aus, dass sich dieser grosse Aufwand lohnt, dass die Organisation dadurch für die Praxis lernt und letztlich mehr gewinnt, als sie investieren muss.

Zeitlich werden die ersten Projekte, wie erwähnt, im September 2006 ausgeschrieben, nachdem sie in einer der vier Themengruppen vordiskutiert und von der Steuergruppe verabschiedet worden sind. Danach begleitet die jeweilige Begleitgruppe das Projekt bis zum publikationsreifen Schlussbericht. Bis 2009 wird mit rund 15 bis 20 Projekten mit einer durchschnittlichen Laufdauer von etwa 9 bis 15 Monaten gerechnet. Es ist vorgesehen, das FoP-IV im Herbst 2009 mit einem Synthesebericht abzuschliessen. Er soll Bilanz ziehen über die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Einzelstudien zusammenfassen und die

weiteren Erfordernisse für die Forschung skizzieren. Denn bei allem Optimismus ist nicht zu erwarten, dass das Programm binnen drei Jahren sämtliche Fragen rund um die Invalidenversicherung klären wird. Immerhin scheint soviel Optimismus gerechtfertigt, dass das FoP-IV einen wichtigen Beitrag zur Lösung anstehender Fragen in der IV leisten wird.

Das zehnjährige Forschungskonzept, Informationen zum organisatorischen Aufbau, Kontaktadressen und periodisch aktualisierte Angaben zum Programm (Ausschreibungen, Zwischenresultate, Publikationen) lassen sich über die Website des Programms abrufen (www.bsv.admin.ch/iv/projekte/d/forschungsprogramm.htm).

Literatur

Aarts, Leo, de Jong, Philipp, Prinz, Christopher (2000): Determinanten der Inanspruchnahme einer Invalidenrente. Bern (BSV)

GPK-S (2005): Rentenwachstum in der Invalidenversicherung: Überblick über die Faktoren des Rentenwachstums und die Rolle des Bundes. Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats vom 19. August 2005. Bern

Modetta, Caterina (2006): Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten. Bern (BSV) (Publikation in Vorbereitung)

OECD (2006): *Sickness, Disability and Work. Improving opportunities in Norway, Poland and Switzerland. Thematic review on sickness and disabilities, Round One.* (Draft, May 2006) [unpublished]

Martin Wicki, lic. phil., Bereich Forschung und Evaluation, Abteilung Mathematik, Analysen, Statistik, BSV.
E-Mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Das Augenmerk der Gesundheitspolitik galt in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten vornehmlich der kurativen Medizin und der Finanzierung der Versorgungssysteme. Aufgrund der aktuellen Herausforderungen – demografische Entwicklung, Zunahme chronischer Krankheiten und Wiederkehr bzw. Neuauftreten von Infektionskrankheiten – sind jedoch seit einigen Jahren auf gesamtschweizerischer wie auf kantonaler Ebene Bestrebungen zu erkennen, die Prävention und die Gesundheitsförderung zu stärken.



Salome von Greyerz
Sektion Strategie und Gesundheitspolitik, BAG

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

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

der Kosten in der Gesundheitsversorgung zu dämpfen.

Durch eine Stärkung der Prinzipien der Prävention und der Gesundheitsförderung kann diesen Entwicklungen jedoch wirksam begegnet werden. Prävention und Gesundheitsförderung erhalten und fördern nicht nur die Gesundheit und die Lebensqualität des Einzelnen, sondern stärken auch die Leistungsfähigkeit der Gesamtgesellschaft und fördern und bewahren damit die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung. Dadurch können vorzeitige Todesfälle wie auch eine vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung vermieden, die Autonomie im Alter bewahrt und die Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. hinausgezögert werden. Zugleich begünstigen Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesund-

heitskompetenzen der Bevölkerung eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung und können dadurch langfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen.

Prävention und Gesundheitsförderung haben in den vergangenen Jahren in der internationalen Gesundheitspolitik stark an Bedeutung gewonnen. Eine Vielzahl von Ländern sowie auch die Europäische Union haben Initiativen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ergriffen und neue Organisationsstrukturen zu deren Umsetzung geschaffen. Besonders hervorzuheben sind hier das mit insgesamt 1,2 Mrd. Euro dotierte Aktionsprogramm der Europäischen Gemeinschaft in den Bereichen Gesundheits- und Verbraucherschutz für die Jahre 2007 bis 2013, die Schaffung eines neuen Gesetzes zur öffentlichen Gesundheit (Loi sur la Santé Publique) im Jahre 2004 in Frankreich und die Wiederaufnahme der Diskussion über ein neues Präventionsgesetz in Deutschland unter der neuen Regierung.

Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz

In der Schweiz lancieren staatliche und private Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene eine Vielzahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen und realisieren diese mit viel Engagement. Dabei beschränken sich die Kompetenzen des Bundes gemäss Bundesverfassung auf einige Teilgebiete wie

- die Bekämpfung und Verhütung übertragbarer, weit verbreiteter oder bösartiger Krankheiten (Art.

118 Abs. 2 Bst. b BV), wobei der Bund bisher nur bezüglich übertragbarer Krankheiten aktiv wurde;

- die Information zum Umgang mit Lebens- und Genussmitteln (Ernährung, Alkohol und Tabak) und diesbezügliche Prävention sowie Information über Heil- und Betäubungsmittel (Art. 118 Abs. 2 Bst. a und Art. 105 BV) und die Besteuerung von gebrannten Wassern, Tabak und Tabakwaren (Art. 131 BV);
- die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV), wobei hier in erster Linie die Versicherer (SUVA und Versicherer nach KVG) sowie die Kantone zuständig sind;
- weitere Präventionsaktivitäten etwa im Chemikalien- und Strahlenschutzbereich (Art. 118 Abs. 2 Bst. a und c BV), im Rahmen des Umweltschutzes (Art. 74 BV), zum Schutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Art. 110 BV) sowie im Rahmen der Sportförderung (Art. 68 BV).

Die **Tabelle 1** gibt einen nach Themenbereich geordneten Überblick über die aus Bundessicht wichtigsten Akteure.¹

Gemäss der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte des Bundesamtes für Statistik (BFS) lag der Anteil der erfassten Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtaufwendungen für das schweizerische Gesundheitssystem in den vergangenen Jahren jeweils knapp über 2%. So wurden im Jahr 2004 1,125 Mrd. Franken der insgesamt 51,723 Mrd. Franken für Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet, dies entspricht 2,2%. Damit liegt die Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt von knapp 3%. In den Angaben des

¹ Einen Überblick über die auf kantonaler und regionaler Ebene tätigen Akteure gibt die Datenbank Akteure im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, www.healthorg.ch

Alkoholprävention

Die Zuständigkeiten für die Alkoholprävention liegen innerhalb der Bundesverwaltung bei den folgenden Ämtern: *Bundesamt für Gesundheit* («Alles im Griff»), *Eidg. Alkoholverwaltung* (Erhebung Alkoholsteuer, Kontrolle von Produktion und Handel), *Oberzolldirektion* (Biersteuer), *Bundesamt für Strassen* («Alkohol am Steuer» in Zusammenarbeit mit der bfu), *Bundesamt für Kommunikation* (Radio- und TV-Gesetz, Werbeverbote).

Tabakprävention

Zuständig auf Bundesebene sind das *Bundesamt für Gesundheit* (*Nationales Tabakpräventionsprogramm*), der *Tabakpräventionsfonds* (Projektfinanzierung) und die *Oberzolldirektion* (Tabaksteuer). Der Tabakpräventionsfonds wird als spezialgesetzlicher Fonds von einer Fachstelle des BAG verwaltet und untersteht der Aufsicht des EDI.

Prävention des Betäubungsmittelkonsums

Das *Bundesamt für Gesundheit* entwickelt und führt nationale Präventionsprogramme im Bereich Betäubungsmittelkonsum durch (z.B. supra-f, Leitfaden für die Schulen bezügl. Cannabiskonsum, Weiterbildungsangebote etc.) und unterstützt die Kantone bei der Entwicklung von Instrumenten zur Umsetzung der bundesrätlichen Drogenpolitik. Das *Bundesamt für Strassen* erlässt Gesetze über den Konsum von Betäubungsmitteln und das Lenken eines Fahrzeugs.

Bewegung/Ernährung

Innerhalb der Bundesverwaltung befassen sich das *Bundesamt für Sport* (z.B. Jugend + Sport, AlleZ Hop), das *Bundesamt für Raumentwicklung* (z.B. Aktivitäten zur Förderung eines nachhaltigeren Freizeitverkehrs) und das *Bundesamt für Gesundheit* (5-am-Tag, SuisseBalance, Aktionsplan Umwelt und Gesundheit) mit den Themen Ernährung und Bewegung. Für die Stiftung *Gesundheitsförderung Schweiz* stellt das Thema «Gesundes Körpergewicht» einen der Schwerpunkte der neuen Strategie dar.

Übertragbare Krankheiten, Epidemien

Das *Bundesamt für Gesundheit* führt neben den gesundheitspolizeilichen Massnahmen zur Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten (Information der Allgemeinbevölkerung, von spezifischen Zielgruppen, Individuen und Berufsgruppen, nationale und internationale Koordination der Massnahmen) auch Präventionsmassnahmen durch (z.B. HIV/Aids, nationale Impfprogramme, Grippeprävention).

Psychische Gesundheit

Neben dem *Staatssekretariat für Wirtschaft* und der *SUVA* (Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung) engagiert sich auch die Stiftung *Gesundheitsförderung Schweiz* im Themenbereich «Psychische Gesundheit – Stress».

Gesundheitsförderung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht vor, dass die Versicherer zusammen mit den Kantonen eine Institution betreiben, welche Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Diese Aufgabe wurde der Stiftung *Gesundheitsförderung Schweiz* übertragen. Die Finanzierung erfolgt durch Beiträge der obligatorisch versicherten Personen.

Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Die Sicherheit am Arbeitsplatz beinhaltet die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Der Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmenden umfasst Arbeits- und Ruhezeitvorschriften, Sondervor-

T1

schriften für Jugendliche und Frauen, Bestimmungen über den allgemeinen Gesundheitsschutz sowie das Plangenehmigungs- und Betriebsbewilligungsverfahren. Zuständig für die Überwachung des Vollzugs sind die *SUVA*, die *kantonalen Arbeitsinspektorate* sowie die *Eidg. Arbeitsinspektion*. Finanziert wird der Präventionsbereich über Zuschläge zu den Prämien der Berufsunfallversicherung sowie Steuermittel.

Freizeit- und Strassenverkehrsunfälle

Massnahmen zur Verhütung von Nichtberufsunfällen werden durch die *Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu)* und die *SUVA* sowie die privaten *Unfallversicherer* durchgeführt, finanziert durch Prämienzuschläge in der Versicherung der Nichtberufsunfälle sowie aus weiteren Quellen. Im Bereich der Strassenverkehrsunfälle unterstützt der Fonds für Verkehrssicherheit die Präventionsanstrengungen der *bfu* und anderer privater Organisationen (*TCS, VCS, Verkehrssicherheitsrat* etc.) durch finanzielle Beiträge, welche über Prämienzuschläge auf die Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung finanziert werden. Für die gesetzlichen Regelungen ist das *Bundesamt für Strassen* zuständig.

Gesundheitsschutz

In den Bereichen Strahlenschutz, Lärmschutz, Chemikalien, Heil- und Lebensmittelsicherheit ist der Bund (Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Umwelt, Bundesamt für Landwirtschaft, Bundesamt für Veterinärwesen, Staatssekretariat für Wirtschaft, *swissmedic*) für Gesetzgebung, Marktkontrolle und Aufsicht zuständig. Als Vollzugsorgan ist zudem die *SUVA* aktiv. Die Finanzierung erfolgt durch Bundesmittel sowie durch Gebühren.

BFS nicht enthalten sind die von anderen Politikbereichen erbrachten Aufwendungen und Investitionen (z.B. für Bildung, Sportförderung oder Verbesserung der Sicherheit im Strassenverkehr) sowie die Aufwendungen für die medizinische Prävention, welche auf Grundlage von Art. 26 KVG durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung erbracht werden. Zudem besteht ein privat finanzierter Markt mit Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten (Wellness, gesundes Essen usw.), der in diesen Zahlen nicht erfasst ist.

Neben Stärken, wie der nachweislichen Wirksamkeit der Bundesprogramme in den Bereichen Drogen, HIV/Aids und Impfungen, den Erfolgen in der Unfallprävention und in der Verhütung von Berufskrankheiten, der Bewegungsförderung und der Kariesprophylaxe, der Etablierung der Stiftung für Gesundheitsförderung und der guten Kooperation und Vernetzung der Präventionsprojekte des Bundes mit externen Partnern, weist das heutige System der Prävention und Gesund-

heitsförderung eine gravierende Schwäche auf: Im Vergleich zu den drei Bereichen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) sind Prävention und Gesundheitsförderung derzeit – mit Ausnahme der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, der Verhütung von Berufskrankheiten und der Unfallprävention – konzeptionell, politisch, organisatorisch und rechtlich sowohl auf gesamtschweizerischer wie auch auf kantonaler Ebene nicht ausreichend verankert. Diese Strukturschwäche führt dazu, dass es in vielen Bereichen der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung neben geeigneter Finanzierung an Steuerung und Koordination, aber auch an Transparenz bezüglich Angebot und Leistung fehlt.

Neuorientierung des schweizerischen Gesundheitssystems

Dass eine Neuorientierung des schweizerischen Gesundheitssys-

tems hin zu einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung nur zögerlich in Gang kommt, hat verschiedene Gründe: Das schweizerische Gesundheitssystem kann mit seinen komplexen Aufgabenverflechtungen und seinen Standes- und Interessenverbänden nur sehr schwer und unter hohen politischen Kosten umgesteuert werden. Es ist nicht mehr möglich, die chronischen Krankheiten und ihre Ursachen – Übergewicht, Mangel an Bewegung, Stress etc. – durch die Medizin und mit einer eng gefassten Gesundheitspolitik im Alleingang anzugehen. Hier sind neben den Leistungserbringern im Gesundheitssystem die Schulen ebenso gefordert wie die Arbeitgeber, der Einzelne ebenso wie die Gesellschaft, der Markt ebenso wie der Staat.

Doch der Zeitpunkt für eine Neuorientierung des schweizerischen Gesundheitssystems scheint günstig: Das Interesse der Bevölkerung an Gesundheitsfragen hat zugenommen und der Markt für Gesundheitsinformationen und gesundheitsförderliche Angebote (z.B. Fitness- und Wellnessangebote) hat sich zu einem wichtigen Dienstleistungssektor entwickelt. Gleichzeitig nimmt das Verständnis für die Entstehung von chronischen und psychischen Erkrankungen zu und es gibt zahlreiche Beispiele für wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Auftrag des Eidg. Departements des Innern

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat deshalb das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Herbst 2004 damit beauftragt, im Hinblick auf ein mögliches neues Präventionsgesetz die aktuellen gesetzlichen Regelungen von Prävention und Gesundheitsförderung einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Die Abklärungen des BAG ergaben, dass verschiedene

Optionen einer rechtlichen Neuregelung einer vertieften Analyse unterzogen werden sollten.

Um die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen sowie die politische Machbarkeit einer rechtlichen Neuregelung zu prüfen, hat das EDI am 5. September 2005 die Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» (Fachkommission PGF2010) eingesetzt. Gemäss Mandat hatte die Fachkommission PGF2010 den Auftrag, bis Ende Juni 2006 einen Bericht zur Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz zu erarbeiten.

Die Fachkommission PGF2010 nahm am 6. Dezember 2005 ihre Arbeit auf und erarbeitete im Rahmen von drei Sitzungen das Dokument «Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz». Dieses Grundsatzpapier wurde zwischen dem 15. März und dem 21. April 2006 den wichtigsten kantonalen und nationalen Akteuren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zur Stellungnahme unterbreitet. Anschliessend wurden die Stellungnahmen ausgewertet und Empfehlungen für das weitere Vorgehen im Hinblick auf die Schaffung neuer rechtlicher Grundlagen für Prävention und Gesundheitsförderung sowie Vorschläge für konkrete Massnahmen formuliert, die wirkungsvoll zu einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung beitragen sollen. Der Bericht «Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz» wurde dem EDI Mitte Juni übergeben. Der Departementsvorsteher wird noch diesen Herbst über das weitere Vorgehen entscheiden.

Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung

Im Dokument «Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention

und Gesundheitsförderung» formulierte die Fachkommission PGF2010 in sieben Thesen die für eine nachhaltige Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz notwendigen Aspekte.

Es sind dies die folgenden neun Aspekte:

1. die Verbesserung der konzeptionellen, politischen, organisatorischen und rechtlichen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung (aus These 1);
2. die Sicherstellung eines breiten Spektrums an auf Verhalten und Verhältnisse ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, die in den Lebenswelten der Menschen (Schule, Arbeit, Freizeit, Familie etc.) ansetzen, die Gesundheitskompetenzen der Menschen verbessern, die Gesundheitsressourcen stärken und ungleiche gesundheitliche Belastungen reduzieren (aus These 2);
3. die Anpassung der bestehenden und die Schaffung neuer rechtlicher Grundlagen (auf Verfassungs- und Gesetzesebene) mit einheitlichen Grundsätzen, die für alle Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten Geltung haben (aus These 3);
4. der Einbezug aller relevanten Akteure – Staat (Bund, Kantone und Gemeinden), Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Versicherer, nichtstaatliche Organisationen, Wirtschaft – aus dem Gesundheitssystem und weiterer Politikbereiche (z.B. Bildung, Sport, Soziales, Umwelt und Verkehr, Raumplanung sowie Finanzen und Wirtschaft) in die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (aus These 4);
5. die Klärung und Festlegung der Zuständigkeiten und Kompetenzen (aus These 4);

6. die Formulierung von Gesundheitszielen als Grundlage für die Prioritätensetzung bei der Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen und Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung (aus These 5);

7. die adäquate Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen und die Verbesserung der Transparenz über die Finanzquellen und die Verwendung der finanziellen Mittel (aus These 6);

8. die Berücksichtigung der Kriterien Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Auswahl, Planung und Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, sowie der Einsatz geeigneter Projekt- und Qualitätsmanagementinstrumente (aus These 7);

9. die systematische Evaluation von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (aus These 7).

Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Projekt «Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz» sowie den Text «Vision und Thesen zur Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz» finden Sie unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik → Politik → Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung.

Salome von Greyerz, Dr. pharm, MAE, Leiterin Sektion Strategie und Gesundheitspolitik CH, Stv. Leiterin Abteilung Gesundheitsstrategien, Bundesamt für Gesundheit. E-Mail: salome.vongreyerz@bag.admin.ch

Ein bisher vernachlässigtes Thema: Die Folgekosten fehlender Gesundheitskompetenzen

Ähnlich wie Lesen und Schreiben für die Bewältigung des beruflichen und gesellschaftlichen Alltags notwendig sind, braucht es grundlegende Kompetenzen («Gesundheitskompetenzen»), um gesund zu werden bzw. gesund zu bleiben. In der Schweiz wissen wir wenig darüber, wie es bei der Bevölkerung um diese Gesundheitskompetenzen steht. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass fehlende Gesundheitskompetenzen nicht zuletzt auch ökonomische Folgen von beträchtlicher Tragweite haben.



Stefan Spycher
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (obsan)

Im angelsächsischen Raum wird seit einigen Jahren das Konzept der «Health Literacy» diskutiert. Im Deutschen wurde der Begriff jüngst mit «Gesundheitskompetenzen» umschrieben. Gemeint sind damit Fähigkeiten des oder der Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, sei dies zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, auf den Konsumgüter- und Dienstleistungsmärkten oder auf politischer Ebene.¹ Drei Stufen von Gesundheitskompetenzen werden unterschieden:² (1) Ausreichende Grundkompetenzen im Bereich Lesen und Schreiben (funktionale Gesundheitskompetenz). (2) Fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die es erlauben, aktiv am Alltag teilzunehmen, Informationen zu sammeln und in Interak-

tionen mit anderen Akteur/innen zu interpretieren sowie vorhandene Informationen in veränderten Bedingungen anzuwenden (kommunikative, interaktive Gesundheitskompetenz). (3) Fortgeschrittene kognitive und soziale Kompetenzen, die für die kritische Analyse von Informationen eingesetzt werden können, um eine grössere Kontrolle über Lebenssituationen ausüben zu können (kritische Gesundheitskompetenz).

Das Bundesamt für Gesundheit nahm das Thema der Gesundheitskompetenzen im vergangenen Jahr auf und führte im Herbst 2005 einen Workshop durch.³ In der Folge wurde ein Mandat zur Vertiefung der ökonomischen Aspekte der Gesundheitskompetenzen vergeben, dessen Ergebnisse im vorliegenden Artikel zusammengefasst werden.⁴

Die Bedeutung der Gesundheitskompetenzen

Im Gesundheitswesen handeln (mindestens) fünf Gruppen von Akteur/innen: Die Versicherten bzw. Patient/innen, die Versicherer, die Leistungserbringer/innen, Bund und Kantone sowie Nicht-Regierungsorganisationen. Gesundheitskompetenzen können nur beim Individuum abgegriffen und gemessen werden. Wir nehmen daher die Sichtweise der Versicherten bzw. Patient/innen ein und fragen, welche Anforderungen auf den drei Gesundheitskompetenzebenen (funktional, interaktiv und kritisch) auf sie zukommen, wenn sie mit anderen Akteur/innen interagieren.

Interaktion der Versicherten mit anderen Versicherten / Patient/innen: In der Interaktion mit anderen Versicherten / Patient/innen geht es vor allem um das Beschaffen und Verstehen von Informationen hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens («Wie kann ich gesund leben?»), aber auch hinsichtlich der Erfahrungen im Umgang mit Krankheiten und dem Gesundheitswesen. Auf der Ebene der interaktiven Gesundheitskompetenz wird vom Individuum gefordert, dass es seine eigenen Erfahrungen im Austausch mit an-

1 Kickbusch Ilona, Daniela Maag and Hans Saan (2005): Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Badgastein 2005.

2 Nutbeam D. (2000): Health literacy as public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health Promotion International, 15(3), 259-267.

3 Weiterführende Informationen des BAG: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de

4 Der vollständiger Bericht («Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Ein Konzeptpapier im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit») kann auf der Homepage des BAG (vgl. Fussnote 3) herunter geladen werden.

deren Personen verfügbar machen kann. Auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenz schliesslich wird erwartet, dass die Versicherten bzw. Patient/innen die vorhandenen und verstandenen Informationen bewerten können (Abwägen von Vor- und Nachteilen). Besondere Bedeutung bekommt die Interaktion mit anderen Versicherten, wenn diese Kinder oder pflegebedürftige ältere Menschen sind. Die betreuenden Personen benötigen in dieser Situation genügend Gesundheitskompetenzen, um für die ihnen anvertrauten Personen die richtigen gesundheitsrelevanten Entscheidungen zu treffen.

Interaktion der Versicherten mit den Versicherern: Auf der Ebene der funktionalen Gesundheitskompetenz geht es in der Interaktion mit den Versicherern darum, Informationen über Versicherungsverträge, Prämien und die verschiedenen Versicherer zu sammeln und zu verstehen. Diese Anforderungen sind heute hoch, weil die entsprechenden Publikationen schwer zu finden sind, sehr technisch gehalten werden und weil die Informationen teilweise interessengebunden sind. Auf der interaktiven Kompetenzebene sollten die Individuen fähig sein, Wechsel von Versicherern bzw. von Versicherungsverträgen durchzuführen. Auch dies ist heute nicht einfach, weil verschiedene, recht komplexe Schritte zu beachten sind.

Auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenzen müssen die Versicherten fähig sein, zwischen verschiedenen Versicherungsverträgen (Franchisen, HMO, Bonusversicherung, verschiedene Arten von Zusatzversicherungen etc.) bzw. zwischen verschiedenen Versicherern auszuwählen. Dies stellt heute besonders grosse Anforderungen. Die Evaluation der verschiedenen Franchisehöhen in der Grundver-

sicherung verlangt bspw., dass man die eigenen Gesundheitskosten des kommenden Jahres abschätzt. Erst aufgrund dieser Schätzung kann die Frage beantwortet werden, welche Franchisehöhe optimal ist. Zur kritischen Gesundheitskompetenz gehört auch die Rechnungsprüfung. Auch dies ist nicht einfach, weil die Rechnungen nicht so geschrieben sind, dass sie sofort verstanden werden können (kompliziertes Tarifsystem). Besonders schwierig wird es, wenn stationäre Leistungen in Anspruch genommen werden und eine Spital-Zusatzversicherung bei einem anderen als dem Grundversicherer vorliegt. Hier müssen die Versicherten nicht selten selbst entscheiden, wer welche Rechnung zu bezahlen hat.

Interaktion der Versicherten mit den Leistungserbringer/innen: In der Interaktion mit den Leistungserbringer/innen – vor allem natürlich mit den Ärzt/innen – nehmen die funktionalen Gesundheitskompetenzen einen ganz zentralen Stellenwert ein. Es geht darum, dass die Patient/innen die Leistungserbringer/innen konkret finden, dass sie sich in Spitälern orientieren können, dass sie Formulare ausfüllen können, dass sie ihre Beschwerden artikulieren können und dass sie vor allem die Anweisungen der Ärzt/innen verstehen.

Auf der Ebene der interaktiven Kompetenz kommt es darauf an, dass sich die Patient/innen mit den Leistungserbringer/innen austauschen und gemeinsam den besten Diagnose- und Therapieweg festlegen können. Auf der Ebene der kritischen Gesundheitskompetenz kommen weitere wichtige Anforderungen dazu: Patient/innen müssen verschiedene Leistungserbringer/innen vergleichen und auswählen können. Dies ist besonders schwierig, weil derartige Informationen in der Schweiz kaum vorliegen.⁵ Dann müssen sie zwischen verschiedenen Diagnose- und Therapiewegen abwägen und auswählen können.

Schliesslich gehört auch die Compliance bzw. die Adherence in diesen Bereich. Eine gute Compliance/Adherence kommt nur dann zustande, wenn die Informationen vorliegen, wenn sich die Patient/innen mit den Ärzt/innen ausgetauscht haben und wenn ein tieferliegendes kritisches Bewusstsein für die Einhaltung der Therapie vorhanden ist.

Interaktion der Versicherten mit Bund, Kantonen und NGO: Bund und Kantone nehmen für die Versicherten nur punktuell eine sichtbare Rolle ein. Es sind dies vor allem drei Bereiche: Erstens unternehmen Bund und Kantone verschiedene Bestrebungen zur Prävention. Es stellt sich die Frage, ob damit auch Menschen mit geringen Gesundheitskompetenzen erreicht werden können und ob sich ihr Verhalten in der Folge ändert. Zweitens spielen die Prämienverbilligung und drittens die Abstimmungen über gesundheitspolitische (System-)Vorlagen eine Rolle. Die beiden letztgenannten Sachbereiche sind auf der Ebene der funktionalen und der kritischen Kompetenz heute problematisch. Die Informationsbeschaffung ist äusserst schwierig. Wir vermuten, dass es in vielen Kantonen den Versicherten nicht klar ist, wie sie zu einer Prämienverbilligung kommen können. Ebenfalls liegen keine Publikationen vor, die das heutige Gesundheitssystem mit seinen Vor- und Nachteilen einfach und transparent darstellten. Noch schwieriger wird es auf der Ebene der kritischen Kompetenz. Vorlagen wie diejenige der Volksinitiative, die die Einführung einer Einheitskrankenkasse fordert, zeigen auf, dass grosse und umfassende Systemkenntnisse notwendig sind, um einen informierten Entscheid zu treffen.

Die Versicherten befinden sich auch mit NGO in Interaktionen (bspw. mit der Schweizerischen Krebsliga). Um die von diesen Institutionen bereitgestellten Informationen aufnehmen und verarbeiten zu können – und dies betrifft zentra-

5 Evtl. wird im zukünftigen Medizinalberufegesetz ein Register eingeführt, das zusätzliche und übersichtliche Informationen bereitstellen wird.

le Bereiche der Prävention und Unterstützung bei Krankheiten – ist das Vorhandensein von Gesundheitskompetenzen zentral.

Bereits diese kurze und sicher nicht vollständige Zusammenstellung der Bedeutung der Gesundheitskompetenzen im Gesundheitswesen zeigt auf, dass sehr hohe Anforderungen an die funktionalen, interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenzen gestellt werden. Diese werden zukünftig weiter erhöht werden, weil die Bedeutung von E-Health zunehmen wird.

Hinweise zum Stand der Gesundheitskompetenzen

In der Schweiz wurden die Gesundheitskompetenzen bisher kaum systematisch erfasst.⁶ Daher können keine konkreten Aussagen zum Vorhandensein bzw. zum Fehlen von Gesundheitskompetenzen gemacht werden. Alle verfügbaren empirischen Arbeiten stammen aus dem Ausland und weisen, je nach Land bzw. Institution, darauf hin, dass ausreichende Gesundheitskompetenzen vielerorts fehlen.

Gewisse Hinweise lassen sich aus den im vergangenen Jahr publizierten ersten Ergebnissen des «Adult Literacy and Life Skills Survey» ableiten. Diese international vergleichende Erhebung wurde im Jahr 2003 durchgeführt und konzentriert sich auf die Messung der Literalität bei Erwachsenen (Messung von funktionalen Fähigkeiten als eine der Voraussetzungen der Health Literacy).⁷ Die Ergebnisse legen (leider) die Folgerung nahe, dass auch bei Erwachsenen in der Schweiz in Sachen Gesundheitskompetenzen beträchtliche Lücken bestehen.

Verschiedene Bevölkerungsgruppen dürften überproportional häufig vom Phänomen fehlender Gesundheitskompetenzen betroffen sein. Menschen, die weniger gebildet sind, oder Migrant/innen, die

sprachliche und kulturelle Hürden zu überwinden haben, dürften dazugehören.

Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen

Fehlende Gesundheitskompetenzen können sich direkt und indirekt im Gesundheitswesen auswirken. Von direkten Auswirkungen sprechen wir dann, wenn bspw. aufgrund der fehlenden Kompetenzen Anweisungen von Ärzt/innen nicht verstanden werden. Es muss aber auch davon ausgegangen werden, dass sich die fehlenden Kompetenzen indirekt über eine ungesündere Lebensführung negativ auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitswesen auswirken. Die Auswirkungen fehlender Gesundheitskompetenzen unterscheiden wir nachfolgend nach ihrem Wirkungsweg (direkt, indirekt) und nach dem Auswirkungsbereich. Dazu differenzieren wir nach den drei Zielen des Krankenversicherungsgesetzes: Solidarität zwischen «Gesund» und «Krank», massvolle Kostenentwicklung, Sicherung einer qualitativ hochstehenden Versorgung.

Ziel Solidarität: In der Krankenversicherung gibt es (mindestens) zwei Aspekte, die weniger Kompetente direkt benachteiligen: (a) Die Versicherer betreiben heute aktiv Risikoselektion, bspw. durch die Neugründung von Kassen. Weniger gesundheitskompetente Menschen werden weniger von den Prämienvorteilen der neuen Kassen profitieren können, weil sie bspw. die Wechselmodalitäten zu wenig verstehen. Sie verbleiben in den herkömmlichen Kassen, die zunehmend höhere Prämien zahlen, weil die gesunden, gesundheitskompetenten und meist jungen Menschen in die Billigkassen wechseln. (b) In der Schweiz kennen wir über die Wahlfranchisen und den prozentualen Selbstbehalt eine substanzielle Kostenbeteiligung der Versicherten.

Kränkere Menschen müssen mehr Kosten übernehmen als Gesunde. Untersuchungen für die Schweiz belegen, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Individuen krankheitsanfälliger sind.⁸ Wenn der sozioökonomische Status auch mit den Gesundheitskompetenzen korreliert, dann kann davon ausgegangen werden, dass die weniger gesundheitskompetenten Menschen durch die höheren Kostenbeteiligungen finanziell stärker belastet werden.

Ziel Kostenentwicklung: Durch fehlende Gesundheitskompetenzen entstehen über direkte Auswirkungen (bspw. durch die Nichteinnahme von abgegebenen Medikamenten und die dadurch nicht erfolgreich bekämpfte Krankheit) sowie über indirekte Auswirkungen (bspw. aufgrund des schlechteren Gesundheitszustandes erhöhte Diagnose- und Therapiekosten) Mehrkosten. Weiter gibt es aber auch vermeidbare «systembedingte» Mehrkosten, weil sich die weniger gesundheitskompetenten Versicherten nicht so verhalten, wie es das dem KVG zugrunde liegende Konzept des «gelenkten Wettbewerbs» vorsieht.⁹ Der «gelenkte Wettbewerb» geht davon aus, dass die Versicherer in starkem Konkurrenzdruck stehen, weil die Versicherten zwei Mal pro Jahr die Kasse hin zu einem günstigeren Anbieter wechseln können. Dieser Konkurrenzdruck soll dazu

6 Ein interessantes Projekt («the future patient»), welches Daten zum Thema Gesundheitsinformationen erhebt, wird zurzeit an den Universitäten Zürich und Lausanne durchgeführt.

7 BFS Bundesamt für Statistik (2005): Grundkompetenzen von Erwachsenen. Erste Ergebnisse der Erhebung Adult Literacy & Lifeskills Survey. Neuchâtel.

OECD (2005): Learning a Living. First Results of the Adult Literacy and Life Skills Survey. Ottawa and Paris.

8 Bisig Brigitte und Felix Gutzwiller (Hrsg.) (2004): Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung. Band 1: Gesamtübersicht. Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus.

9 Spycher Stefan (2004): Gesundheits- und Krankenversicherungspolitik in der Schweiz: Eine Auslegeordnung www.buerobass.ch/studienverz_d.html#Krankenversicherung.

führen, dass die Gesundheitskosten aktiv kontrolliert und gesenkt werden, um am Markt eine vorteilhafte Position zu erreichen. Wenn weniger gesundheitskompetente Versicherte zu zahlreich sind, dann wird dieser Konkurrenzdruck stark abgeschwächt, weil diese Versicherten aufgrund der Kompetenzerfordernissen kaum den Versicherer wechseln werden. Einmal erreichte Konkurrenzvorteile können so fortgeschrieben werden und sind weniger stark bedroht.

Ebenfalls kostenrelevant ist die reduzierte Wahl von Versicherungsformen, von denen man sich im Bereich des Gesundheitskostenmanagements besondere Vorteile erhofft (Hausarzt-/Hausärztinnen-Modelle, HMO etc.). Derartige Modelle werden weniger oft gewählt, weil alle Ebenen der Gesundheitskompetenz gefordert sind, wenn man sich für ein solches Modell entscheiden will.

Ziel Versorgung: Wir gehen davon aus, dass weniger gesundheitskompetente Menschen zu einer weniger guten Versorgung kommen. Dies hat vor allem damit zu tun, dass Gesundheit (teilweise) auch als Produkt in der Interaktion zwischen Ärzt/innen und Patient/innen hergestellt wird. Wenn Menschen sich weniger gut artikulieren und ihre Beschwerden beschreiben können, die Anweisungen der Ärzt/innen schlechter verstehen und weniger compliant sind, dann führt dies letztlich zu einem schlechteren Ergebnis als bei gesundheitskompetenteren Menschen.

Mehrkosten von 1,5 Mrd. Franken

Fehlende Gesundheitskompetenzen wirken sich demnach in allen

10 CAS Center on an Aging Society (1998): Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion. hpi.georgetown.edu/agingsociety/pubhtml/healthlit.html

Zielbereichen des KVG aus, insbesondere aber auch bei den Kosten. Zurzeit liegen keinerlei empirische Schätzungen vor, in welchem Ausmass zusätzliche Kosten entstehen, die auf mangelnde Gesundheitskompetenzen zurückgeführt werden können. Wendet man die Ergebnisse einer amerikanischen Studie¹⁰ auf die Schweiz an und nimmt einige Anpassungen für die hiesigen Verhältnisse vor, so dürften im Jahr 2004 rund 1,5 Mrd. Franken an vermeidbaren Mehrkosten entstanden sein. Rund 700 Mio. Franken der 1,5 Mrd. Franken dürften dabei auf die obligatorische Krankenversicherung entfallen. Selbstverständlich handelt es sich bei den vorgenommenen Kostenschätzungen nur um sehr grobe Angaben. Sie weisen aber darauf hin, dass es sich beim Phänomen der mangelnden Gesundheitskompetenzen um ein auch quantitativ sehr relevantes Problem handelt. Explizit sei darauf hingewiesen, dass verschiedene Kostenkomponenten mit der genannten Schätzung nicht abgedeckt sind: (a) Die Kostenschätzung geht von den fehlenden Gesundheitskompetenzen aus. Eine Erhöhung der Kompetenzen würde sehr wahrscheinlich mehr einsparen als der genannte Fehlbetrag, weil sich die betroffenen Menschen gesundheitsbewusster verhalten würden. (b) Die fehlenden Gesundheitskompetenzen wirken sich auch im Bereich der Wirtschaft und Gesellschaft aus. Diese Kosten sind nicht enthalten.

Kosten und Nutzen einer Erhöhung der Gesundheitskompetenzen

Wir haben aufgezeigt, dass zu geringe Kompetenzen zu Folgekosten im Gesundheitswesen führen können. Der Aufbau und der Erhalt von Gesundheitskompetenzen ist nicht gratis. Dies führt dazu, dass wir uns in einer Situation der Güterabwägung befinden: Investitionen in Ge-

sundheitskompetenzen kosten Geld, bringen aber auf der anderen Seite auch einen Nutzen, indem die negativen volkswirtschaftlichen Auswirkungen zu geringer Gesundheitskompetenzen reduziert werden. Für die Schweiz ist daher empirisch zu untersuchen, in welchem Ausmass die Gesundheitskompetenzen ausgebildet sind und mit welchen Folgekosten bereits heute gerechnet werden muss. Dann ist zu untersuchen, wie die Gesundheitskompetenzen erhöht werden können und welche Kosten dies verursacht. Führt man beide Seiten zusammen, kann man Kosten und Nutzen einer zusätzlichen Investition in die Gesundheitskompetenzen abschätzen.

Die Massnahmen zur Eindämmung der negativen Folgewirkungen mangelnder Gesundheitskompetenzen bzw. die Massnahmen zum Aufbau von Gesundheitskompetenzen bringen ihren Träger/innen zusätzliche Kosten. Der Nutzen der Investitionen fällt dabei nicht immer dort an, wo die Investitionen gemacht werden. Bspw. führen ärztliche Anstrengungen zur Erhöhung der Gesundheitskompetenzen mittelfristig zu einer geringeren Nachfrage nach den Leistungen ebendieser Ärzt/innen und im heutigen System der Einzelleistungsvergütungen zu Einkommenseinbussen. Es muss daher sorgfältig darüber nachgedacht werden, die Anreize im Gesundheitswesen so zu ändern, dass möglichst Kosten und Nutzen bei denselben Akteur/innen zusammenfallen. Dies stärkt ihr Interesse, Massnahmen zum Erhalt bzw. Aufbau der Gesundheitskompetenzen zu ergreifen.

Mögliche Folgekosten einer Erhöhung der Gesundheitskompetenzen

Massnahmen zur Dämpfung der Nachteile mangelnder Gesundheitskompetenzen bzw. Massnahmen zur Erhöhung der Gesundheitskompe-

tenzen haben ganz offensichtlich das Potenzial, Gesundheitskosten zu senken. Ganz automatisch ist dieser Prozess allerdings nicht. Vielmehr müssen weitere Rahmenbedingungen der Krankenversicherung berücksichtigt werden:

- Die ambulant tätigen Ärzt/innen werden heute über das System der Einzelleistungsvergütung abgolt. Dies führt zur vielfach geäußerten, für die Schweiz aber noch nicht definitiv belegten Vermutung, dass sich die Ärzt/innen ihre Nachfrage teilweise selbst schaffen (angebotsinduzierte Nachfrage).¹¹ Wenn wir davon ausge-

hen, dass sie zumindest teilweise zutrifft, so werden sich die Ärzt/innen gegen eine Umsatzeinbusse wehren, die aufgrund der getroffenen Massnahmen zu erwarten ist. Sie werden versuchen, selbst Leistungen zu induzieren, um den Umsatz konstant zu halten.

- Eine Untersuchung analysierte die durch Patient/innen verlangten «unnötigen» Leistungen und schätzte deren Wert auf rund 2,5 Mrd. Franken (17 % der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung).¹² Es ist daher denkbar, dass die zwecks Erhöhung der Gesundheitskompetenzen getroffe-

nen Massnahmen auch dazu führen können, dass Mehrkosten entstehen.

Stefan Spycher, Dr. rer. pol., Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan),
E-Mail: stefan.spycher@bfs.admin.ch

11 Guggisberg Jürg und Stefan Spycher (2005): Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung. Eine methodenkritische Literaturübersicht. Forschungsprotokoll 3 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums.

12 Domenighetti Gianfranco et Emanuela Pipitone (2002): Induction de l'offre de prestations médicales par la demande, Prima

Berufliche Vorsorge

06.3392 - Motion Fasel Hugo, 23.6.06:

Erhöhung Mindestzinssatz

Nationalrat Hugo Fasel (CSP, FR) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, den Mindestzinssatz im Rahmen der nächsten Anpassungsrunde auf 3,25 Prozent zu erhöhen.

Begründung

Die Senkung des Mindestzinssatzes wurde in der Vergangenheit mit der schlechten Ertragslage begründet. Eine gute Ertragslage muss demzufolge auch eine Erhöhung des Mindestzinseszins zur Folge haben. Gemäss verschiedenen Umfragen haben die Pensionskassen im Jahr 2005 eine Performance von rund 10 Prozent erreicht. Diese erfreuliche Entwicklung muss auch für die Versicherten Früchte tragen. Der Vorschlag von 3,25 Prozent beruht auf der Formel des gleitenden Durchschnitts der siebenjährigen Bundesobligationen mit Zu- oder Abschlag zur Berücksichtigung der Performance anderer Anlagen.

Es handelt sich dabei um die Formel, die auch in der BVG-Kommission zur Diskussion stand.»

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

06.3274 – Motion Forster-Vannini Erika, 15.6.07:

Säule 3c für die Finanzierung der Pflege im Alter

Ständerätin Erika Forster-Vannini (FDP, SG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird aufgefordert, die Einführung einer ‹Säule 3c› zur freiwilligen und steuerbegünstigten Generierung eines Guthabens für die Finanzierung der individuellen (Langzeit-)Pflege im Alter zu prüfen und dem Parlament einen entsprechenden Umsetzungsvorschlag zu unterbreiten. Die Modalitäten einer ‹Säule 3c› haben sich an

den Vorgaben der bereits bestehenden ‹Säule 3a› auszurichten. Die während einer limitierten Periode angesparten zweckgebundenen Guthaben sollen sowohl für die Finanzierung der im eigenen Haushalt erbrachten Pflegeleistungen als auch für die Bezahlung von Pflegeheimkosten verwendet werden können.

Begründung

Die Finanzierung der (Langzeit-)Pflege im Alter ist aufgrund der demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft eine grosse Herausforderung. Die in der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerats (SGK-S) geführte Modelldiskussion bezüglich der Finanzierungsanteile, welche von den verschiedenen Kostenträgern (Private, Krankenpflegeversicherung, öffentliche Hand) in Zukunft übernommen werden sollten, hat klar aufgezeigt, dass es heute keinerlei Anreize gibt, damit die betroffenen Personen für die Finanzierung allfälliger Pflegeleistungen im Alter aus freien Stücken sparen. Wer heute als Rentnerin oder Rentner für den Pflegebedarf im hohen Alter spart, wird vom System keineswegs belohnt, da er bzw. sie in einem Pflegeheim den gleichen Service erhalten wird wie diejenigen Personen, die ihr Guthaben anderweitig verwendet haben und für deren Pflege die Sozialversicherungen sowie die öffentliche Hand aufzukommen haben.

Vor diesem Hintergrund ist es angezeigt, ein Anreizsystem zu schaffen, damit Personen im Ruhestand vermehrt ein Interesse daran haben, sich ein individuelles Pflegeguthaben einzurichten. Der Anreiz soll darin bestehen, dass die Bürgerinnen und Bürger während einer bestimmten Periode (bspw. ab 58 Jahren bis maximal zum 80. Altersjahr) steuerbegünstigt Geld in ein Vorsorgekonto ‹Säule 3c› einzahlen können, welches bei Bedarf zur Deckung der Pflegekosten verwendet werden kann. Das angesparte Gut-

haben ist auf einen Maximalbetrag (von bspw. 200 000 Franken) zu begrenzen. Die steuerlichen Abzugsmöglichkeiten können auf den Konditionen fussen, welche heute bereits für die ‹Säule 3a› gelten. Indem keinerlei Zwang auferlegt wird, sich auf diese Weise eine ‹private Pflegeversicherung› gemäss Kapitaldeckungsverfahren zu ermöglichen, werden Personen in wirtschaftlich schwierigeren Verhältnissen nicht unnötig belastet (wie es bei der Einführung eines speziellen Krankenversicherungsbeitrags zwecks Deckung der Pflegekosten der Fall wäre).»

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

06.3406 - Interpellation Rossini Stéphane, 23.6.07:

Verwendung von Vorsorgekapital der 2. Säule durch Selbständigerwerbende

Nationalrat Stéphane Rossini (SP, VS) hat folgende Interpellation eingereicht:

«Ich ersuche den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Hat er eine gründliche interdisziplinäre Untersuchung anstellen lassen über die wirtschaftlichen, aber auch sozialen Folgen der Verwendung von Vorsorgemitteln der 2. Säule bei der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit? Wenn ja, welches sind die hauptsächlichsten Lehren, die er daraus zieht?

2. Welches sind die längerfristigen Folgen (z.B. für die Pensionierung) eines Verlusts von Vorsorgekapital der 2. Säule bei der Aufgabe einer selbständigen Erwerbstätigkeit, namentlich im Hinblick auf den Verlust von Einkünften und die Verminderung der Renten aus der Altersvorsorge?

3. Sollen nicht strengere Anforderungen für eine derartige Verwendung von Kapitalien ins Auge gefasst werden, um das Risiko eines Verlusts von Vorsorgekapital der 2. Säule zu vermeiden, namentlich

im Zusammenhang mit der Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit nach einer Periode der Arbeitslosigkeit? Namentlich wäre dabei zu beachten, ob die entsprechenden Personen fähig sind, einen Betrieb zu führen. Welche Aspekte und Beurteilungskriterien wären dabei zu berücksichtigen? (Vgl. die Vorschläge im Bericht von D. Hornung und T. Rötliberger.)

4. Die ganze Problematik weist zwei konträre Aspekte auf: den Traum einer Erwerbstätigkeit als selbständige Person einerseits und die möglichen negativen sozialen Folgen andererseits. Welchen dieser beiden Aspekte beabsichtigt der Bundesrat stärker zu gewichten, falls er die gesetzlichen Bestimmungen anpasst und allenfalls dem Parlament eine entsprechende Revision des BVG unterbreitet?

Begründung

Die Aufnahme einer selbständigen beruflichen Tätigkeit kann durch Finanzmittel aus der beruflichen Vorsorge (2. Säule) ermöglicht werden. Zudem ist erwiesen, dass bei Massnahmen der Arbeitslosenversicherung und von Sozialhilfeprogrammen (beispielsweise für die berufliche Wiedereingliederung) namentlich der Einsatz von Mitteln aus der beruflichen Vorsorge einen Anreiz zur Aufnahme einer selbständigen Berufstätigkeit schaffen kann.

Nach einer Studie, die in der Zeitschrift «Soziale Sicherheit» erschienen ist (BSV, No 5/2005, und Forschungsbericht 8/05 von Daniel Hornung und Thomas Röthlisberger) lässt sich Folgendes feststellen:

- Die Finanzierung durch Vorsorgegelder spielt eine bedeutende Rolle (bei einem Viertel der Neugründungen von Personengesellschaften).
- Ein Drittel aller Selbständigerwerbenden investieren ihr ganzes Vorsorgekapital in ihr Unternehmen.

- Zwar wären 2000 bis 3000 Betriebe ohne den Zuschuss von Vorsorgekapital aus der 2. Säule nicht gegründet worden; gleichzeitig erleiden aber auch jährlich ungefähr 830 bis 1200 ehemalige Selbständigerwerbende einen Vermögensverlust.

- Wenn aus wirtschaftlichen Gründen eine selbständige Erwerbstätigkeit wieder aufgegeben wird, besteht somit die Gefahr, dass das Vorsorgekapital der 2. Säule ganz oder teilweise verloren ist.

Im Übrigen ist in verschiedenen Schweizer Studien zur Armut (NFP 29 und 45, Statistiken des BFS) festgestellt worden, dass einerseits die kleinen Selbständigerwerbenden in zwischen eine wirtschaftlich schwache, von Risiken bedrohte Bevölkerungsgruppe darstellt und dass andererseits das Scheitern in einer selbständigen Erwerbstätigkeit den Verlust von Vorsorgekapital der 2. Säule, also eine bedeutende Schwächung der Altersvorsorge, mit sich bringt. Die Folge ist Armut, mit schwerwiegenden Folgen für den Lebensstandard bei der Pensionierung.»

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

Sozialversicherungen allgemein

06.3218 – Motion der Fraktion der Schweizerischen Volkspartei, 11.5.06:

Sozialversicherungsstatistiken nach Nationalitäten erheben und publizieren

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

«Der Bundesrat wird beauftragt, die für die Erfassung der Sozialversicherungsstatistiken (u. a. IV, ALV, EO, FamZG und Sozialhilfe) zuständigen Bundesämter anzuweisen, in Zukunft die Statistik nicht bloss nach Ausländern und Schweizern zu führen, sondern bei den Ausländern

auch die Herkunftsnation zu erheben und die Ergebnisse je Kanton öffentlich zugänglich zu machen.

Begründung

Bei der Betrachtung der Sozialversicherungsstatistiken fällt auf, dass Ausländer im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil massiv überproportional Leistungen beziehen. So beziehen beispielsweise 20 Prozent Ausländer rund 40 Prozent der IV-Leistungen. Ebenfalls fällt auf, dass rund die Hälfte der Arbeitslosen ausländischer Herkunft sind. Auch in der Sozialhilfe sind Ausländer überproportional vertreten.

Schliesslich werden jedes Jahr Familienzulagen in der Höhe von einer halben Milliarde Franken ins Ausland exportiert – ohne, dass dadurch die Kinderzahl in der Schweiz ansteigen würde. Zudem dürfte der Export von Kinderzulagen ins Ausland auch das DEZA interessieren, da es sich dabei teilweise um Entwicklungshilfegelder handelt. Eine differenzierte Erhebung der Ausländeranteile in den Sozialwerken erscheint daher unabdingbar. Die Erhebung nach Herkunftsland wird z.B. im Kanton AG bei der Kriminalitätsstatistik bereits praktiziert und bietet keinen besonderen Aufwand. Sie gibt hingegen Aufschluss darüber, in welchen Bevölkerungsgruppen sich besondere Präventionsmassnahmen aufdrängen.»

Stellungnahme des Bundesrates vom 28.6.2006

«Nationalitäten- und wohnsitzspezifische Daten werden seit mehreren Jahren in der ersten Säule (AHV, IV und EL) sowie in der Arbeitslosenversicherung erhoben. Diese Informationen sind frei zugänglich und werden nach Themenschwerpunkten veröffentlicht. In diesem Sinne ist das Anliegen der Motion erfüllt. In den anderen Bereichen der Sozialversicherungen, insbesondere in der beruflichen Vorsorge, der Kranken- und Unfallversicherung sowie bei den Familienzulagen, stehen per-

sonenzentrierte Daten (Beitragszahlende und Leistungsempfänger) nicht immer zur Verfügung und Nationalität oder Wohnsitzkanton sind den Vollzugsstellen oft nicht bekannt. Die Einführung einer systematischen Erhebung der mit der Motion geforderten Variablen zöge auf verschiedenen Ebenen eine massive Erhöhung der Verwaltungskosten nach sich. Im Falle einer Annahme der Motion müssten zum Beispiel in der beruflichen Vorsorge rund 8000 Vorsorgeeinrichtungen verpflichtet werden, die Daten bei mehreren hunderttausend Arbeitgebern für über drei Millionen aktive

Versicherte zu erheben. Bei den rund 650 000 Leistungsempfängern dürfte der Erhebungsaufwand noch grösser sein.

Für solche Entwicklungen braucht es also beträchtliche Ressourcen, die heute nicht zur Verfügung stehen. Ausserdem stehen die hohen Kosten in keinem Verhältnis zu den geringfügigen Zusatzinformationen, die eine Erhebung der Herkunftsna-tion liefert. Wissenschaftlich kaum relevant wäre beispielsweise eine Erhebung der Nationalitäten in der Krankenversicherung ohne Berücksichtigung der Risiken, denen die Betroffenen ausgesetzt sind.

In der Sozialhilfe wird die Herkunftsna-tion in der Schweizerischen Sozialhilfestatistik erhoben. Die Ergebnisse wurden erst vor kurzem veröffentlicht, so dass sich diese Variable noch nicht auswerten lässt. Mittelfristig ist indes eine Qualitätssteigerung bei der diesbezüglichen Information zu erwarten.»

Erklärung des Bundesrates vom 28.6.2006

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Stand der Beratung: Im Plenum noch nicht behandelt.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 31. Juli 2006

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	In-Kraft-Treten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Neugestaltung des Finanzausgleichs	14.11.01	BBl 2002, 2291	Spez'kom. SR ...21.5., 28.5., 14.8., 5.9.02, 24.6., 20.8.03	SR 1./2.10.02 1.10.03	Spez'kom. NR 21.10., 21.11.02 13./14.+27./28.1., 27.2., 25.3.03	NR 13.+19.6., 29.9.03	3.10.03 (BBl 2003, 6591,6807)	Volksentscheid vom 28.11.04 angenommen In-Kraft-Treten: 1.1.08
NFA. Ausführungs- gesetzgebung	7.9.05	BBl 2005 6029	Spez'kom. SR 7.2.06	SR 14./15./21.3.06				
BG gegen Schwarzarbeit	16.1.02	BBl 2002, 3605	WAK-NR ...28.10., 18.11.02, 31.3./1.4.03, 26.1, 5.4.04 Subkommission 8.5., 2.+23.6., 8.9., 26.11.03	NR 16.6.04	WAK-SR 29.6.04	SR Beratung abgeschl. 16.12.04	17.6.05 (BBl 2005, 4193)	In-Kraft-Treten: 1.1.07
Verwendung National- bankgold + VI «National- bankgewinne für die AHV»	20.8.03	BBl 2003, 6133	WAK-NR 4.11.03, 26.1., 5.4.04	NR 1.3.04 9.6.04, 15.3.05	WAK-SR 28.6.04	SR 28.9.04 9.3.05 (Differenzen)	16.12.05 (BBl 2005, 7269)	Volksentscheid: 24.9.06
VI «Für fairere Kinderzulagen»	18.2.04	BBl 2004, 1313	SGK-NR 29.4.04 29.11.05 (Diff.)	NR 10.3.05	SGK-SR 4.5., 29.6.05	SR 14.6.05	24.3.06 (BBl 2006 3515)	
KVG – Vorlage 1B Vertragsfreiheit	26.5.04	BBl 2004, 4293	SGK-SR 21./22.6.04 30.5.06		SGK-NR 30.6.04			
KVG – Vorlage 1D Kostenbeteiligung	26.5.04	BBl 2004, 4361	SGK-SR 21./22.6., 23./24.8.04	SR 21.9.04	SGK-NR 30.6.04			
KVG – Vorlage 2A Spitalfinanzierung und Risikoausgleich	15.9.04	BBl 2004, 5551	SGK-SR 18./19.10.04, 24./25.1., 27./28.6., 30.8., 21.9., 31.10.05, 23./24./25.1.06 Subkomm. 28.2., 22.+31.3., 11.4., 30.5., 11.8., 24.10.05	SR 20.9.05 (Rückw. an die SGK-SR) 7./8.3.06	SGK-Nr 7.4., 4.5., 6./7.7.06			
KVG – Vorlage 2B Managed Care	15.9.04	BBl 2004, 5599	SGK-SR 18./19.10.04 30.5.06					
KVG Pflegefinanzierung	16.2.05	BBl 2005, 2033	SGK-SR 29.8.05, 24.1., 21.2., 24.4.06					
VI für tiefere Prämien in der Grundversicherung	22.6.05	BBl 2005, 4315	SGK-SR 30.8.05, 23./24.1., 29.5.06 Subkomm. 7., 20., 22.6.06					
5. IV-Revision	22.6.05	BBl 2005, 4459	SGK-NR 22.8., 11.11.05, 17.2.06	NR 21.3.06	SGK-SR 30.5.06	SR 22.6.06		
VI für eine soziale Einheitskrankenkasse	9.12.05	BBl 2006, 735	SGK-NR 16./17.2.06	NR 8.5.06	SGK-SR 29.5.06	SR 15.6.06	23.6.06 (BBl 2006, 5743)	Volksentscheid (vorgesehen) 11.3.07
Neue AHV-Nummer	23.11.05	BBl 2006, 501	SPK-SR 31.1., 1.5.06	SR 22.3., 12.6.06	SPK-N 1.5.06	NR 6.6.06	23.6.06 (BBl 2006, 5777)	
Harmonisierung amtl. Personenreg.	23.11.05	BBl 2006, 427	SPK-SR 31.1.06	SR 22.3., 12.6.06	SPK-N 1.5.06	NR 6.6.06	23.6.06 (BBl 2006, 5789)	
11. AHV-Revision. Leis- tungsseitige Massnahmen	21.12.05	BBl 2006, 1957	SGK-NR 5.5.06					
11. AHV-Revision. Vorruhestandsleistung	21.12.05	BBl 2006, 2061	SGK-NR 5.5.06					

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
12.9.06	ABACUS-Workshop	Zürich	PricewaterhouseCoopers AG, Olivia Bräker, Birchstrasse 160, 8050 Zürich T: 058 792 47 31, F: 058 792 47 15 olivia.braeker@ch.pwc.com www.pwc.ch/lohnausweis
13.–15.9.06	Studienreise nach Paris	Paris	Innovation 2. Säule, Waldeggstr. 37, Postfach 246, 3097 Liebefeld T: 031 950 25 50, F: 031 950 25 51 info@izs.ch, www.izs.ch
18.9.06	Umfassende Kinderbetreuung. Modelle für die Schweiz	Zürich, Volkshaus	Tagungssekretariat Pro Familia Schweiz, Marktgasse 36, 3011 Bern T: 031 381 90 30, F: 031 381 91 31 info@profamilia.ch www.tagung-kinderbetreuung.ch
29.9.06	Gleichgeschlechtliche Partnerschaft: Ein interdisziplinärer Austausch.	Freiburg, Universität	Institut für Familienforschung und -beratung der Universität Freiburg, Avenue de la gare 1, 1700 Freiburg T: 026 300 73 51/56/60 F: 026 300 96 85 kathrin.widmer@unifr.ch www.unifr.ch/iff unter Institut
13./14.10.06	Die Anhörung des Kindes in familienrechtlichen Verfahren.	Freiburg, Universität	Weiterbildungsstelle der Universität Freiburg, Chemin du Musée 8, 1700 Freiburg T: 026 300 73 47, F: 026 300 96 49 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont/
26.10.06	Risikomanagement für Vorgesorgeeinrichtungen	Luzern, VPS-Verlag	VPS-Verlag Personalvorsorge und Sozialversicherung AG, Postfach 4765, 6002 Luzern T: 041 317 07 07 schulung@vps.ch www.vps.ch/schulung
31.10./7.11.06	Grundausbildung eidg. Sozialversicherungen	Olten, Hotel Arte	Fachschule für Personalvorsorge, Bälliz 64, Postfach 2079 3601 Thun T: 033 227 20 42, F: 033 227 20 45 info@fs-personalvorsorge.ch www.fs-personalvorsorge.ch
2./3.11.06	Bieler Tagung der Eidg. Komm. für Kinder- und Jugendfragen zum Thema «Armut und sozialer Ausschluss von Kindern und Jugendlichen» (vgl. Hinweis)	Biel, Kongresshaus	EKKJ, Bundesamt für Sozialversicherungen, Effingerstrasse 20, 3003 Bern T: 031 322 92 26, F: 031 324 06 75 Fax 031 324 06 75 marion.nolde@bsv.admin.ch ekkj-cfej@bsv.admin.ch, www.ekkj.ch
13.11.06	Tagung der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik (SAS) zum Thema «Gerechtigkeit zwischen Generationen – Solidaritäten im Lebenslauf» (vgl. Hinweis)	Bern, Kursaal	Schweizer. Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik SAS; Mühlenplatz 3, Postfach, 3000 Bern 13 T: 031 326 19 15, F: 031 326 19 10 admin@socialcoalition.ch www.socialcoalition.ch
22.11.06	Tagung «Die EU-Richtlinien und ihr Einfluss auf Schweizer Pensionskassen»	Basel, Konferenzzentrum der Bank Sarasin	Innovation 2. Säule, Waldeggstr. 37, Postfach 246, 3097 Liebefeld T: 031 950 25 50 F: 031 950 25 51 info@izs.ch www.izs.ch

Bieler Tagung «Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Jugendlichen»

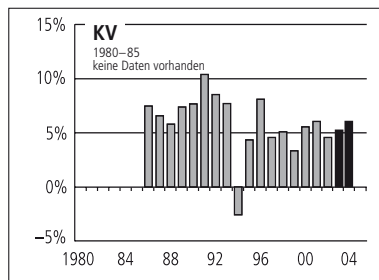
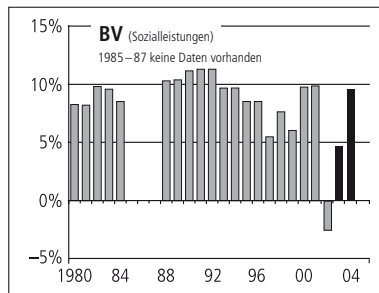
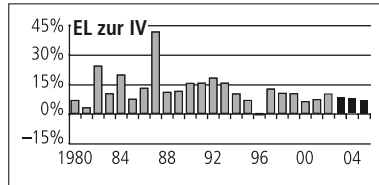
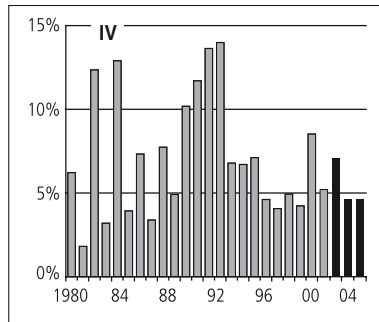
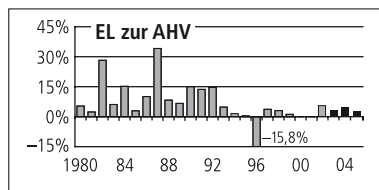
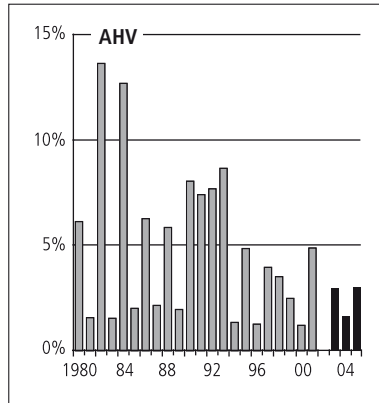
Die prekären Lebensverhältnisse und die zunehmende Armut, von denen die jüngere Generation betroffen ist, geben Anlass zu Besorgnis. Immer mehr Jugendliche finden keine Arbeit und schaffen nur mühsam den Einstieg in eine Berufsausbildung. Dass von allen Altersklassen überdurchschnittlich viele Kinder von der Sozialhilfe abhängig sind, ist in einem so reichen Land wie der Schweiz besonders stossend.

Was bedeutet eine in Armut gelebte Kindheit für Gesundheit und Schulausbildung? Sind in der Schweiz in Zukunft vor allem Kinder armutsgefährdet? Wird auf Dauer ein Teil der Jugendlichen in Armut und in zunehmend finanziell schwierigen Lebensverhältnissen leben? Welche Lösungen schlagen Politik und Wirtschaft vor? Müsste man nicht den Generationenvertrag zu Gunsten der Kinder und Jugendlichen überdenken? Wie beurteilen von Armut betroffene Kinder und Jugendliche ihre Situation? Welche praxisnahen Lösungen sehen Fachleute, die in direktem Kontakt mit Betroffenen stehen?

Tagung : «Gerechtigkeit zwischen Generationen – Solidaritäten im Lebenslauf»

Am 13. November 2006 veranstaltet die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Sozialpolitik (SAS) ihre zweite grosse Tagung in Bern. Unter dem Titel «Gerechtigkeit zwischen Generationen – Solidaritäten im Lebenslauf» widmet sich die diesjährige Konferenz dem demografischen Wandel und seinen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Auswirkungen. Die demografischen Veränderungen werden oft verharmlost oder als Argument für eine Privatisierung von Kosten und Individualisierung von sozialen Risiken herangezogen. Die Tagung wählt einen anderen Weg: Sie will zeigen, dass in der viel zitierten «Krise des Sozialstaats» die Chance liegt, notwendige Zukunftsinvestitionen rechtzeitig zu tätigen und Prioritäten neu zu setzen. Die Arbeitsgemeinschaft wird von folgenden Organisationen getragen: Caritas Schweiz, Hilfswerk der evangelischen Kirchen der Schweiz (HEKS), pro juventute, Pro Senectute, Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK). Mitwirkende (u.a.): Franz-Xaver Kaufmann, Gøsta Esping-Andersen.

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV

		1990	2000	2003	2004	2005	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	31 958	32 387	33 712	4,1%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	22 437	22 799	23 271	2,1%
davon Beiträge öff. Hand ²		3 666	7 417	8 051	8 300	8 596	3,6%
Ausgaben		18 328	27 722	29 981	30 423	31 327	3,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	29 866	30 272	31 178	3,0%
Rechnungssaldo		2 027	1 070	1 977	1 964	2 385	21,4%
Kapital		18 157	22 720	25 044	27 008	29 393	8,8%
Bezüger/innen AHV-Renten ³	Personen	1 225 388	1 515 954	1 584 795	1 631 969	1 684 745	3,2%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	89 891	92 814	96 297	3,8%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 773 000	3 904 000	4 008 000	4 042 000

EL zur AHV

		1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	1 573	1 651	1 695	2,7%
davon Beiträge Bund		260	318	356	375	388	3,4%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 217	1 276	1 308	2,5%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	120 684	140 842	146 033	149 420	152 503	2,1%

IV

		1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	9 210	9 511	9 823	3,3%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	3 764	3 826	3 905	2,1%
davon Beiträge öff. Hand		2 067	4 359	5 329	5 548	5 781	4,2%
Ausgaben		4 133	8 718	10 658	11 096	11 561	4,2%
davon Renten		2 376	5 126	6 440	6 575	6 750	2,7%
Rechnungssaldo		278	-820	-1 448	-1 586	-1 738	9,6%
Kapital		6	-2 306	-4 450	-6 036	-7 774	28,8%
Bezüger/innen IV-Renten ³⁾	Personen	164 329	235 529	271 039	282 043	289 834	2,8%

EL zur IV

		1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 099	1 197	1 286	7,5%
davon Beiträge Bund		69	182	244	266	288	8,3%
davon Beiträge Kantone		241	665	855	931	999	7,3%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	30 695	61 817	79 282	85 370	92 001	7,8%

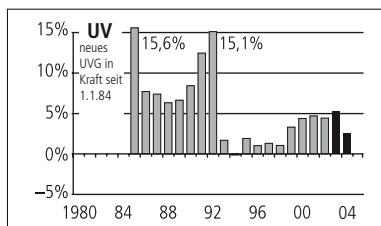
BV / 2. Säule Quelle: BFS/BSV

		1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	50 511	46 100	48 093	...	4,3%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	12 300	12 600	...	2,4%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	16 400	18 049	...	10,1%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	13 300	13 971	...	5,0%
Ausgaben		15 727	31 605	33 900	35 202	...	3,8%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	22 600	24 664	...	9,1%
Kapital		207 200	475 000	468 000	491 900	...	5,1%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	508 000	748 124	830 000	839 800	...	1,2%

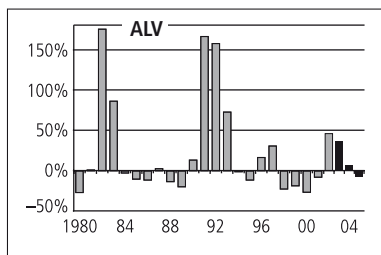
KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 944	17 042	18 285	...	7,3%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	16 857	18 069	...	7,2%
Ausgaben		8 417	14 056	16 435	17 446	...	6,2%
davon Leistungen		8 204	15 478	17 942	19 163	...	6,8%
davon Kostenbeteiligung		-801	-2 288	-2 591	-2 835	...	9,4%
Rechnungssaldo		451	-113	607	840	...	38,3%
Kapital		...	7 122	7 087	8008	...	13,0%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 066	3 170	...	3,4%

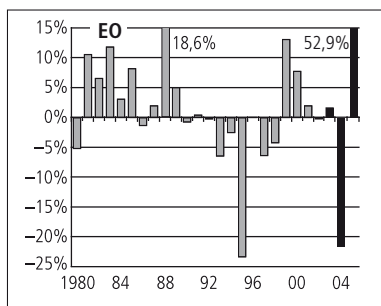
Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	4 181	5 993	6 449	6 914	...	7,2%
davon Beiträge der Vers.	3 341	4 671	5 014	5 385	...	7,4%
Ausgaben	3 043	4 547	5 236	5 364	...	2,4%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	2 743	3 886	4 528	4 645	...	2,6%
Rechnungssaldo	1 139	1 446	1 214	1 551	...	27,7%
Kapital	11 195	27 483	31 584	33 563	...	6,3%



ALV Quelle: seco	1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	776	6 450	5 898	4 802	4 805	0,1%
davon Beiträge AN/AG	648	6 184	5 610	4 341	4 346	0,1%
davon Subventionen	-	225	268	453	449	-0,8%
Ausgaben	492	3 514	6 706	7 074	6 683	-5,5%
Rechnungssaldo	284	2 935	-808	-2 272	-1 878	-17,3%
Kapital	2 924	-3 157	1 475	-797	-2 675	235,7%
Bezüger/innen ⁴	Total 58 503	207 074	316 850	330 328	322 640	-2,3%



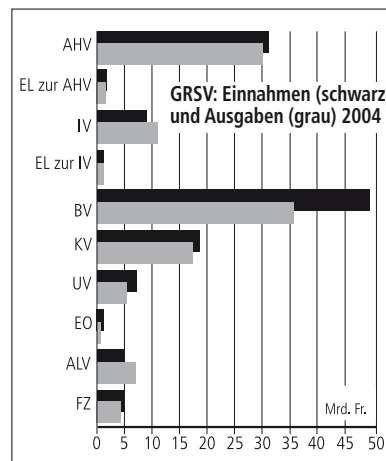
EO	1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen	1 060	872	932	957	1 024	7,1%
davon Beiträge	958	734	804	818	835	2,0%
Ausgaben	885	680	703	550	842	52,9%
Rechnungssaldo	175	192	229	406	182	-55,1%
Kapital	2 657	3 455	2 274	2 680	2 862	6,8%

FZ	1990	2000	2003	2004	2005	VR ¹
Einnahmen geschätzt	3 049	4 517	4 827	4 823	...	-0,1%
davon FZ Landw. (Bund)	112	139	129	128	125	-2,3%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2004

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2003/2004	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2003/2004	Saldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	31 686	2,1%	30 423	1,5%	1 263	27 008
EL zur AHV (GRSV)	1 651	5,0%	1 651	5,0%	-	-
IV (GRSV)	9 511	3,3%	11 096	4,1%	-1 586	-6 036
EL zur IV (GRSV)	1 197	8,9%	1 197	8,9%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	48 093	4,3%	35 202	3,8%	12 892	491 900
KV (GRSV)	18 285	7,3%	17 446	6,2%	840	8 008
UV (GRSV)	6 914	7,2%	5 364	2,4%	1 551	33 563
EO (GRSV)	880	1,9%	550	-21,7%	330	2 680
ALV (GRSV)	4 802	-18,6%	7 074	5,5%	-2 272	-797
FZ (GRSV) (Schätzung)	4 823	-0,1%	4 790	0,7%	33	...
Konsolidiertes Total (GRSV)	127 065	3,0%	114 015	3,3%	13 050	556 326

*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

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Soziallastquote ⁵ (gemäss GRSV)	26,15	26,48	27,53	27,17	27,38	27,30
Sozialleistungsquote ⁶ (gemäss GRSV)	20,13	19,89	20,75	20,93	21,93	22,24

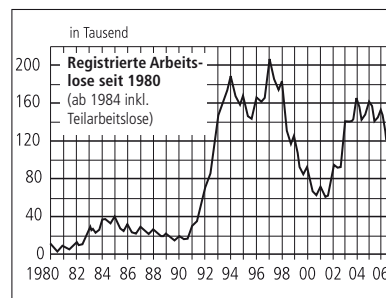
Arbeitslose

	Ø 2003	Ø 2004	Ø 2005	Mai 06	Juni 06	Juli 06
Ganz- und Teilarbeitslose	145 687	153 091	148 537	129 486	122 837	121 725

Demografie

Basis: Mittleres Szenario A-00-2005, BFS

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



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. MWST (seit 1999) und Spielbankenabgabe (seit 2000).
 3 Vor der 10. AHV-Revision wurden Paar- und einfache Renten ausbezahlt. Für die Berechnung der BezügerInnen wurde die Anzahl Paarrenten, die es bis Ende 2000 gab, mit zwei multipliziert und zur Anzahl einfacher Renten dazugezählt.
 4 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 5 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.

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

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2006 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Literatur

Allgemeines

Erwin Carigiet, Ueli Mäder, Michael Opielka, Franz Schulz-Nieswandt (Hrsg.): **Wohlstand durch Gerechtigkeit.** Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich. 400 Seiten, broschiert. 2006. Fr. 38.–. ISBN 3-85869-314-6. Rotpunktverlag, Zürich. Rund 30 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus beiden Ländern setzen sich mit den sozialpolitischen Themen auseinander, die heute die meisten Menschen beschäftigen. Die Diskussionen zur Zukunft der Rentenversicherung, zur Finanzierung des Gesundheitswesens, zur Gestaltung der Familienpolitik oder zur Neuausrichtung von Sozialhilfe und Arbeitsmarktpolitik sind heftig; die Deutungsbemühungen der politischen Eliten oft hilflos. Der Sozialstaat steht unter erheblichem Legitimationsdruck. Die aktuellen Konzeptionen der sozialen Sicherheit offenbaren Mängel und Lücken bei den Leistungen und der Finanzierung. Die Teilhabe möglichst vieler Menschen an den Früchten des gesellschaftlichen Erfolgs ist trotz steigender Sozialausgaben immer weniger gewährleistet. Das Buch geht deshalb auch der Frage nach, inwieweit lohnarbeitszentrierte Absicherung und Orientierung am Lebensstandard noch geeignete Lösungsansätze für die soziale Sicherheit sind. Ein Handbuch auf wissenschaftlicher Basis, das Laien wie Fachleuten aufschlussreiche Einblicke in die relevanten sozialpolitischen Herausforderungen gibt.

Sozialpolitik

Urs Mühle, Beat Rutishauser, Urs Kaegi, Stephan Herzog: **Wirkungs-**

orientierung im Sozialdienst. Ein Handbuch für Planungsverantwortliche in Kantonen und Gemeinden. 165 Seiten, 30 Abbildungen, kartoniert. 2006. Fr. 68.–. ISBN 3-258-06938-7. Haupt Verlag, Bern. Angesichts knapper Kassen brauchen Kantone und Gemeinden für ihr Sozialwesen heute ein durchdachtes Betriebskonzept, damit die breite Vielfalt der Aufgaben effizient bewältigt werden kann. Bei der Planung der Hilfe sind auch die Interessen der Öffentlichkeit konsequenter zu berücksichtigen und Betroffene gezielt in die Verantwortung zu nehmen. Die Autoren stellen ein umfassendes Konzept vor, das sich über die Jahre aus ihrer Beratungspraxis entwickelt und im Alltag bewährt hat. Sie zeigen, wie die Klientenarbeit zu gestalten ist und wie der Betrieb der Sozialdienste organisiert werden kann. Dabei legen sie viel Wert darauf, dass die Gewaltentrennung strikte eingehalten wird und insbesondere Doppelmandate vermieden werden. Eine weitere Empfehlung lautet, besser gezielt Leistungen im regionalen Hilfsnetz einzukaufen, statt alles in einem grossen regionalen Sozialdienst zu organisieren.

Toni Wirz: **Habe ich Anspruch auf Sozialhilfe?** Rechte, Pflichten und Richtlinien. 112 Seiten, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. 2006. Fr. 24.–. ISBN 3-85569 324 2. Beobachter-Buchverlag, Zürich. Das Thema ist brisant, die Schlagworte jagen sich: neue Sozialhilfe-Richtlinien, steigende Ausgaben der Gemeinden, Integrationsbemühungen, Sparmassnahmen auf dem Buckel der Bezüger. Rechtzeitig zur Einführung der neuen Richtlinien ist im Beobachter-Buchverlag der entsprechende Ratgeber «Habe ich Anspruch auf Sozialhilfe?» erschienen. In der Schweiz beziehen rund 300 000 Menschen Sozialhilfe. Die

Tendenz ist steigend. Der Gang aufs Sozialamt fällt den meisten schwer. Da ist Angst vor Abhängigkeit von amtlichen Entscheiden, die Sorge, Auskunft über private Dinge geben zu müssen. Der neue Ratgeber macht Betroffenen Mut und unterstützt sie in allen Belangen der Sozialhilfe. Vom Budget bis zur Bemessung der Sozialhilfe – dieses Buch erklärt, welche neuen Standards gelten. Der Beobachter-Ratgeber enthält viele nützliche Adressen, verschiedene Berechnungsgrundlagen und einen Musterbrief für eine Beschwerde gegen den Entscheid einer Sozialbehörde. Er entstand in Zusammenarbeit mit der SKOS und basiert auf den neuen Standards.

Internet

Der Schweizerische Verband alleinerziehender Mütter und Väter (SVAMV) hat ein Argumentarium mit seinen Standpunkten ins Internet gestellt: vom gemeinsamen Sorgerecht bis Steuerrecht sowie von Armutsfallen bis Alimente. Weiter wird eine Übersicht über die gesellschaftlichen und alltäglichen Probleme alleinerziehender Eltern angeboten. Informationen über den SVAMV vervollständigen das Informationspaket. www.svamv.ch

Eine echte Innovation: Ein wöchentlicher Newsletter, der sich etwa fünf Urteilen des Bundesgerichts und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts widmet. Der Newsletter ist in drei Ebenen gegliedert: Schlüsselwörter, Zusammenfassung der Rechtsprechung und Anmerkungen, Urteile im Volltext. Eine Datenbank mit Suchmaschine erlaubt, den einschlägigen Entscheid zu finden. Die Urteile im Volltext sind in der Originalsprache aufgenommen. www.nouvjur.com

Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Eidg. Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.): «Pflegen, betreuen und bezahlen. Familien in späteren Lebensphasen».	BBL ¹ 301.607 d/f Fr. 17.–
Bundesamt für Statistik: «Verstärktes Wachstum der Sozialausgaben seit 2001». Spezialanalyse der Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit.	BFS ² 299-0602 d 300-0602 f Fr. 6.–
Ergänzungsinformation zum Info-Service «Arbeitslosigkeit»: «Leistungen bei Arbeitssuche im Ausland (EU- oder EFTA-Mitgliedstaat)». Ein Leitfaden für Versicherte.	seco ³ 716.204 d/f/i gratis
Familienzulagen in der Landwirtschaft. Erläuterungen und Tabellen. Stand 1. Januar 2006.	BBL ¹ 318.806 d/f Fr. 9.30
Bundesamt für Sozialversicherungen, Bereich Statistik: «Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2005».	BBL ¹ 318.685.05 d/f Fr. 5.50

1 BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern. Fax 031 325 50 58, verkauf.zivil@bbl.admin.ch, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

2 BFS, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel, Tel. 032 713 60 60, Fax 032 713 60 61, E-mail : order@bfs.admin.ch

3 Staatssekretariat für Wirtschaft seco, Effingerstrasse 31, 3003 Bern, Tel. 031 322 27 88, Fax 031 311 38 35, www.seco-admin.ch

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2004:

Nr. 1/04 Mehr Eigenverantwortung – ein Rezept für die Sicherung des Sozialstaates?
Nr. 2/04 Volksabstimmung vom 16. Mai 2004: 11. AHV-Revision und Finanzierung der AHV/IV
Nr. 3/04 Gleichstellung von Frau und Mann: 30 Jahre danach
Nr. 4/04 Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub
Nr. 5/04 Die 5. IV-Revision auf einen Blick
Nr. 6/04 Familienbericht 2004

Nr. 1/05 Kein Schwerpunkt
Nr. 2/05 Eingetragene Partnerschaft – Beziehung rechtlich absichern
Nr. 3/05 Modernisierungen in der AHV-Durchführung
Nr. 4/05 Soziale Gerechtigkeit – Ethik und Praxis
Nr. 5/05 Neuordnung der Pflegefinanzierung
Nr. 6/05 Ältere ArbeitnehmerInnen auf dem Arbeitsmarkt

Nr. 1/06 Berufliche Vorsorge – quo vadis?
Nr. 2/06 11. AHV-Revision zum Zweiten
Nr. 3/06 Anstossfinanzierung – familienexterne Kinderbetreuung
Nr. 4/06 10 Jahre KVG

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

Bestellung von Einzelnummern:

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

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Rosmarie Marolf E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Sabrina Gasser, Administration E-Mail: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Telefon 031 325 93 13 Die Meinung BSV-externer AutorInnen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Susanna Bühler, Stefan Müller, Andrea Nagel, Catherine Fahrni	Auflage	Deutsche Ausgabe 6000 Französische Ausgabe 2000
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 318.998.4/06d