

09.076

**Botschaft
zum Bundesgesetz über Prävention und
Gesundheitsförderung
(Präventionsgesetz, PräVG)**

vom 30. September 2009

Sehr geehrte Frau Nationalratspräsidentin
Sehr geehrter Herr Ständeratspräsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir unterbreiten Ihnen Entwurf und Botschaft zu einem Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) mit dem Antrag auf Zustimmung.

Wir versichern Sie, sehr geehrte Frau Nationalratspräsidentin, sehr geehrter Herr Ständeratspräsident, sehr geehrte Damen und Herren, unserer vorzüglichen Hochachtung.

30. September 2009

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Hans-Rudolf Merz
Die Bundeskanzlerin: Corina Casanova

Übersicht

Das neue Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung setzt den in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b der Bundesverfassung verankerten Gesetzgebungsauftrag um, wonach der Bund Regelungen zur Bekämpfung stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten erlässt. Es hat zum Ziel, die Steuerung, die Koordination und die Effizienz von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zu verbessern und damit zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz beizutragen.

Ausgangslage

Das Gesundheitssystem der Schweiz weist eine grosse Schwäche auf: Im Vergleich zu den drei Säulen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) sind Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung derzeit – mit Ausnahme der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und der Massnahmen zur Verhütung von Suchtkrankheiten – konzeptionell, organisatorisch, politisch und rechtlich nicht ausreichend verankert.

Am 28. September 2007 erteilte der Bundesrat dem Eidg. Departement des Innern (EDI) den Auftrag, zur Überwindung der bestehenden Strukturschwäche in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung neue gesetzliche Grundlagen zu erarbeiten. Damit folgte der Bundesrat den Empfehlungen der vom EDI eingesetzten Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung», die im Juni 2006 publiziert wurden, wie auch einem zentralen Vorschlag der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Weiterentwicklung des Schweizerischen Gesundheitssystems vom Oktober 2006.

Inhalt der Vorlage

Das Hauptanliegen der vorgeschlagenen Regelung besteht in der für eine Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung notwendigen Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen und in der Optimierung der strategischen Führung der Verwaltung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag). Zudem wird die gesetzliche Lücke geschlossen, die auf Bundesebene im Bereich der Prävention und Früherkennung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind, besteht.

Der Gesetzesentwurf enthält folgende Kernelemente:

- die Einführung übergeordneter Steuerungs- und Koordinationsinstrumente (nationale Ziele und bundesrätliche Strategie);*
- die Klärung der Aufgabenteilung von Bund und Kantonen unter Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips;*

-
- die Verankerung von Massnahmen zur Sicherstellung der Qualität und zur Förderung der Wirksamkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen;
 - die Schaffung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung in Form einer dezentralen Verwaltungseinheit des Bundes als neues Kompetenzzentrum für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung;
 - die Neuregelung der Rahmenbedingungen für die Verwendung des KVG-Prämienzuschlages und der Tabakpräventionsabgabe;
 - die rechtliche Verankerung von Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen und der Förderung der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung;
 - die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung und die Harmonisierung der Datenerhebung.

Die Umsetzung der Vorlage erfolgt haushaltneutral. Sollte der Mittelbedarf für die Präventionsanstrengungen auf längere Sicht zunehmen, so wird dieser durch eine durch den Bundesrat festzulegende Erhöhung des aktuell bei 2.40 Franken pro Person und Jahr liegenden KVG-Prämienzuschlags gedeckt werden.

Aus gesundheitspolitischer Sicht leistet das neue Bundesgesetz einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Erhaltung des Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung, stärkt dadurch den Wirtschaftsstandort Schweiz und trägt zur Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem bei.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht	7072
Verzeichnis der Abkürzungen	7076
1 Ausgangslage	7079
1.1 Gesundheitspolitische Verankerung	7079
1.2 Überblick über die heutige Situation	7083
1.2.1 Gesetzgebung	7083
1.2.2 Akteure und Organisation	7085
1.2.3 Finanzierung	7090
1.2.4 Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung	7093
1.3 Schwächen des heutigen Systems und Handlungsbedarf	7094
1.4 Anlass für die Neuregelung	7096
1.4.1 Reformbestrebungen in den 1980er-Jahren	7096
1.4.2 Vorarbeiten zur aktuellen Neuregelung	7097
2 Grundzüge der Vorlage	7099
2.1 Untersuchte Lösungsmöglichkeiten	7099
2.2 Ergebnis des Vorverfahrens	7101
2.2.1 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens	7101
2.2.2 Überarbeitung des Vorentwurfs	7104
2.3 Die Ziele der Vorlage	7105
2.4 Die beantragte Neuregelung im Einzelnen	7106
2.4.1 Geltungsbereich	7106
2.4.2 Steuerungs- und Koordinationsinstrumente	7107
2.4.3 Aufgabenteilung Bund – Kantone	7108
2.4.4 Organisation auf Bundesebene	7110
2.4.5 Finanzierung	7112
2.4.6 Weitere Aspekte	7113
2.5 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen	7114
2.6 Internationale Entwicklungen und Verhältnis zum europäischen Recht	7114
2.6.1 Internationale Entwicklungen bei Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung	7114
2.6.2 Organisatorische Lösungen im internationalen Vergleich	7116
2.6.3 Verhältnis zum Europäischen Recht	7118
2.7 Umsetzung	7119
2.8 Würdigung der Gesamtvorlage	7120
2.9 Erledigung der parlamentarischen Vorstösse	7124
3 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln	7125
3.1 1. Kapitel: Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung	7125
3.1.1 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen	7125
3.1.2 2. Abschnitt: Steuerungs- und Koordinationsinstrumente	7132
3.1.3 3. Abschnitt: Massnahmen von Bund und Kantonen	7137

3.2 2. Kapitel: Beiträge, Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen	7145
3.2.1 1. Abschnitt: Programm- und Projektbeiträge	7145
3.2.2 2. Abschnitt: Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen	7148
3.3 3. Kapitel: Daten	7150
3.4 4. Kapitel: Berichterstattung und Controlling	7152
3.5 5. Kapitel: Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung	7154
3.5.1 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen	7154
3.5.2 2. Abschnitt: Organe und Personal	7157
3.5.3 3. Abschnitt: Finanzierung und Finanzhaushalt	7161
3.5.4 4. Abschnitt: Aufsicht	7163
3.6 6. Kapitel: Vollzug	7163
3.7 7. Kapitel: Schlussbestimmungen	7166
3.7.1 1. Abschnitt: Aufhebung und Änderung bisherigen Rechts	7166
3.7.2 2. Abschnitt: Übergangsbestimmungen	7169
3.7.3 3. Abschnitt: Referendum und Inkrafttreten	7171
4 Auswirkungen	7171
4.1 Auswirkungen auf den Bund	7171
4.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden	7174
4.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	7175
4.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft und Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB)	7181
5 Verhältnis zur Legislaturplanung	7182
6 Rechtliche Aspekte	7182
6.1 Verfassungsmässigkeit	7182
6.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen	7183
6.3 Erlassform	7184
6.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse	7184
6.5 Vereinbarkeit mit dem Subventionsgesetz	7184
6.5.1 Bundesbeitrag an das Institut	7184
6.5.2 Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen	7185
6.6 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	7186
 Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) (Entwurf)	 7189

Verzeichnis der Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, SR 831.10
AlkG	Alkoholgesetz vom 21. Juni 1932, SR 680
ArG	Arbeitsgesetz vom 13. März 1964, SR 822.11
AsylG	Asylgesetz vom 26. Juni 1998, SR 142.31
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, SR 830.1
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
BBG	Berufsbildungsgesetz vom 13. Dezember 2002, SR 412.10
BBl	Bundesblatt
BetmG	Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951, SR 812.121
BIP	Bruttoinlandprodukt
BG	Bundesgesetz
BPG	Bundespersonalgesetz vom 24. März 2000, SR 172.220.1
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999, SR 101
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
EG	Europäische Gemeinschaft
EpG	Epidemiengesetz vom 18. Dezember 1970, SR 818.101
E-PrävG	Entwurf Präventionsgesetz
EU	Europäische Union
FG	Forschungsgesetz vom 7. Oktober 1983, SR 420.1
FHG	Finanzhaushaltsgesetz vom 7. Oktober 2005, SR 611.0
FHSG	Fachhochschulgesetz vom 6. Oktober 1995, SR 414.71
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
HMG	Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000, SR 812.21
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung, SR 831.20
JFG	Jugendförderungsgesetz vom 6. Oktober 1989, SR 446.1
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995, SR 832.112.31
KV	Krankenversicherung

KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, SR 832.10
LMG	Lebensmittelgesetz vom 9. Oktober 1992, SR 817.0
MedBG	Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006, SR 811.11
NHB	Nachhaltigkeitsbeurteilung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organization for Economic Cooperation and Development)
OV-EDA	Organisationsverordnung vom 29. März 2000 für das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten, SR 172.211.1
OV-EDI	Organisationsverordnung vom 28. Juni 2000 für das Eidgenössische Departement des Innern, SR 172.212.1
OV-EFD	Organisationsverordnung vom 11. Dezember 2000 für das Eidgenössische Finanzdepartement, SR 172.215.1
OV-EVD	Organisationsverordnung vom 14. Juni 1999 für das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement, SR 172.216.1
OV-UVEK	Organisationsverordnung vom 6. Dezember 1999 für das Eidgenössische Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation, SR 172.217.1
OV-VBS	Organisationsverordnung vom 7. März 2003 für das Eidgenössische Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport, SR 172.214.1
ParlG	Parlamentsgesetz vom 13. Dezember 2002, SR 171.10
PrävG	Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz)
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
RTVG	Bundesgesetz vom 24. März 2006 über Radio- und Fernsehen, SR 784.40
RVOG	Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997, SR 172.010
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
STEG	Bundesgesetz vom 19. März 1976 über die Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten, SR 819.1
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937, SR 311.0
SuG	Subventionengesetz vom 5. Oktober 1990, SR 616.1
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVG	Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958, SR 741.01
TPF	Tabakpräventionsfonds
TPFV	Verordnung vom 5. März 2004 über den Tabakpräventionsfonds, SR 641.316
TStG	Tabaksteuergesetz vom 21. März 1969, SR 641.31
UFG	Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999, SR 414.20
UV	Unfallversicherung

UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung, SR 832.20
VIG	Vernehmlassungsgesetz vom 18. März 2005, SR 172.061
VO	Verordnung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Botschaft

1 Ausgangslage

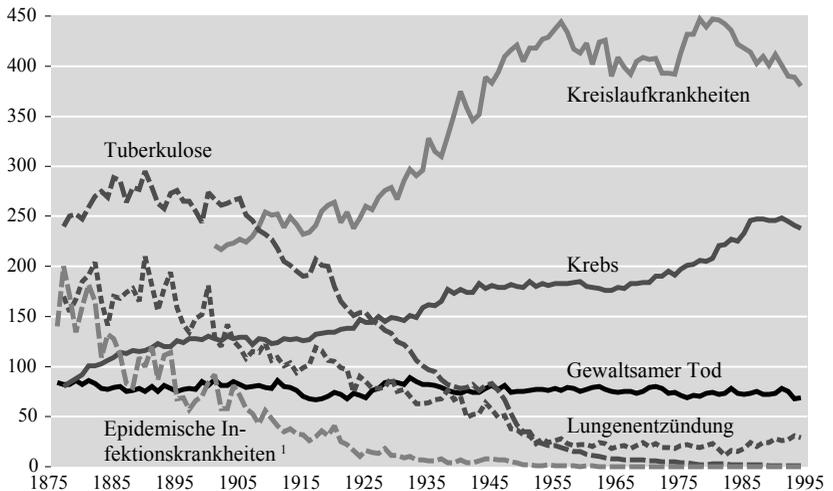
1.1 Gesundheitspolitische Verankerung

Der gesellschaftliche Wandel im 20. Jahrhundert hat zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums und der Todesursachen geführt. Bis Anfangs des 20. Jahrhunderts waren Infektionen die Hauptursache für Erkrankung und vorzeitigen Tod (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1

Entwicklung der Todesursachen von 1875–1995¹

Gestorbene auf 100 000 Einwohner



¹ Pocken, Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Typhus

© BFS 1997

Seit sich die sozialen und hygienischen Verhältnisse verbessert haben und Impfstoffe Epidemien verhindern, haben sich die Krankheitsbilder in der Bevölkerung stark verändert. Heute sind chronische nichtübertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen neben Unfällen und Suiziden die Hauptgründe für vorzeitig verlorene Lebensjahre (vgl. Tabelle 1).

¹ Quelle: Bundesamt für Statistik.

Prozentuale Verteilung der vorzeitig (d.h. vor dem 70. Altersjahr) verlorenen potenziellen Lebensjahre nach Haupttodesursachen und Geschlecht (2007)²

Ursache	Männer	Frauen
Krebskrankheiten	29,1 %	45,2 %
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	17,2 %	11,0 %
Unfälle und Gewalteinwirkungen	16,3 %	8,0 %
Suizid	13,3 %	9,9 %
Infektionskrankheiten	1,9 %	1,7 %
Andere	22,2 %	24,2 %

Auch bezüglich der Krankheitslast (d.h. dem «Burden of Disease») stehen chronische nichtübertragbare Krankheiten an erster Stelle (vgl. Tabelle 2). Krankheiten mit einer hohen Krankheitslast führen zu einer überdurchschnittlichen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, eingeschränkter Lebensqualität oder gar zu frühzeitiger Verrentung und tragen damit zur Kostensteigerung im Bereich der Sozialversicherungen (Kranken- und Invalidenversicherung; KV und IV) bei. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind diese Krankheiten im mittleren Lebensalter mit einem gesunden Lebensstil bis zu 50 % vermeidbar.

Krankheitslast: die 10 wichtigsten Krankheiten oder Unfälle bzw. Risikofaktoren³

Krankheit oder Unfall	% aller DALYs*	Risikofaktor	% aller DALYs*
Unipolare Depression	10,3	Tabakkonsum	11,2
Ischämische Herzkrankheit	6,2	Bluthochdruck	7,3
Alzheimer und Demenz	4,7	Alkoholkonsum	7,2
Alkoholbedingte Krankheiten	4,6	Hoher Body-Mass-Index	6,0
Hörverlust	4,2	Hohes Cholesterin	5,1
Zerebrovaskuläre Krankheiten	3,3	Drogenkonsum	2,7
Lungenkrebs	3,1	Körperliche Inaktivität	2,4
Obstruktive Lungenkrankheiten	2,8	Geringer Frucht-/Gemüsekonsum	1,6
Selbstzugefügte Verletzungen	2,8	Ungeschützte sexuelle Kontakte	0,7
Osteoarthritis	2,7	Sex. Missbrauch in der Kindheit	0,6

* DALY = Disability Adjusted L Years = Summe der vorzeitig (d.h. vor dem 70. Altersjahr) verlorenen Lebensjahre plus der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre.

² Quelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheitsstatistik 2009, Neuenburg 2009.

³ Quelle: Schätzungen aus der WHO-Datenbank «Burden of Disease».

Aufgrund der demografischen Alterung wird die Bedeutung dieser Krankheiten für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz, aber auch für die Entwicklung der Kosten des Gesundheitssystems weiter zunehmen.

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich in der wissenschaftlichen Literatur die Erkenntnis durch, dass die Gesundheit der Menschen sich nicht auf die Biologie reduzieren lässt, sondern weitere Dimensionen aufweist. Die WHO nahm 1948 in ihrer Gesundheitsdefinition diese Erkenntnis auf und legte damit das Fundament für ein umfassendes Gesundheitsverständnis, das sich heute in fast allen Ländern und Organisationen durchgesetzt hat. Sie definierte Gesundheit als eine Vision und bezeichnete sie als « Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens des Menschen ». Revolutionär war diese Begriffsdefinition vor allem deshalb, weil Gesundheit als mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde.

In der «Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung»⁴ aus dem Jahre 1986 wurde dieser sehr absolute und statische Gesundheitsbegriff von 1948 relativiert. Im Vordergrund steht seither die Befähigung der Menschen, Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und diese zu verbessern. Wichtig ist insbesondere die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht allein aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, biologisch-genetischen Voraussetzungen und dem persönlichen Lebensstil resultiert. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, eine intakte Umwelt, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen sowie der Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung.

Zu einer umfassenden Gesundheit gehören somit körperliche, psychische, soziale und umweltbedingte Faktoren: Gesundheit wird von Menschen mit und ohne Behinderungen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, nämlich dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Leistungsfähigkeit und der Lebensqualität.

Dass sich der Gesundheitszustand seit dem 19. Jahrhundert verbessert und die Lebenserwartung sich verlängert hat, lässt sich nicht allein durch den medizinisch-kurativen Fortschritt erklären. Wesentlich dazu beigetragen haben auch wirtschaftliche und soziale Entwicklungen, staatliche Stabilität sowie Umwelt-, Hygiene- und Bildungsfortschritte. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und zur Verlängerung der Lebenserwartung wurde in der Vergangenheit – je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen sowie in Abhängigkeit vom Geschlecht – auf 10–40 Prozent beziffert. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Veränderungen in den Lebensbedingungen und -stilen.

⁴ Weltgesundheitsorganisation, Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, Genf 1986; einsehbar z.B. unter: www.radix.ch/index.cfm/90346828-EE5A-7D5D-73764C30ECE7FD99/?&lang=de.

Da viele der in Tabelle 2 erwähnten Krankheiten durch einen gesunden Lebensstil und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden können⁵, besteht heute die Notwendigkeit, die Prinzipien von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung politisch zu stärken und sie im Gesundheitssystem, in der Gesundheitspolitik und in weiteren Politikbereichen (z.B. Bildungs-, Wirtschafts-, Sozial und Umweltpolitik) besser zu verankern. Der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dürfte längerfristig nur dann aufrechtzuerhalten sein, wenn diese Prinzipien in der Schweiz unterstützt werden. Zudem ist die Gesunderhaltung der Bevölkerung durch Prävention und Gesundheitsförderung auch vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Verknappung der Ressourcen in der kurativen Medizin von entscheidender Bedeutung. Dies bedingt einen Paradigmenwechsel weg von einer primär kurativ ausgerichteten Medizin hin zu einem mehr präventiv orientierten Gesundheitssystem.

Basierend auf diesen Überlegungen wird heute fast einhellig anerkannt, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung auch die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft stärken und die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung wie auch die Produktivität der Wirtschaft bewahren. Dadurch können vorzeitige Todesfälle sowie eine vorzeitige krankheitsbedingte Verrentung vermieden, die krankheitsbedingten Produktionsverluste in den Unternehmen reduziert, die Autonomie im Alter bewahrt und die Pflegebedürftigkeit verhindert bzw. hinausgezögert werden. Zugleich begünstigen Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung und können dadurch langfristig zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen.

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf soll eine solide Basis für die zukünftige Ausgestaltung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in der Schweiz gelegt werden. Wichtige Elemente der Vorlage sind beispielsweise die Stärkung von Koordination und Steuerung, die Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, die Neugestaltung der Finanzflüsse und der finanziellen Steuerung auf Bundesebene sowie die Neuorganisation der Zuständigkeiten auf Bundesebene (Schaffung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung). Hingegen legt der Gesetzesentwurf weder die zukünftigen Prioritäten bei der Krankheitsverhütung und -früherkennung fest noch definiert er spezifische Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen.

⁵ Nichtrauchen, massvoller Alkoholgenuss, der Verzehr von viel Gemüse und Früchten sowie ausreichend Bewegung reduzieren nach den Erkenntnissen der EPIC-Studie (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) das Sterberisiko. Menschen, welche die erwähnten Lebensstilfaktoren einhalten, haben gegenüber Menschen, die keinen dieser Faktoren in ihrer Lebensweise berücksichtigen, ein vierfach geringeres Sterberisiko. Vgl. dazu: Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al: Combined impact of health behaviors and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS med* 5(1)2008: e12. doi:10.1371/journal.pmed.0050012.

1.2 Überblick über die heutige Situation

1.2.1 Gesetzgebung

Allgemein

Die Gesetzgebung in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung ist uneinheitlich und unübersichtlich und weist wesentliche Lücken auf. Die auf Bundesebene und auf kantonaler Ebene geltenden Rechtsvorschriften betreffen nur Teilbereiche und sind relativ unbestimmt oder sehr offen formuliert. Auf Bundesebene orientiert sich die Strukturierung der Verfassungs- und Gesetzesnormen zudem an bestimmten Themen wie Produktkategorien oder Versicherungswerken und nicht an Krankheiten oder Risikofaktoren.⁶

Produktegesetzgebung

Etlche Bundesgesetze aus dem Gesundheitsbereich regeln den Umgang mit bestimmten Produkten und bezwecken damit in allgemeiner Weise den Schutz der Gesundheit. Indem sie beispielsweise Pflichten zur Information der Öffentlichkeit verankern, leisten sie auch einen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dazu gehören namentlich die Betäubungsmittel-, Heilmittel-, Chemikalien-, Strahlenschutz- und Lebensmittelgesetzgebung.⁷ Teilweise enthalten diese Gesetze aber auch Bestimmungen, die als Grundlage für spezifische Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im betreffenden Bereich dienen können.

Im Kontext der Produktegesetzgebung sind ausserdem Bestimmungen aus anderen Bereichen zu nennen, so etwa das Alkoholgesetz vom 21. Juni 1932⁸ (AlkG). Dieses enthält insbesondere Abgabebeschränkungen und -verbote für Jugendliche oder Werbebeschränkungen bezüglich gebrannter Wasser. Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke, Tabak und Heilmittel sind auch im Bundesgesetz vom 24. März 2006⁹ über Radio- und Fernsehen (RTVG) zu finden.

Steuergesetzgebung

Artikel 43a AlkG verpflichtet den Bund, finanzielle Beiträge an gesamtschweizerische und interkantonale Organisationen und Institutionen, die sich der Bekämpfung des Alkoholismus widmen, auszurichten. Nach Artikel 131 Absatz 3 Bundesverfassung¹⁰ (BV) erhalten die Kantone 10 Prozent des Reinertrages aus der Besteuerung der gebrannten Wasser (Alkoholzehntel). Sie müssen diese finanziellen Mittel zur Prävention und Bekämpfung von Suchtproblemen verwenden.

Das Tabaksteuergesetz vom 21. März 1969¹¹ (TStG) enthält die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung des Tabakpräventionsfonds (TPF) mittels der Erhebung einer Präventionsabgabe auf Zigaretten (Art. 28). Der TPF finanziert Präventions-

⁶ Zu den Einzelheiten vgl. Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, Seiten 15 ff. und Anhang 1, Seiten 5–7 – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

⁷ Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951 (BetmG, SR **812.121**); Heilmittelgesetz vom 15. Dezember 2000 (HMG, SR **812.21**); Chemikaliengesetz vom 15. Dezember 2000 (SR **813.1**); Strahlenschutzgesetz vom 22. März 1991 (SR **814.50**); Lebensmittelgesetz vom 9. Oktober 1992 (LMG, SR **817.0**).

⁸ SR **680**

⁹ SR **784.40**

¹⁰ SR **101**

¹¹ SR **641.31**

massnahmen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und die Bevölkerung vor Passivrauch schützen sollen.

Bekämpfung spezifischer Krankheiten

Der Bund hat seine in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV verankerte Zuständigkeit zur Bekämpfung von Krankheiten auf Gesetzesstufe nur teilweise ausgeschöpft. Ausgeschöpft hat er sie insbesondere im Bereich der übertragbaren Krankheiten. Die Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Epidemien-gesetz vom 18. Dezember 1970¹² (EpG), wie die Informationspflichten zur Verhinderung der Verbreitung dieser Krankheiten, dienen auch der Prävention. Als Beispiele sei auf die STOP-AIDS-Kampagne und auf die Impfeempfehlungen hingewiesen. Im Übrigen dienen verschiedene der im Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966¹³ vorgesehenen Massnahmen zur Bekämpfung von Zoonosen auch der Prävention.

Im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten hat der Bund hingegen bislang einzig im Bereich der rheumatischen Krankheiten legiferiert. Das Bundesgesetz vom 22. Juni 1962¹⁴ über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten gibt dem Bund eine Rechtsgrundlage für Beiträge an gesamtschweizerische Organisationen für Rheumabekämpfung.

In Ausführung der Parlamentarischen Initiative Gutzwiller (04.476) hat die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates am 31. Mai 2007 beschlossen, den Schutz vor Passivrauchen durch ein neues Spezialgesetz zu regeln.¹⁵ Dieses Gesetz ist am 3. Oktober 2008 vom Parlament verabschiedet worden.¹⁶

Kranken- und Unfallversicherung, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994¹⁷ über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet die Versicherer, mit den Kantonen eine Institution zu betreiben, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Diese Aufgabe wird heute von der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» wahrgenommen (vgl. unten Ziff. 1.2.2). Zur Finanzierung wird ein Zuschlag auf der Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erhoben. Zudem übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für bestimmte ärztliche Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind.

Das Bundesgesetz vom 20. März 1981¹⁸ über die Unfallversicherung (UVG) enthält neben den Bestimmungen zur obligatorischen Unfallversicherung (UV) von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auch Bestimmungen zur Arbeitssicherheit und zur Verhütung von Nichtbetriebsunfällen. Auch hier werden zur Finanzierung der Massnahmen Prämienzuschläge erhoben. Das Arbeitsgesetz vom 13. März 1964¹⁹

¹² SR **818.101**

¹³ SR **916.40**

¹⁴ SR **818.21**

¹⁵ Bericht der SGK-NR vom 1. Juni 2007, BBl **2007** 6185.

¹⁶ BBl **2008** 8243

¹⁷ SR **832.10**

¹⁸ SR **832.20**

¹⁹ SR **822.11**

(ArG) bezweckt den im Vergleich zur Unfallverhütung weitergehenden Schutz der Gesundheit (bzw. Gesundheitsförderung) der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsplatz. Dieser Schutz deckt einen weiteren Risikobereich ab als die Prävention der Berufskrankheiten nach UVG. Massnahmen zur Unfallprävention im Strassenverkehr werden über das Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958²⁰ (SVG) und das Unfallverhütungsbeitragsgesetz vom 25. Juni 1976²¹ geregelt.

Kantonale Bestimmungen

Alle Kantone haben Regelungen über die Prävention und Gesundheitsförderung erlassen, wobei Umfang und Detaillierungsgrad erheblich differieren. Solche Bestimmungen sind in den Kantonsverfassungen, in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und weiteren thematischen Spezialgesetzen, in Verordnungen und Reglementen sowie in interkantonalen Vereinbarungen enthalten.²²

1.2.2 Akteure und Organisation

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche staatliche und nichtstaatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung.²³ Die auf Bundesebene tätigen Institutionen sind einerseits insbesondere in der Suchtprävention (Alkohol, Tabak, Drogen), in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und in den Bereichen Ernährung und Bewegung/gesund des Körpergewicht tätig. Andererseits sind sie für die Prävention von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen zuständig. In Ergänzung dazu kommt den kantonalen und den privaten Akteuren in der Prävention nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten und in der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle zu. Darüber hinaus sind die Kantone für den Vollzug der Epidemien-, des Betäubungsmittel- wie auch des Arbeitsgesetzgebung zuständig. Auf der Umsetzungsebene hat die föderale Struktur der Schweiz zu einem reichen Erfahrungsschatz in Bezug auf die Konzeption und Umsetzung von konkreten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen geführt, die den unterschiedlichen kantonalen und kommunalen Bedürfnissen Rechnung tragen.

In Tabelle 3 sind diejenigen Akteure dargestellt, die auf der Grundlage von bundesgesetzlichen Regelungen Massnahmen zur Krankheits- oder Unfallprävention sowie zur Gesundheitsförderung konzipieren und umsetzen.²⁴ Die im Bereich des Gesundheits- und Konsumentenschutzes (d.h. Lebensmittel-, Heilmittel- und Chemikaliensicherheit, Strahlenschutz, Umweltschutz) tätigen Bundesstellen sowie diejenigen Bundesämter, die für weitere, direkt oder indirekt gesundheitsrelevante Politik-

²⁰ SR 741.01

²¹ SR 741.81

²² Auf eine umfassende Darstellung aller kantonalen Bestimmungen wird an dieser Stelle verzichtet. Sie können jedoch über die Datenbank des Instituts für Föderalismus einfach eingesehen werden: www.lexfind.ch. Ergänzende Informationen zudem in: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bern, 2006.

²³ Vgl. auch hierzu Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, S. 19 ff. und Anhang 2, S. 5–7 – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

²⁴ Für weitere Angaben über die Tätigkeiten der einzelnen Akteure vgl. Bundesamt für Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern 28. September 2007, Anhang 3 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/pgf2010.

bereiche wie Raumplanung, Verkehr oder Energie zuständig sind (vgl. dazu auch Erläuterungen zu Art. 2 Abs. 2 Bst. e sowie zu Art. 3 Bst. h), sind in Tabelle 3 nicht aufgeführt.

Tabelle 3

Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag (alphabetische Reihenfolge)

Institution	Grundlagen	Rechtsform	Themen
Bundesamt für Gesundheit	OV-EDI, Spezialgesetze	Einheit der Zentralverwaltung	übertragbare Krankheiten, Drogen-, Alkohol- und Tabakprävention, Ernährung und Bewegung, Migration und Gesundheit, internationale Zusammenarbeit
Bundesamt für Migration	AsylG (Art. 91)	Einheit der Zentralverwaltung	Förderung von Therapie- und Integrationsangeboten für traumatisierte Personen im Asylbereich
Bundesamt für Sport	OV-VBS, BG Turnen und Sport	Einheit der Zentralverwaltung	Bewegungsförderung
Bundesamt für Sozialversicherungen	IVG (Art. 74) AHVG (Art. 101bis)	Einheit der Zentralverwaltung	Subventionen an Gesundheitsligen
Bundesamt für Strassen	OV-UVEK, SVG, Art. 2a	Einheit der Zentralverwaltung	Verhütung von Verkehrsunfällen
Bundesamt für Veterinärwesen	OV-EVD, Tierseuchengesetz	Einheit der Zentralverwaltung	Überwachung und Bekämpfung von Zoonosen
Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit	OV-EDA, BG über die internat. Entwicklungszusammenarbeit	Einheit der Zentralverwaltung	Prävention und Gesundheitsförderung in der internationalen Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern und humanitären Hilfe
Eidg. Alkoholverwaltung	OV-EFD, AlkG, Art. 43a	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Alkoholprävention
Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	UVG, Art. 85	Ausserparlamentarische Verwaltungskommission	Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)
Fonds für Verkehrssicherheit	Unfallverhütungsbetragsgesetz	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Verhütung von Verkehrsunfällen
Krankenkassen	KVG, Art. 19 und 26	Verein, Stiftung, AG, Genossenschaft oder öffentliche Kasse	Co-Träger der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz», Finanzierung von Leistungen der medizinischen Prävention
Politische Abteilung V des EDA	OV-EDA	Einheit der Zentralverwaltung	Internationale Zusammenarbeit
Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung	UVG, Art. 88	Privatrechtliche Stiftung	Verhütung von Haushalts-, Freizeit- und Verkehrsunfällen
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt	UVG, Art. 61	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Arbeitssicherheit, betriebliche Gesundheitsförderung, Verhütung von Freizeitunfällen
Staatssekretariat für Wirtschaft	OV-EVD ArG, STEG	Einheit der Zentralverwaltung	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, betriebliche Gesundheitsförderung
Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz»	KVG, Art. 19	Privatrechtliche Stiftung	Gesundes Körpergewicht, betriebl. Gesundheitsförderung

Institution	Grundlagen	Rechtsform	Themen
Tabakpräventionsfonds	TSiG, Art. 28, VO über den Tabakpräventionsfonds	Spezialrechtlicher Fonds (Verwaltung: Fachstelle des BAG)	Tabakprävention

Organisationsformen und Modelle der Zusammenarbeit

Die Organisationsformen und die Modelle der Zusammenarbeit sind je nach Thema unterschiedlich stark geregelt und weisen dementsprechend vielgestaltige Ausprägungen auf. Die meisten Organisationsstrukturen sind historisch bedingt:

- Die *Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten* ist ausführlich geregelt und gut organisiert. Das UVG²⁵ legt die Funktion der Durchführungsorgane der Arbeitssicherheit (Aufsichtsbehörden) fest, deren Koordination, die zwangsweise Durchsetzung der gesetzlichen Vorschriften und Richtlinien sowie die Finanzierung konkreter Massnahmen. Zentrales Koordinationsorgan ist hier die Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS).
- Auch bei der *Prävention der Nichtberufsunfälle* verlangen die bundesrechtlichen Vorschriften Koordination und Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung. Die gesamt-schweizerische Koordination nimmt die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) wahr. Für die Koordination der Massnahmen zur Verhütung von Verkehrsunfällen ist der Fonds für Verkehrssicherheit (FVS) zuständig.
- Bei der *Prävention und Früherkennung von Krankheiten und der Gesundheitsförderung* gestaltet sich die Organisation und Zusammenarbeit insbesondere aufgrund der geteilten Zuständigkeit von Bund und Kantonen weniger übersichtlich. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» nehmen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten über nationale Präventionsprogramme bzw. langfristige Strategien zu Schwerpunktthemen eine gewisse koordinierende Funktion wahr.

Von den organisatorischen Konsequenzen des Präventionsgesetzes direkt betroffene Akteure

- *Bundesamt für Gesundheit (BAG)*: Es hat die Aufgabe, die Gesundheit im Sinne eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens zu schützen und zu fördern sowie die Bevölkerung und die im Gesundheitsbereich tätigen Kreise mit den nötigen Informationen zu Fragen der Gesundheit und der gesundheitlichen Entwicklung zu versorgen.²⁶ Es ist federführend für die Gesetzgebung und die Aufsicht im Bereich der Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten wie auch im Bereich der Prävention von Suchtkrankheiten. Seit 1983 verfügt das BAG über eine Stelle zur Koordination der Alkohol-, Tabak- und Drogenprävention. Die Präventionsanstrengungen des BAG haben sich seither kontinuierlich weiterentwickelt. Zurzeit werden unter der Federführung des

²⁵ SR 832.20

²⁶ Vgl. Art. 9 der Organisationsverordnung vom 28. Juni 2000 für das Eidgenössische Departement des Innern (SR 172.212.1).

BAG fünf nationale Präventionsprogramme (Alkohol, Tabak, Ernährung und Bewegung, HIV/Aids sowie Migration und Gesundheit) umgesetzt.

- *Tabakpräventionsfonds (TPF)*: Im Tabaksteuergesetz vom 21. März 1969²⁷ (TStG) ist in Artikel 28 Absatz 2 Buchstabe c festgelegt, dass der TPF von einer Präventionsorganisation unter Aufsicht des BAG und in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Sport (BASPO) verwaltet werden soll. Im Rahmen der Erarbeitung der Verordnung vom 5. März 2004²⁸ über den Tabakpräventionsfonds (TPFV) wurden die verschiedenen Organisationsformen aus rechtlicher und betriebswirtschaftlicher Sicht eingehend geprüft. Aufgrund dieser Analysen gab der Bundesrat einer verwaltungsinternen Lösung in der Form einer Fachstelle im BAG unter Aufsicht des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) den Vorzug und verzichtete auf die Gründung einer privatrechtlichen Stiftung. Die Finanzaufsicht wird von der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK) nach dem Finanzkontrollgesetz vom 28. Juni 1967²⁹ wahrgenommen. Die Aktiven des Fonds werden von der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) separat verwaltet.³⁰ Diese rechtlichen und organisatorischen Vorkehrungen wurden getroffen, um die Autonomie des Fonds trotz seiner Ansiedlung im BAG zu gewährleisten.

Der TPF wurde drei Jahre nach Inkrafttreten der TPFV extern evaluiert (Art. 14 Abs. 2 TPFV). Die Evaluation wurde am 27. November 2007 mit dem Schlussbericht «Externe Evaluation Tabakpräventionsfonds»³¹ abgeschlossen. Zentrales Fazit des Evaluationsberichts war, dass der TPF gut organisiert sei und keine Mängel aufweise, die zwingend und rasch organisatorische Veränderungen bedingen würden. Mittelfristig seien allerdings für den Fonds neben dem Nationalen Programm zur Tabakprävention³² eine weitere strategische Grundlage und eine strategische Führung erforderlich und eine definitive Implementierung anzustreben. Der Bundesrat hat den Evaluationsbericht am 18. Juni 2008 zur Kenntnis genommen und entschieden, die Frage nach der strategischen Führung des Fonds solle im Rahmen der weiteren Arbeiten am Präventionsgesetz geklärt werden.

- *Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz»*: Als Konsequenz des Scheiterns des Eidg. Präventivgesetzes (vgl. unten Ziff. 1.4.1) wurde im Jahr 1989 auf Initiative des Kantons Waadt die «Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung» von Bund und Kantonen gemeinsam gegründet. Sie wirkte bis 1997 als kleine interkantonale Agentur mit einem Jahresbudget von ca. 1,2 Mio. Franken. Diese Mittel erlaubten es, eine Geschäftsstelle zur Sammlung und Koordination von Informationen über Gesundheitsförderungsmaßnahmen einzurichten. Auf den 1. Januar 1996, nach Inkrafttreten der Artikel 19 und 20 KVG³³, übernahmen die im KVG mit der Schaffung der vorgesehenen Institution beauftragten Versicherer und Kantone die formel-

²⁷ SR 641.31

²⁸ SR 641.316

²⁹ SR 614.0

³⁰ Art. 60–62 des Finanzhaushaltgesetzes vom 7. Oktober 2005 (SR 611.0).

³¹ Externe Evaluation Tabakpräventionsfonds. Schlussbericht vom 26. November 2007 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/tabak_praevention/00878/index.html?lang=de.

³² Nationales Programm Tabak 2008 – 2012 (NPT 2008-2012) – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00613/index.html?lang=de.

³³ SR 832.10

len Strukturen der bestehenden Stiftung für Gesundheitsförderung und passen sie den neuen gesetzlichen Anforderungen an. Die in Anlehnung an Artikel 19 KVG neu «Stiftung 19» genannte Institution war weiterhin eine privatrechtliche Organisation, verfügte nun aber über einen bundesgesetzlichen Auftrag unter Aufsicht des Bundes. Ihr Führungsorgan, der Stiftungsrat, wird vom EDI gewählt. Sie nahm ihre Tätigkeit am 1. Januar 1998 auf. Der Hauptauftrag besteht darin, Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anzuregen, zu koordinieren und zu evaluieren (Art. 19 Abs. 2 KVG). Finanziert wird sie durch die nach Artikel 20 KVG vorgesehene Abgabe jeder obligatorisch versicherten Person zur allgemeinen Krankheitsverhütung (aktuell 2.40 Franken pro Jahr; die Höhe der Abgabe wird nach Art. 20 Abs. 2 KVG auf Antrag der Stiftung durch das EDI festgelegt). Nach einer Reorganisation im Jahr 2002 nennt sich die Stiftung seit 2003 «Gesundheitsförderung Schweiz».

Im Herbst 2004 wurde die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» im Auftrag des EDI durch die Beraterfirma PricewaterhouseCoopers umfassend evaluiert. Dabei wurden insbesondere die Organisation der Mittelvergabe sowie die Wirkung und der Nutzen der Aktivitäten der Stiftung überprüft. Gestützt auf den Evaluationsbericht vom 22. April 2005³⁴ und die darin enthaltenen Empfehlungen investierte die Stiftung in die Verbesserung des Wirkungsmanagements und erarbeitete zur besseren Fokussierung der Mittelvergabe eine langfristige Strategie. Die Strategie mit Horizont 2018 wurde am 19. Januar 2006 vom Stiftungsrat verabschiedet und definiert einerseits die «Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention» als übergeordnetes Ziel und legt andererseits mit «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» die beiden inhaltlichen Schwerpunkte fest.³⁵

Weitere von den organisatorischen Konsequenzen des Präventionsgesetzes teilweise betroffene Bundesstellen

Das Bundesamt für Sport (BASPO)³⁶ hat im Bereich der Gesundheitsförderung vor allem Projekte zum Thema Bewegungsförderung entwickelt. Damit wird ein zweifaches Ziel angestrebt: Zum einen sollen sportlich Aktiven ebenso wie weniger Aktiven günstige Bedingungen für die Ausübung ihrer Aktivitäten geboten werden. Zum andern sollen inaktive Menschen ermuntert werden, sich zu bewegen. Mit der Bewegungsförderung werden nicht ausschliesslich eine Verbesserung der Gesundheit angestrebt, sondern es sollen auch die positiven Wirkungen der Bewegung auf die Lebensqualität, eine ganzheitliche Bildung, die soziale Kompetenz und die Integration vermittelt werden. Mit Jugend+Sport-Kids wird sich das BASPO künftig auch an fünf- bis zehnjährige Kinder richten.³⁷

³⁴ Einsehbar unter:
www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/04216/index.html?lang=de.

³⁵ Einsehbar unter:
www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/Metadaten/Langfr_Strategie_d.pdf.

³⁶ Vgl. auch Art. 15 der Organisationsverordnung vom 7. März 2003 für das Eidg. Departement für Verteidigung, Bevölkerungsschutz und Sport (OV-VBS, SR 172.214.1).

³⁷ Vgl. dazu www.jugendundsport.ch/internet/js/de/home/schwerpunkte/j_s-kids.html.

Das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)³⁸ bearbeitet Themen im Bereich Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Es fördert insbesondere das Monitoring Arbeit und Gesundheit und die Entwicklung von Standards für den Gesundheitsschutz. Diese Standards beziehen sich auf die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und schliessen damit auch die Verhütung arbeitsassoziierter Krankheiten wie Rücken- und Gelenkbeschwerden oder stressverursachte Beschwerden ein. Zudem engagiert sich das SECO (wie auch die SUVA) im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV)³⁹ unterstützt gemäss Artikel 43a AlkG⁴⁰ Organisationen, die Prävention betreiben, den Alkoholmissbrauch bekämpfen und in der Forschung tätig sind, unter anderem die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) und die Stiftung RADIX.

1.2.3 Finanzierung

Im Jahr 2007 wurden in der Schweiz 55,34 Milliarden Franken in das Gesundheitssystem investiert. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) erreichte damit 10,8 Prozent. Der weitaus grösste Teil der Gelder (51 Mia. Fr. oder 93 %) floss in die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die statistisch erfassten Ausgaben für Prävention betragen 2007 1,28 Milliarden Franken. Dies entspricht 2,3 Prozent der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Damit liegt die Schweiz unter dem Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) von 2,7 Prozent. Über dem OECD-Durchschnitt liegen die Niederlande (5,5 %), Ungarn (5,0 %), Deutschland (4,8 %), USA (3,9 %), Finnland (3,8 %), Polen (3,4 %), Mexiko (3,3 %), Australien (3,1 %) und die Tschechische Republik (2,9 %).⁴¹

Während die Investitionen in das schweizerische Gesundheitssystem zwischen 1996 und 2007 um 45,9 Prozent oder um 17,40 Milliarden Franken gestiegen sind, erhöhten sich die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im gleichen Zeitraum um 28,0 Prozent, das heisst um 280 Millionen Franken. Der prozentuale Anteil der Aufwendungen für Prävention an den Gesamtausgaben sank damit von 2,6 Prozent im Jahr 1996 auf 2,3 Prozent im Jahr 2007.

Diese Angaben basieren auf der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte der EFV, welche in Bezug auf die Ausgaben für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung allerdings nur begrenzt aussagekräftig ist: Namentlich gibt es weder auf Kantons- noch auf Bundesebene eine einheitliche Definition, welche öffentlichen Ausgaben unter der Rubrik «Prävention und Gesundheitsförderung» zu erfassen sind. Dies kann zu einer Verzerrung der statistischen Daten führen.

³⁸ Vgl. auch Art. 5 der Organisationsverordnung vom 14. Juni 1999 für das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement (OV-EVD, SR **172.216.1**).

³⁹ Vgl. zu den Zielen der EAV Art. 25 der Organisationsverordnung vom 11. Dezember 2000 für das Eidg. Finanzdepartement (OV-EFD, SR **172.215.1**).

⁴⁰ SR **680**

⁴¹ Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, Seite 28 – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

Tabelle 4

Ausgaben für Prävention nach Direktzahlenden⁴²

Direktzahler	2006 Mio. SFr.	2007 Mio. SFr.	2006 %-Anteil	2007 %-Anteil
Bund	53,3	160,0 ¹	4,7	12,5
Kantone ²	250,5	257,5	21,9	20,1
Gemeinden ²	129,0	129,0	11,3	10,1
Sozialversicherungen	298,0	307,0	26,1	23,9
davon				
– KVG ³	17,5	18,7	1,5	1,5
– UVG ⁴	122,2	123,4	10,7	9,6
– AHV/IV ⁵	158,3	164,8	13,9	12,9
Private Haushalte ²	175,3	184,1	15,4	14,4
Andere private Finanzierung ²	235,2	244,9	20,6	19,1
Total⁶	1 141,4	1 282,5	100,0	100,0

- ¹ Die Zunahme gegenüber 2006 ist einerseits auf die Investition von 70 Millionen Franken in den Kauf eines Grippepandemie-Impfstoffs und andererseits auf eine Änderung in der Codierung bei den Bundesausgaben zurückzuführen.
- ² Genauer Verwendungszweck unbekannt; Zahlen 2007 für die Ausgaben der Gemeinden sind noch provisorisch
- ³ Ausgaben der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz»; nicht ausgewiesen sind die Leistungen für Massnahmen der medizinische Prävention und der Früherkennung nach Art. 26 KVG⁴³.
- ⁴ Ausgaben der Durchführungsorgane der Arbeitssicherheit und der Organe der Verhütung von Nichtberufsunfällen.
- ⁵ AHV- und IV-Versicherungsbeiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe, die Beiträge der AHV an die Altersorganisationen sind in diesem Betrag nicht enthalten.
- ⁶ Ohne Leistungen der EAV, des Fonds für Verkehrssicherheit und des TPF

Tabelle 5

Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene im Jahre 2007 (ohne Personalaufwand)⁴⁴

Finanzquelle	Institution und Verwendungszweck der Mittel	Ausgaben 2007
Allg. Bundesmittel	Bundesamt für Gesundheit – Präventionskredit – Beiträge an Lungenliga Schweiz – Beiträge an Rheumaliga Schweiz – Beiträge an Schweiz. Gesellschaft für Ernährung Bundesamt für Migration Bundesamt für Sport Bundesamt für Strassen Bundesamt für Veterinärwesen Staatssekretariat für Wirtschaft	27,20 Mio. 25,66 Mio. 0,60 Mio. 0,64 Mio. 0,30 Mio. 0,60 Mio. nicht bezifferbar ¹ nicht bezifferbar ² nicht bezifferbar ³ 0,40 Mio.

⁴² Bundesamt für Statistik: Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens 2006 und 2007.

⁴³ SR 832.10

⁴⁴ Quelle: Jahresberichte 2007 und Angaben der Akteure.

Finanzquelle	Institution und Verwendungszweck der Mittel	Ausgaben 2007
Alkoholsteuer	Eidg. Alkoholverwaltung (ohne Alkoholzehntel)	1,80 Mio.
Tabakpräventionsabgabe	Tabakpräventionsfonds	14,72 Mio.
Zuschlag auf der Berufs- unfall-Prämie	Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit – Ausgaben für eigene Aktivitäten – Aufwendungen der SUVA (Arbeits- sicherheit) – Aufwendungen der Fachorganisationen und der kantonalen Arbeitsinspektorate – Aufwendungen des SECO (Eidg. Arbeit- sinspektorat)	106,47 Mio. 1,64 Mio. 92,86 Mio. 11,27 Mio. 0,70 Mio.
Zuschlag auf der Nicht- berufsunfall -Prämie	Schweizerische Beratungsstelle für Unfall- verhütung Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Freizeitsicherheit, inkl. Personalausgaben)	27,56 Mio. 6,54 Mio.
Motorfahrzeughaftpflicht- Prämienzuschlag	Fonds für Verkehrssicherheit	19,18 Mio.
KVG-Prämienzuschlag	Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz»	15,29 Mio.
Beiträge der Invaliden- versicherung ⁴	Beiträge des Bundesamtes für Sozialversi- cherungen an – Aids-Hilfe Schweiz – Krebsliga Schweiz – Lungenliga Schweiz – Rheumaliga Schweiz – Schweiz. Diabetes-Gesellschaft – Gesellschaft für cystische Fibrose – Schweiz. Stiftung Pro Mente Sana	16,06 Mio. 0,40 Mio. 3,07 Mio. 6,59 Mio. 2,63 Mio. 0,76 Mio. 0,29 Mio. 1,29 Mio.
KVG-Prämien	Krankenkassen; santésuisse (Medizinische Prävention)	Nicht bezifferbar ⁵
Total		234,82 Mio.

- ¹ Eine klare Abgrenzung der Aufwendungen des Bundesamtes für Sport (BASPO) für die Prävention lässt sich nicht darstellen, da grundsätzlich alle Massnahmen des BASPO darauf abzielen, die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Bevölkerung durch eine Steigerung der Sport und Bewegungsaktivitäten zu unterstützen.
- ² Die Aufwendungen des Bundesamtes für Strassen (ASTRA) für die Unfallprävention lassen sich nicht im Einzelnen beziffern, da sich seine Fachabteilungen für eine möglichst sichere Mobilität auf den Strassen – und damit auch für die Unfallprävention – einsetzen.
- ³ Die Aufwendungen des Bundesamtes für Veterinärwesen (BVET) für die Zoonosenprävention lassen sich nicht genau beziffern, da sie sich von den generellen Aufwendungen des BVET für die Bekämpfung und Vorbeugung von Tierkrankheiten nicht vollständig abgrenzen lassen.
- ⁴ Gestützt auf Art. 10¹bis des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946⁴⁵ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) werden zudem jährliche Beiträge an die Schweiz. Alzheimervereinigung, an Parkinson Schweiz wie auch an das Schweizerische Rote Kreuz entrichtet. Diese Beiträge sind jedoch nicht explizit für präventive oder gesundheitsfördernde Massnahmen bestimmt und werden daher nicht angeführt.
- ⁵ Die Kosten für die präventivmedizinischen Pflichtleistungen gemäss Art. 26 KVG⁴⁶ werden in den statistischen Erhebungen der Versicherer nicht gesondert erfasst.

⁴⁵ SR 831.10

⁴⁶ SR 832.10

Die Gesamtausgaben der Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag (vgl. Tabelle 3) beliefen sich im Jahr 2007 auf rund 234 Millionen Franken (vgl. Tabelle 5). Da ein Grossteil dieser Ausgaben nicht aus dem Bundeshaushalt finanziert wird, entspricht diese Zahl nicht den Aufwendungen des Bundes in Tabelle 4.

Das oben erwähnte Fehlen einer einheitlichen Definition sowie unterschiedlich strukturierte Staatsrechnungen lassen keinen präzisen Vergleich der Ausgaben der einzelnen Kantone für Prävention und Gesundheitsförderung zu. Gemäss den verfügbaren Zahlen entsprach der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 2007 durchschnittlich 3,3 Prozent der gesamten Ausgaben eines Kantons für die Gesundheitsversorgung. Insgesamt investierten die Kantone im Jahre 2007 257,5 Millionen Franken in Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Die Mittel werden unter anderem für die Schulgesundheit, für Projekte und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung (insbesondere Sucht) und für Beiträge an die kantonalen Gesundheitsligen verwendet.

1.2.4 Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung

Bundesstellen sind gehalten sicherzustellen, dass ihre Politiken, Strategien oder Massnahmen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Um die Bedeutung dieses Prinzips zu unterstreichen, wurde die Wirksamkeitsüberprüfung in Artikel 170 BV verankert.

Alle oben aufgeführten Akteure überprüfen ihre Interventionen regelmässig mittels Evaluationen auf ihre Wirksamkeit. Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudien belegen, dass die ergriffenen Massnahmen in der Regel zweckmässig und wirksam sind. Eine Querschnittsanalyse verschiedener Evaluationsstudien zeigt zudem, dass folgende Aspekte als zentrale Erfolgsfaktoren für die Wirksamkeit einer Präventions- oder Gesundheitsförderungsmassnahme zu bezeichnen sind:

- die Ausarbeitung eines umfassenden Massnahmenpakets, welches sich sowohl an die Gesamtbevölkerung, an spezifische Zielgruppen als auch an Einzelpersonen richtet;⁴⁷
- die Einbettung massenmedialer Kampagnen in Programme, Aktionspläne oder gesundheitspolitische Strategien;
- die Berücksichtigung und der Einbezug verschiedener Settings (z.B. Schule, Arbeitsplatz etc.) und Partner;
- die Verwendung unterschiedlicher Strategien und Botschaften für die verschiedenen Zielgruppen (allg. Bevölkerung, spezifische Zielgruppen, Einzelpersonen);
- die Lancierung von Interventionen, die auf die Veränderung gesellschaftlicher Normen abzielen (z.B. «Nichtrauchen als neue gesellschaftliche Selbstverständlichkeit»), um so das Individuum zu präventivem Verhalten oder gesundheitsförderlichem Lebensstil zu bewegen;

⁴⁷ Die Wirkung kann weiter erhöht werden, wenn die Aktivitäten gleichzeitig auf nationaler, lokaler und individueller Ebene erfolgen und mit längerfristigen Massnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung kombiniert werden.

- die Einführung spezifischer gesetzlicher Massnahmen und Steuerungsinstrumenten wie die Erhebung von Lenkungssteuern, Abgabebeschränkungen oder Gebühren, aber auch die Schaffung positiver Anreize wie Subventionen oder Projektbeiträge.

Wie Berechnungen der WHO zeigen, sind insbesondere strukturelle Massnahmen (z.B. die Besteuerung von Zigaretten und von alkoholhaltigen Getränken wie Bier, Spirituosen und Alcopops) sehr kostenwirksam.⁴⁸ So empfehlen die OECD und die WHO in ihrem Bericht über das Gesundheitssystem der Schweiz denn auch, dass Massnahmen mit einer erwiesenen Kostenwirksamkeit eine höhere Priorität einzuräumen sei.⁴⁹ Strukturelle Präventionsmassnahmen können aber negative finanzielle Auswirkungen für die betroffenen Unternehmen oder gar eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit mit sich bringen und sind deshalb politisch meist sehr umstritten. Deswegen erfordern solche Massnahmen stets ein frühzeitiges Offenlegen allfälliger Zielkonflikte sowie ein sorgfältiges Abwägen zwischen dem öffentlichen Interesse des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Personengruppen vor übertragbaren, stark verbreiteten und bösartigen Krankheiten einerseits und dem öffentlichen Interesse des Schutzes der Wirtschaftsfreiheit andererseits. Wird aber das Gut der öffentlichen Gesundheit höher gewertet als die Interessen von Wirtschaftszweigen, so hat der Staat von seiner Möglichkeit, private Interessen einzuschränken, Gebrauch zu machen.

1.3 Schwächen des heutigen Systems und Handlungsbedarf

Das heutige System der Prävention und Gesundheitsförderung weist eine grosse Schwäche auf: Im Vergleich zu den drei Säulen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) sind Prävention und Gesundheitsförderung derzeit – mit Ausnahme der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, der Massnahmen zur Verhütung von Suchtkrankheiten sowie zur Verhütung von Berufskrankheiten und der Unfallprävention – konzeptionell, politisch, organisatorisch und rechtlich nicht ausreichend verankert. Diese Strukturschwäche führt dazu, dass es in vielen Bereichen der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung an Steuerung und Koordination, aber auch an Transparenz bezüglich Angebot und Leistung fehlt. Zusätzlich haben die geteilten Zuständigkeiten zu einer Fragmentierung der trotz allem beträchtlichen Anzahl von Massnahmen geführt. Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen können aber nur dann wirksam und nachhaltig sein, wenn die Vorgehensweisen gesamtschweizerisch koordiniert und Prioritäten gesetzt werden. Dies gilt auch in Bezug auf die Effizienz des Mitteleinsatzes.

⁴⁸ Vgl. dazu www.who.int/choice und Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, S. 45 f. – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

⁴⁹ OECD und WHO: OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. Paris, 2006, S. 161.

Somit besteht insbesondere in den folgenden Bereichen Handlungsbedarf:

Schliessen der Lücken in der Bundesgesetzgebung

Dem Bund fehlen heute – trotz entsprechendem Auftrag in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV – die gesetzlichen Grundlagen, um in der Prävention und Früherkennung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind, aktiv zu werden. Angesichts der Bedeutung dieser Krankheiten für die öffentliche Gesundheit wie auch für die Entwicklung der Gesundheitskosten (vgl. oben Ziff. 1.1.1) gilt es, diese Lücke zu schliessen. Auch wenn die Verhütung dieser Krankheiten primär durch freiwillige, an den Grundsätzen der Ermächtigung, Befähigung und Aufklärung orientierte Massnahmen erfolgt, verlangen rechtsstaatliche Grundsätze (Gesetzmassigkeitsprinzip) auch für diesen Bereich bessere Rechtsgrundlagen.

Notwendigkeit einer Gesamtstrategie für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung

Heute fehlt eine Gesamtstrategie im Sinne übergeordneter Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsziele. Aufgrund der vielgestaltigen Organisations- und Zusammenarbeitsformen, der unterschiedlichen Prioritätensetzung in den Kantonen und der nach verschiedenen Spezialgesetzen tätigen Akteure ist die aktuelle Situation unübersichtlich. Die Doppelspurigkeiten und Kompetenzüberschneidungen, aber auch die Lücken (insbesondere im Bereich der Prävention und Früherkennung psychischer Krankheiten) in den Präventions- Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen sind zahlreich.

Stärkung der Rolle des Bundes und Klärung der Aufgabenteilung Bund – Kantone

In den Themenbereichen, in denen sich aufgrund von Spezialgesetzen eine Tradition in der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen etabliert hat (z.B. Suchtprävention, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten), werden die Aufgaben gut gemeinsam bewältigt. Diverse neue Fragestellungen wie die Prävention psychischer Krankheiten, die flächendeckende Einführung von Screening-Massnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen oder aufeinander abgestimmte Massnahmen zur Prävention der Pflegebedürftigkeit werden jedoch nicht oder noch nicht gemeinsam bearbeitet, und dies nicht zuletzt, weil eine bundesgesetzliche Grundlage fehlt. Dieses Manko führt insbesondere auch bei den privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zu Unsicherheiten. Viele Kantone wünschen bei komplexen Aufgaben eine stärkere Rolle des Bundes. Dabei soll der Bund primär Aufgaben von gesamtschweizerischer Bedeutung in den Bereichen Expertise, Information und Koordination des Vollzugs übernehmen.

Verbesserung der politischen Steuerung der Verwendung der Präventionsabgaben

Die Art und Weise, wie die Verwendung der Präventionsabgaben heute gesteuert und wie insbesondere der KVG-Prämienzuschlag – durch die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» (vgl. oben Ziff. 1.2.2) – verwaltet werden, ist im Hinblick auf eine Optimierung des Mitteleinsatzes ungünstig. Ungünstig ist auch, dass die Grenzen zwischen Aufsicht (politisch-rechtliche Kontrolle), Mittelvergabe und Umsetzung oft alles andere als klar sind.

Zwar übt das EDI die Aufsicht über die Tätigkeit der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» aus und sind Budget, Rechnung und Rechenschaftsbericht dem BAG zur Genehmigung vorzulegen (Art. 20 Abs. 3 KVG⁵⁰). Die strategische Ausrichtung – immer innerhalb der gesetzlichen Vorgaben – ist aber Sache der Stiftungsorgane. Der Bund hat damit ohne entsprechende gesetzliche Grundlage kaum Steuerungsmöglichkeiten.

Dass auch beim TPF (vgl. oben Ziff. 1.2.2) eine Optimierung der strategischen Führung wünschenswert ist, zeigte die im November 2007 abgeschlossene Evaluation des TPF.

Steuerungs- und Koordinationsprobleme gibt es auch, weil zwei unterschiedliche Stellen die Präventionsabgaben verwalten: Eine Fachstelle des BAG ist für die Verwaltung der Tabakpräventionsabgabe zuständig, während der KVG-Prämienzuschlag durch die privatrechtliche Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» verwaltet wird. Dies entspricht nicht den Corporate-Governance-Leitsätzen des Bundesrates.

Ausbau der Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsorganisationen

Gesundheitsligen und andere gemeinnützige Organisationen erfüllen in der Prävention und Früherkennung verschiedener Krankheiten sowie in der Gesundheitsförderung wichtige Aufgaben. Wer aber nicht aufgrund des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959⁵¹ über die Invalidenversicherung (IVG) oder des Bundesgesetzes vom 22. Juni 1962⁵² über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten Finanzhilfen erhält, hat infolge des Fehlens entsprechender gesetzlicher Grundlagen keinen Zugang zu staatlicher Finanzierung. Diese Lücke soll geschlossen werden.

1.4 Anlass für die Neuregelung

1.4.1 Reformbestrebungen in den 1980er-Jahren

In der Botschaft vom 22. März 1978 über die Volksinitiative gegen Suchtmittelreklame (so genannte Guttempler-Initiative) gab der Bundesrat bekannt, dass er in der Legislaturperiode 1979–1983 den Eidg. Räten einen Entwurf zu einem Präventivgesetz vorzulegen beabsichtige.⁵³ Ein solches Gesetz werde in erster Linie die Vorbeugung durch Gesundheitserziehung und ähnliche Massnahmen regeln. Zugleich verlangten National- und Ständerat mit der Motion Schaffner vom 21. Juni 1978 vom Bundesrat, die Vorarbeiten für ein Präventivgesetz gegen Suchtkrankheiten zu intensivieren und den Gesetzesentwurf dem Parlament möglichst bald zu unterbreiten.

Eine am 13. September 1979 vom EDI eingesetzte Arbeitsgruppe wurde beauftragt, einen Bericht zu erarbeiten, der unter anderem die Auswirkungen eines solchen Vorhabens auf das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen sowie die finanziellen

⁵⁰ SR 832.10

⁵¹ SR 831.20

⁵² SR 818.21

⁵³ BBl 1978 I 1097 ff. – Das Volksbegehren wurde in der Volksabstimmung vom 18. Februar 1979 mit 59 % Nein-Stimmen abgelehnt.

Konsequenzen klären sollte. Der Bericht wurde von der Arbeitsgruppe am 15. September 1982 verabschiedet und dem Bundesrat übergeben.⁵⁴

Aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens, insbesondere der ablehnenden Haltung fast aller Kantone, entschied der Bundesrat, auf die Ausarbeitung eines Präventivgesetzes zu verzichten.⁵⁵ Als Ersatzmassnahme beauftragte er am 3. Dezember 1984 das EDI, die Einrichtung eines Präventivfonds zu prüfen, um bereits bestehende oder noch zu schaffende Organisationen und Fachstellen, die sich landesweit mit Prävention befassen, finanziell zu unterstützen und durch Ausbau von Dokumentationsstellen die Information der Bevölkerung zu Fragen der Krankheitsvorbeugung zu verstärken. Dieser Entscheid wurde 1989 durch die auf Initiative des Kantons Waadt von Bund und Kantonen gemeinsam vorgenommene Gründung der «Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung» umgesetzt (vgl. Ziff. 1.2.2).

Nach dem Scheitern des ersten Vorschlags für ein Eidg. Präventivgesetz im Jahr 1984 galt das Augenmerk der Gesundheitspolitik weiterhin vornehmlich der kurativen Medizin und der Finanzierung der Versorgungssysteme.

1.4.2 Vorarbeiten zur aktuellen Neuregelung

In der Überzeugung, dass der vergleichsweise gute Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz längerfristig nur erhalten werden kann, wenn auch im Bereich der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung neue gesundheitspolitische Schwerpunkte gesetzt werden, hat das EDI das 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. Dabei kam das BAG zum Schluss, dass ein «Präventionsgesetz» auf der bestehenden Verfassungsgrundlage (Art. 118 BV) realisierbar sei.

Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung»

Entsprechend setzte das EDI am 5. September 2005 die Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» (Fachkommission PGF2010) ein und beauftragte sie damit, die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen sowie die politische Machbarkeit einer rechtlichen Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung zu prüfen. Die Fachkommission PGF2010 unterbreitete dem EDI im Juni 2006 einen Bericht zur Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Dieser Bericht enthält unter anderem Empfehlungen zu Massnahmen, mit denen sich Prävention und Gesundheitsförderung stärken liessen.⁵⁶ Es sind dies insbesondere:

- die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem und in der Gesundheitspolitik, aber auch in anderen Politikbereichen wie Umwelt-, Bildungs-, Wirtschafts- oder Sozialpolitik;

⁵⁴ Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung: Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung. Bern, August 1982.

⁵⁵ BBl 1984 I 183 und 237 (Beschluss über die Regierungsrichtlinien vom 13. Januar 1984).

⁵⁶ Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidg. Departements des Innern, Bern, Juni 2006 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/pgf2010.

- die Etablierung eines strukturierten, partizipativen und kontinuierlichen Prozesses zur Erarbeitung von nationalen Gesundheitszielen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung, um Steuerung und Koordination der Massnahmen zu verbessern;
- die Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips auf der Umsetzungs- und Massnahmenebene (Pluralität der Akteure) und Ausbau der Aufgaben und Kompetenzen der Sozialversicherer (KV, UV, IV);
- die Schaffung einer gesamtschweizerisch tätigen Einrichtung für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (Zusammenführung der bestehenden Institutionen) und Bündelung der bestehenden Finanzquellen bei gleichzeitiger Reduktion der Zweckbindung der Verbrauchssteuern;
- der Erlass eines Bundesgesetzes zu Prävention und Gesundheitsförderung (Rahmengesetz) sowie eines Bundesgesetzes zur Bekämpfung der nichtübertragbaren Krankheiten (insbesondere auch der psychischen Störungen);
- die systematische Überprüfung von politischen Entscheiden und Rechtserlassen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit.

Länderbericht von OECD und WHO

Im Rahmen der vom Vorsteher des EDI im Frühjahr 2005 bei der OECD und der WHO in Auftrag gegebenen Überprüfung des schweizerischen Gesundheitssystems wurde neben dem Gesundheitsversorgungssystem auch der Bereich «Öffentliche Gesundheit» analysiert.

Die Ergebnisse wurden im Oktober 2006 im Länderbericht über das Schweizerische Gesundheitssystem publiziert.⁵⁷ Die OECD und die WHO kamen darin zum Schluss, dass die Schweiz ein besseres Gleichgewicht von Prävention und kurativer Medizin anstreben sollte, zumal die vielfachen Zuständigkeiten in diesem Bereich trotz einer beträchtlichen Anzahl von Programmen und Projekten zu disparaten und weitgehend unkoordinierten Aktivitäten geführt haben. Zur Verbesserung des Systems schlugen sie unter anderem vor:

- die Koordination der Politiken durch ein Rahmengesetz zu Prävention und Gesundheitsförderung;
- die Konzentration auf Themenbereiche, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (z.B. Tabakprävention, Alkoholkonsum, Salzstrategie) oder denen in der Vergangenheit zu wenig Beachtung geschenkt wurde (z.B. psychische Gesundheit oder ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung);
- die Förderung kostenwirksamer Präventionsmassnahmen;
- die Ausweitung einiger Krebs-Früherkennungsprogramme, insbesondere desjenigen für Brustkrebs;
- die Schaffung von Anreizen für Investitionen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.

⁵⁷ OECD und WHO: OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. Paris, 2006.

Gesetzgebungsauftrag vom September 2007

Der Bundesrat folgte diesen Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 wie auch denjenigen der Experten von OECD und WHO und erteilte dem EDI am 28. September 2007 den Auftrag, bis zum Herbst 2008 einen Vorentwurf der notwendigen rechtlichen Grundlagen zu erarbeiten. Dabei seien die Vorarbeiten und Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 sowie der OECD und der WHO zu berücksichtigen.⁵⁸

Die neuen rechtlichen Grundlagen sollten gemäss Auftrag des Bundesrates insbesondere folgende Aspekte regeln:

- Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Prävention nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, welche stark verbreitet oder bösartig sind (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV);
- Koordination und gemeinsame Ausrichtung der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten des Bundes, der Kantone und privater Akteure durch gemeinsam erarbeitete nationale Präventions- und Gesundheitsförderungsziele;
- Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Bundesstellen durch eine bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung;
- Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen unter Berücksichtigung der Corporate-Governance-Grundsätze des Bundesrates⁵⁹; insbesondere die Neugestaltung der Verwaltung der Präventionsabgaben (erhoben gemäss Art. 28 TStG⁶⁰ [Tabakpräventionsabgabe] resp. gemäss Art. 20 KVG⁶¹ [KVG-Prämienzuschlag]) inkl. Anpassung der bestehenden gesetzlichen Grundlagen.

2 Grundzüge der Vorlage

2.1 Untersuchte Lösungsmöglichkeiten

Im Rahmen der Vorarbeiten wurden verschiedene Alternativen geprüft, welche aber aufgrund der folgenden Überlegungen wieder verworfen wurden.

Neue Verfassungsbestimmung

Aufgrund der Vorarbeiten der Fachkommission PGF2010 (vgl. oben Ziff. 1.4.2) war offensichtlich, dass die Schaffung neuer gesetzlicher Grundlagen eine zentrale Voraussetzung für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung darstellt. Die Fachkommission PGF2010 schlug zudem vor, die Gesundheitsförderung auf Verfassungsstufe zu verankern, und zwar im Katalog der Sozialziele (Art. 41 BV) oder in der Zielbestimmung des Verfassungsartikels über den Schutz der Gesundheit (Art. 118 Abs. 1 BV). Damit erhielt die Gesundheitsförderung grösseres Gewicht,

⁵⁸ Vgl. dazu Medienmitteilung des Eid. Departements des Innern vom 28. September 2007 (www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=14881).

⁵⁹ Bericht des Bundesrates zur Auslagerung und Steuerung von Bundesausgaben (Corporate-Governance-Bericht) vom 13. September 2006; BBl 2006 8233

⁶⁰ SR 641.31

⁶¹ SR 832.10

und die Verantwortung des Bundes für eine gesundheitsfördernde Politik würde dadurch gestärkt.⁶²

Bereits in einer frühen Phase der Vorarbeiten wurde aber festgestellt, dass die bestehenden Verfassungsgrundlagen (insbesondere Art 117 und Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV) für die gesetzliche Verankerung des Kernbereichs von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung, nämlich die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten sowie die damit verbundene Reduktion der Gesundheitskosten, ausreichen. Auf die vorgeschlagene Verfassungsänderung wurde deshalb verzichtet.

Integration der Unfallprävention in den Geltungsbereich

Die Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 gingen von der Vorstellung aus, dass aufgrund der vielfältigen inhaltlichen Überschneidungen zwischen der Krankheits- und der Unfallprävention (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 10) eine neue gesetzliche Regelung beide Teilbereiche umfassen sollte. Gleichzeitig kam die Fachkommission zum Schluss, dass im Bereich der Prävention der Freizeit- und Verkehrsunfälle sowie im Bereich der Arbeitssicherheit und der Verhütung von Berufsunfällen keine Veränderung der heutigen Zuständigkeitsregelungen und von deren organisatorischer Umsetzung notwendig sei. Aufgrund dieser Feststellung und der Tatsache, dass die zur Finanzierung der Unfallprävention eingesetzten Prämienzuschläge (vgl. oben Tabelle 5) aufgrund des Prinzips der Gruppenäquivalenz⁶³ nur mit einer engen Zweckbindung eingesetzt werden können, wurde auf eine Integration der Unfallprävention in den Geltungsbereich des Präventionsgesetzes verzichtet.

Verworfenen Varianten für die gesetzestechnische Ausgestaltung

Im Rahmen der Vorarbeiten wurden verschiedene Varianten für die gesetzestechnische Ausgestaltung eines Präventionsgesetzes geprüft. Dabei wurden die nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten verworfen:

- *Sammelerlass*: Anstelle eines Präventionsgesetzes wären lediglich die geltenden Gesetze (z.B. EpG⁶⁴, Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951⁶⁵ [BetmG] oder Lebensmittelgesetz vom 9. Oktober 1992⁶⁶ [LMG]) mit den für die Verbesserung der Steuerung und der Koordination notwendigen Bestimmungen ergänzt worden. Mit dieser Anpassung einzelner Bundesgesetze hätten die bestehenden gesetzlichen Lücken im Bereich der Prävention und Früherkennung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten allerdings nicht geschlossen werden können.
- *Ausdehnung des Geltungsbereichs des Epidemiengesetzes*: Eine Ausdehnung des Geltungsbereichs des EpG auf nicht-übertragbare Krankheiten

⁶² Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidg. Departements des Innern, Bern, Juni 2006; Seite 34 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/pgf2010.

⁶³ D.h. es muss ein genügend enger Zurechnungszusammenhang zwischen dem Kreis der Abgabepflichtigen und dem Kreis der Personen, denen die Abgabeverwendung zugute kommt, bejaht werden können.

⁶⁴ SR 818.101

⁶⁵ SR 812.121

⁶⁶ SR 817

wurde aufgrund der Tatsache, dass beim EpG Sicherheitsinteressen im Vordergrund stehen, als nicht sachgerecht beurteilt, so dass darauf verzichtet wurde.

- *Umfassendes Präventionsgesetz*: Das Modell eines umfassenden Präventionsgesetzes sah vor, neben den neuen Gesetzesbestimmungen zusätzlich die bereits geltenden spezifischen Bestimmungen des EpG, BetmG, AlkG⁶⁷, LMG oder ähnlicher Gesetze, die einen engen Bezug zu Prävention und Gesundheitsförderung haben, in einem einzigen Erlass zusammenzufassen. Dieses Modell hätte den Vorteil gehabt, dass neben organisations- und finanzrechtlichen Aspekten auch strukturelle Präventionsmassnahmen im gleichen Gesetz geregelt worden wären. Der Nachteil, dass durch ein Herauslösen von Präventionsbestimmungen insbesondere aus der Produktgesetzgebung, der themenspezifische Bezug völlig verloren gegangen wäre, überwog aber den Vorteil bei Weitem.

Eigenständiger Organisationserlass für das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung

Um die Trennung zwischen aufgaben- und organisationsbezogenen Bestimmungen zu verdeutlichen, wurden zwei getrennte Gesetzesentwürfe in die Vernehmlassung geschickt: Vorentwurf für ein Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung, der die Organisation des vorgesehenen Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut) sowie die Steuerung und Aufsicht durch den Bund regelte, und der Vorentwurf zu einem Präventionsgesetz (vgl. unten Ziff. 2.2.1). Dieses Vorgehen brachte aus verwaltungsökonomischer Sicht den Vorteil mit sich, dass die organisationsrechtliche Thematik gesondert bearbeitet und diskutiert werden konnte. Auf der andern Seite zeigte sich im Laufe der Arbeiten, dass die Aufteilung in zwei Gesetze für die Rechtsadressatinnen und -adressaten weniger transparent und gesetzestechnisch umständlicher ist als der Erlass eines einzigen Gesetzes. Weil die Schaffung des Instituts als dezentrale Verwaltungseinheit ein wichtiges Element im Hinblick auf die angestrebte Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung darstellt, ist die Integration der organisationsrechtlichen Bestimmungen zum Institut in den Entwurf eines Präventionsgesetzes (E-PrävG) zweckmässig und sachgerecht.

2.2 Ergebnis des Vorverfahrens

2.2.1 Ergebnis des Vernehmlassungsverfahrens

Der Bundesrat eröffnete am 25. Juni 2008 die Vernehmlassung zum Vorentwurf für das Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, [PrävG]) und zum Vorentwurf für das Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung.⁶⁸ Die Vernehmlassung dauerte bis zum 31. Oktober 2008.

⁶⁷ SR 680

⁶⁸ BBl 2008 5891; Vernehmlassungsunterlagen einsehbar unter: www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2008.html#EDI. Zur Gliederung in zwei Erlasse vgl. oben Ziffer 2.1.

Alle 26 Kantone, 8 politische Parteien und 114 weitere Organisationen und Institutionen haben geantwortet. Zusätzlich gingen 85 Stellungnahmen von Organisationen und Privatpersonen ein, die nicht angeschrieben wurden.

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2009 vom Ergebnisbericht Kenntnis genommen⁶⁹. Die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens können wie folgt zusammengefasst werden.

Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung

Annähernd drei Viertel der Vernehmlassungsteilnehmenden (insgesamt 173 Stellungnehmende) begrüßten den Vorschlag des Bundesrats, den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung durch neue bundgesetzliche Grundlagen auf eine solide rechtliche Basis zu stellen. Dazu zählten eine Mehrheit der Kantone (19 von 26), 5 Parteien (*CSP, EVP, FDP, GPS, SP*) sowie gesundheitspolitische Akteure wie die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (*FMH*), die *Interpharma, Santé-suisse*, der *Schweizerische Versicherungsverband, Public Health Schweiz* und die *Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO)*.

Begrüßt wurden insbesondere das Schliessen der gesetzlichen Lücken bei der Verhütung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, die angestrebte Verbesserung der Steuerung und Koordination, die Förderungsmassnahmen des Bundes sowie die systematischere Gestaltung und die Harmonisierung der Datenerhebung.

21 Stellungnehmende, darunter 5 Kantone (*AG, AR, GR, TI, ZG*), die *CVP* und 7 Wirtschaftsverbände (u.a. *Economiesuisse*) sowie die *Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz»*, formulierten in ihren Stellungnahmen grössere Vorbehalte gegenüber dem Vorentwurf und forderten meist eine grundlegende Überarbeitung der Vorlage.⁷⁰ Grundsätzlich waren sie aber damit einverstanden, dass der Bund im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung neue gesetzliche Grundlagen erlässt.

28 Stellungnehmende, darunter 2 Kantone (*AI, GL*), 2 Parteien (*SVP, EDU*) und 23 Wirtschaftsverbände (u.a. der *Schweizerische Arbeitgeberverband*, der *Schweizerische Gewerbeverband* und die Allianz der Wirtschaft für eine massvolle Präventionspolitik), lehnten die Vorlage im Grundsatz ab. Für eine sinnvolle und angemessene Präventionspolitik seien die bestehenden gesetzlichen Grundlagen ausreichend.

Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung

Gut zwei Drittel der Stellungnehmenden begrüßten den Vorschlag des Bundesrats, ein nationales Kompetenzzentrum für Prävention und Gesundheitsförderung in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) zu schaffen. Darunter waren eine Mehrheit der Kantone (19 von 26) und 3 Parteien (*CSP, GPS, SP*).

52 Stellungnehmende, darunter 7 Kantone (*AI, AR, GL, GR, LU, TI, ZG*), 2 Parteien (*EDU, SVP*) und 30 Wirtschaftsverbände sowie *Santésuisse* und der *Schweizerische Versicherungsverband*, lehnten die Schaffung einer neuen öffentlich-rechtlichen Anstalt ab. 12 weitere Vernehmlassungsteilnehmende, darunter die *FDP* und die

⁶⁹ Ergebnisbericht der Vernehmlassung einsehbar unter: www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2008.html#EDI.

⁷⁰ Zu den Details vgl. Ergebnisbericht der Vernehmlassung, S. 13ff. – einsehbar unter: www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2008.html#EDI.

Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz», äusserten Vorbehalte gegenüber dem vorgeschlagenen Modell. Als alternative Regelung wurde einerseits eine Beibehaltung aller Bundesaufgaben im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in der Zentralverwaltung (BAG) und andererseits eine Übertragung der neuen Aufgaben an die bestehende Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» vorgeschlagen.

Spezifische Rückmeldungen

Weitere wesentliche Einwände betrafen folgende Themen:

- *Gesundheitsförderung zuwenig berücksichtigt: 2 Kantone und 17 weitere Vernehmlassungsteilnehmende* kritisierten, dass die Bedeutung der Gesundheitsförderung zu wenig betont und hervorgehoben werde. In 33 *Stellungnahmen* wurde bedauert, dass der Verhältnisprävention zu wenig Rechnung getragen werde.
- *Berücksichtigung der Früherkennung von Krankheiten: Für 5 Kantone, die CSP sowie 12 Organisationen* darf die Früherkennung von Krankheiten nur dann in den Gegenstandsbereich des Gesetzes einbezogen werden, wenn dafür zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden. 6 Kantone und 6 *weitere Stellungnehmende* kamen zum Schluss, dass eine Vermischung von Aufgaben der KV mit Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsdienste abzulehnen sei; die medizinische Früherkennung sei ausschliesslich über das KVG⁷¹ zu regeln.
- *Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen: 4 Kantone* lehnten die in Artikel 11 des Vorentwurfs formulierte Aufgabenübertragung an die Kantone ab. Auch für die *Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren* und den *Kanton GL* verschiebt die vorliegende Vorlage das Gewicht zu sehr in Richtung Bund, deshalb sei der Ausgestaltung einer qualifizierten Mitwirkung der Kantone und der Sicherung autonomer kantonalen Freiräume besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Zudem sind für 11 Kantone und 5 *Organisationen* die Diagnoseregister nicht durch die Kantone, sondern durch den Bund zu führen und aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren.
- *Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Erarbeitung der Steuerungsinstrumente: 8 Kantone* wünschten ein massgebliches und qualifiziertes Mitbestimmungsrecht der Kantone bei der Erarbeitung der Steuerungsinstrumente. 47 *Organisationen* forderten, dass Kantone und private Präventions- und Gesundheitsorganisationen als gleichberechtigte Partner an der Erarbeitung der nationalen Ziele wie auch der bundesrätlichen Strategie mitwirken können.
- *Finanzierung: 9 Kantone* sowie die *Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren* waren der Ansicht, dass den Kantonen aus dem Präventionsgesetz keine zusätzlichen finanziellen Belastungen erwachsen dürften; solche Kosten seien vom Bund zu tragen. Zudem forderten 20 Kantone, dass ein gesetzlich festgelegter oder ein vom Bundesrat festzulegender Anteil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) direkt an die Kantone fliessen soll. Über 60 *Vernehmlassungsteilnehmende* verlangten zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Prävention eine generelle Erhöhung der finanziellen Mittel.

71 SR 832.10

Während die *EVP* und die *SP* eine Erhöhung der Mittel forderten, lehnten *CVP* und *FDP* Mehrausgaben für den Bund klar ab. Die *FDP* und *einige Wirtschaftsverbände* sprachen sich auch gegen eine Erhöhung des KVG-Prämienzuschlags aus.

- *Aufgaben des Instituts*: Um eine Rollenvermischung zu vermeiden, forderten 20 Kantone, die *CSP* und die *GPS* sowie 35 weitere Organisationen, dass das Institut neben seiner Funktion als Kompetenzzentrum nicht gleichzeitig auch für die Verteilung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben zuständig sein dürfe. Sie schlugen vor, dafür eine unabhängige Instanz einzusetzen.
- *Zusammensetzung des Institutsrats*: 6 Kantone sowie 42 weitere Vernehmlassungsteilnehmende forderten, dass die Vertretung der Akteure im Institutsrat im Gesetz explizit festzuhalten sei.

2.2.2 Überarbeitung des Vorentwurfs

Gleichzeitig mit der Kenntnisnahme des Ergebnisberichts hat der Bundesrat das EDI beauftragt, den Gesetzesentwurf zu überarbeiten und eine Botschaft zu erstellen.⁷²

Bei der Überarbeitung der Vorentwürfe wurden im Wesentlichen folgende Punkte berücksichtigt:

- *Früherkennung*: Angesichts der Zunahme der auf politischer Ebene vorgebrachten Forderungen nach einem flächendeckenden Zugang zu qualitativ hochstehenden Früherkennungsprogrammen (insbesondere Mammografie-Screening)⁷³ umfasst der Geltungsbereich des Gesetzes trotz Bedenken einer Mehrheit der Kantone und einiger weiterer Organisationen weiterhin auch die Früherkennung von Krankheiten.
- *Finanzierung*: Die Modalitäten der Verwendung der Präventionsabgaben wurden dahingehend angepasst, dass das Institut einen Teil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben für Globalbeiträge an kantonale Programme, die einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele leisten, zu verwenden hat. Bei der Neuformulierung der Zweckbindung der Präventionsabgaben wurde zudem berücksichtigt, dass der KVG-Prämienzuschlag aus verfassungsrechtlichen Gründen nur zur Finanzierung von Massnahmen verwendet werden darf, die geeignet sind, die durch die KV zu tragenden Kosten zu mindern.⁷⁴
- *Organisation auf Bundesebene*: An der Schaffung eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut) wurde trotz der in der Vernehmlassung geäußerten Kritik an der Wahl der Organisations-

⁷² Vgl. Medienmitteilung des Eidg. Departements des Innern vom 25. Februar 2009 (www.news.admin.ch/dokumentation/00002/00015/index.html?lang=de&msg-id=25503)

⁷³ Vgl. dazu die parlamentarischen Initiativen 05.464 Pa. Iv. Guisan. Krebs-Früherkennung, 05.465 Pa. Iv. Heim Bea. Krebsfrüherkennung und 05.467 Pa. Iv. Meyer Thérèse. Krebsfrüherkennung und Gleichbehandlung, denen die zuständigen Kommissionen beider Räte Folge gegeben haben.

⁷⁴ Vgl. dazu die Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz vom 16. Dezember 2008 zur Verfassungsmässigkeit der Präventionsabgabe im Bereich der Krankheitsverhütung (Art. 20 Krankenversicherungsgesetz) – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/05047/index.html?lang=de.

form festgehalten. Die Bestimmungen zur Wahl des Institutsrats wurden jedoch dahingehend angepasst, dass den Kantonen ein Antragsrecht für drei Mitglieder und den Versicherern nach Artikel 11 KVG⁷⁵ ein Antragsrecht für ein Mitglied des neunköpfigen Institutsrats gewährt wird. Zudem wurden die organisationsrechtlichen Bestimmungen des Vorentwurfs des Bundesgesetzes über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung in den Entwurf des Präventionsgesetzes integriert.

- *Aufgaben des Instituts*: Im Gegensatz zum Vorentwurf wurde die Aufgabenteilung zwischen Zentralverwaltung und Institut abschliessend gesetzlich geregelt. Dabei wurde entgegen einer Mehrheit der Kantone sowie zahlreicher weiterer Organisationen keine weitere Instanz für die Verwaltung der Präventionsabgaben geschaffen, sondern zur Wahrung der Synergien zwischen fachlicher und finanzieller Unterstützung diese Aufgabe beim Institut belassen.
- *Diagnoseregister*: Die Frage, ob die Diagnoseregister neu als Bundesaufgabe ausgestaltet werden sollen bzw. welche bundesgesetzlichen Grundlagen geschaffen werden müssten, damit Daten zu bestimmten Krankheiten (z.B. Krebs) in allen Kantonen erfasst und in nationalen Diagnoseregistern nach einheitlichen Standards zusammengeführt werden können, wird noch vertieft abgeklärt. Eine umfassende Bundesregelung der Diagnoseregister kann jedenfalls nicht im Präventionsgesetz erfolgen, da dies dessen Geltungsbereich sprengen würde.⁷⁶ Entsprechend enthält der E-PrävG bezüglich der Diagnoseregister nur eine minimale Regelung.

2.3 Die Ziele der Vorlage

Mit der vorgeschlagenen Regelung soll die auf Bundesebene bestehende gesetzliche Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind, geschlossen werden. Ein weiteres Hauptanliegen besteht in der für eine Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung notwendigen Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen und der Optimierung der strategischen Führung der Verwaltung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag).

Neben dem erwähnten Schliessen der bundesgesetzlichen Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung nicht-übertragbarer und psychischer Krankheiten werden mit der vorgeschlagenen Regelung folgende Hauptziele verfolgt:

- die Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen unter besonderer Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips;

⁷⁵ SR 832.10

⁷⁶ Die im Rahmen von Diagnoseregistern erhobenen Daten können nicht nur zur epidemiologischen Überwachung und zur Überprüfung der Wirksamkeit und Qualität von Präventions- und Früherkennungsmassnahmen, sondern auch zur Überprüfung der Qualität und des zweckmässigen Einsatzes diagnostischer, kurativer und palliativer Massnahmen sowie als Grundlage für die Versorgungsplanung genutzt werden.

- die Verbesserung der Steuerung und Koordination aller Akteure durch nationale Ziele und damit durch eine übergeordnete Gesamtstrategie für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung;
- die Verbesserung der Koordination unter den zuständigen Bundesstellen über den Ausbau der strategischen Planung durch den Bundesrat (bundesrätliche Strategie);
- die Bündelung der Massnahmen des Bundes in einzelnen Themenbereichen in nationalen Programmen für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung;
- die Gewährleistung der Autonomie der Kantone für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen bei gleichzeitiger Formulierung gewisser Vorgaben an die inhaltliche Ausrichtung der kantonalen Angebote;
- die Sicherstellung der Qualität und die Förderung der Wirksamkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen;
- die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) als eigenständiges und sichtbares Kompetenzzentrum für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung auf Bundesebene;
- die einheitliche Neuregelung der Verwendung der Einnahmen aus den beiden Präventionsabgaben (KVG-Prämienzuschlag und Tabakpräventionsabgabe) sowie die Neuregelung des Finanzflusses bei dem gemäss Artikel 20 KVG⁷⁷ erhobenen KVG-Prämienzuschlag;
- die Einführung eines Instruments zur Abschätzung der Auswirkungen von geplanten oder realisierten Vorhaben auf die Gesundheit (Gesundheitsfolgenabschätzung);
- die rechtliche Verankerung von Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen und die Förderung der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung;
- die Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik und der Gesundheitsberichterstattung sowie die Harmonisierung bestehender Datenerhebungen.

Die daraus resultierende Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung als «vierten Säule» des Gesundheitssystems hat zum Ziel die Gesundheitskompetenz und das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu verbessern um dadurch den guten Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung langfristig zu erhalten.

2.4 Die beantragte Neuregelung im Einzelnen

2.4.1 Geltungsbereich

Da der Geltungsbereich des Gesetzesentwurfs alle in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV erwähnten Krankheiten umfasst, verfügt der Bund mit dem Präventionsgesetz über eine neue gesetzliche Grundlage für Massnahmen im Bereich der

⁷⁷ SR 832.10

Bekämpfung nichtübertragbarer und psychischer Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind. Dies ermöglicht dem Bund, in der Prävention und Früherkennung derjenigen Krankheiten, die sowohl für die öffentliche Gesundheit (siehe dazu Tabellen 1 und 2) wie auch für die Entwicklung der Gesundheitskosten von zentraler Bedeutung sind, aktiv zu werden. Gleichzeitig verhindert die in der Bundesverfassung und damit im Geltungsbereich des E-PrävG vorgesehene Einschränkung auf übertragbare, stark verbreitete und bösartige Krankheiten, dass der Staat in der Prävention oder Früherkennung von Befindlichkeitsstörungen oder Bagatellerkrankungen aktiv wird. Zudem erfolgt durch die Formulierung der nationalen Ziele (siehe unten Ziff. 2.4.2) eine weitere Fokussierung und Priorisierung der staatlichen Aktivitäten auf diejenigen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsthemen, die von Bund, Kantonen und weiteren Akteuren als bedeutsam eingestuft werden.

Wie unter Ziff. 2.2.2 erwähnt, umfasst der Geltungsbereich des E-PrävG nicht nur die Prävention, sondern auch die Früherkennung von Krankheiten. Früherkennungsmassnahmen werden meist von einer Ärztin oder einem Arzt durchgeführt und, sofern sie in Artikel 12 der Krankenpflegeverordnung vom 29. September 1995⁷⁸ (KLV) aufgeführt sind durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernommen. Wenn also die Früherkennung in den Geltungsbereich des E-PrävG integriert werden soll, geht es nicht darum, die Modalitäten der Finanzierung von Früherkennungsmassnahmen neu auszugestalten, sondern vielmehr darum, die Möglichkeit zu schaffen, sowohl bei der Prioritätensetzung im Rahmen der Erarbeitung der Steuerungs- und Koordinationsinstrumente (vgl. unten Ziff. 2.4.2) als auch auf der Umsetzungsebene (nationale Programme nach Art. 6 und Unterstützungsmassnahmen nach Art. 8) Früherkennungsmassnahmen wie z.B. die von der WHO geforderte gesamtschweizerische Abdeckung mit Brustkrebs-Früherkennungsprogrammen (vgl. dazu auch oben Ziff. 1.4.2) zu bearbeiten.

Die bestehenden rechtlichen Regelungen in den Bereichen Unfallprävention, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz werden durch den neuen Erlass nicht tangiert.

2.4.2 Steuerungs- und Koordinationsinstrumente

In der Schweiz sind zahlreiche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene auf den Gebieten der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätig. Auf der Umsetzungsebene hat die föderale Struktur der Schweiz zu einem reichen Erfahrungsschatz an Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen geführt. Der Föderalismus trägt auch den unterschiedlichen kantonalen und kommunalen Bedürfnissen Rechnung.

Da der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung jedoch eine Gesamtstrategie fehlt (vgl. oben Ziff. 1.3), sollen gemäss Auftrag des Bundesrates vom 28. September 2007 im Präventionsgesetz zwei neue Steuerungs- und Koordinationsinstrumente gesetzlich verankert werden: die nationalen Ziele (alle acht Jahre, Art. 4) und die bundesrätliche Strategie (alle vier Jahre, Art. 5).

Nationale Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsziele können, sofern sie in einem dialogorientierten und partizipativen Prozess festgelegt werden, auf verschiedenen Ebenen einen Mehrwert generieren:

- Auf der *gesundheitspolitischen Ebene* können nationale Ziele zu einer sichtbaren und kohärenten Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungspolitik beitragen, da aufgrund der durch den partizipativen Erarbeitungsprozess geförderten politischen Legitimität der Ziele sich eine Mehrheit der staatlichen und privaten Akteure in Eigenverpflichtung für die Umsetzung der Ziele engagieren wird.
- Auf der *Public-Health-Ebene* führt die Fokussierung auf die vorrangigen Gesundheitsprobleme dazu, dass der aktuell gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung erhalten werden kann.
- Auf der *Managementebene* unterstützen Ziele die Rationalität und die Transparenz des Handelns, die Effizienz des Mitteleinsatzes, die Koordination und die Zusammenarbeit unter den Akteuren sowie die Überprüfbarkeit der Wirksamkeit des staatlichen Handelns.

In der bundesrätlichen Strategie werden insbesondere die strategischen Vorgaben für die nationalen Programme (Art. 6), die strategischen Ziele für das Institut (5. Kapitel), die Auswahl der Vorhaben, bei denen eine Gesundheitsfolgenabschätzung durchgeführt werden soll (Art. 9), sowie die strategischen Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben (KVG-Prämienzuschlag und Tabakpräventionsabgabe; Art. 12 und 13) festgelegt.

Um die in diesem Bereich erforderliche Flexibilität zu gewährleisten, regelt der E-PrävG lediglich die Rahmenbedingungen unter denen diese Steuerungs- und Koordinationsinstrumente erarbeitet und umgesetzt werden sollen, und legt keine Prioritäten auf Gesetzesstufe fest.

In Ergänzung zu den beiden Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten werden die Umsetzungsmassnahmen des Bundes in Form von nationalen Programmen (Art. 6) gebündelt. Diese werden vom Institut erarbeitet und umgesetzt. In diesen Programmen werden die Handlungsfelder und die für die nächsten vier bis acht Jahre geplanten Massnahmen des Bundes (z.B. Kampagnen oder Interventionsmodelle von gesamtschweizerischer Bedeutung) festgelegt. Durch den Einbezug der Kantone und der interessierten Kreise in die Erarbeitung erhält das Institut zudem die Möglichkeit, seine Aktivitäten in einem bestimmten Themenbereich mit denjenigen der übrigen staatlichen und privaten Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene abzustimmen und zu koordinieren. Gleichzeitig können nationale Programme von den Kantonen und privaten Akteuren als Grundlage für die strategische Ausrichtung der eigenen Massnahmen beigezogen werden, indem sie z.B. in Abhängigkeit von den kantonalen oder regionalen Gegebenheiten angepasst oder mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen werden.

2.4.3 Aufgabenteilung Bund – Kantone

Gemäss der bundesstaatlichen Kompetenzaufteilung sind die Kantone für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zuständig. Der Bund wird nur dort aktiv, wo ein gesamtschweizerisch einheitliches Handeln sinnvoll oder notwendig ist. Dies ist insbesondere der Fall bei

- der Planung und Durchführung von Massnahmen von gesamtschweizerischer Bedeutung im Rahmen von nationalen Programmen nach Artikel 6;
- der Informationstätigkeit, insbesondere in Form von Kampagnen (Art. 7);
- Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen mit gesamtschweizerischem Aktionsradius (Art. 14);
- Massnahmen zur Förderung der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung (Art. 15 und 16);
- der Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik (Art. 17) und der Gesundheitsberichterstattung (Art. 19) sowie der Harmonisierung der Datenerhebung durch Diagnoseregister (Art. 18);
- der internationalen Zusammenarbeit (Art. 37).

Gleichzeitig wird der Bund in Zukunft die Kantone (wie auch private Präventions- und Gesundheitsorganisationen) bei der Konzeption und Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen auf der methodologischen und fachlichen Ebene besser unterstützen. Diese Unterstützungsmassnahmen des Bundes werden in einer eigenständigen Bestimmung näher definiert (Art. 8) und durch die Förderungsmassnahmen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung ergänzt (Art. 15 und 16).

In Ergänzung dazu werden die Kantone aufgefordert, einerseits ihre Aktivitäten in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung auf die nationalen Ziele nach Artikel 4 auszurichten und andererseits die inner- wie interkantonale Koordination und Vernetzung zu fördern. Dazu werden Vorgaben an die Ausrichtung der kantonalen Angebote in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung formuliert (Art. 11). Es steht den Kantonen jedoch frei, in eigener Verantwortung auch Massnahmen zu Krankheiten oder Risikofaktoren ausserhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes (vgl. oben Ziff. 2.4.1) wie auch ausserhalb der durch die nationalen Ziele festgelegten Themenschwerpunkte durchzuführen. Dabei entfällt jedoch die finanzielle oder fachliche Unterstützung durch den Bund.

Im Weiteren soll auch im Bereich der medizinischen Prävention und Früherkennung die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen geklärt werden. Hier sind die Kantone – wie bis anhin – für die Durchführung der für die Kostenübernahme durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung notwendigen Programme zuständig, während der Bund die Informations- und Koordinationsfunktionen übernimmt.⁷⁹ Die Möglichkeit, die Kantone in die Umsetzung von Massnahmen nach Artikel 26 KVG⁸⁰ einzubeziehen, soll neu in Artikel 33 Absatz 2^{bis} KVG gesetzlich verankert werden (vgl. Erläuterungen zur Art. 41). Zur finanziellen Entlastung der Kantone können aus den Einnahmen aus dem nach Artikel 20 KVG erhobenen KVG-

⁷⁹ Als mögliche Beispiele seien hier die Impfung gegen Humane Papillomaviren (vgl. Art. 12a Bst. l der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV), SR 832.112.31) oder das Mammografie-Screening (vgl. Art. 12e Bst. c KLV) genannt. Dabei dürfen nur Beiträge an kantonale Programmstrukturen (z.B. Informationstätigkeit, Qualitätssicherung) geleistet werden. Die Finanzierung der eigentlichen medizinischen Präventions- oder Früherkennungsleistung, d.h. des Impfstoffs bzw. der Beurteilung der Mammografie durch einen Radiologen oder eine Radiologin, hat in jedem Fall aus den KVG-Prämien zu erfolgen.

⁸⁰ SR 832.10

Prämienzuschlag Beiträge an die Programminfrastrukturkosten (Art. 12 Abs. 3 Bst. b) gesprochen werden. Die Regelung der Finanzierung der medizinischen Massnahmen (wie z.B. die Mammografie oder die Impfung selbst) erfolgt wie bis anhin nach den Bestimmungen des KVG (Positivliste für Massnahmen der medizinischen Prävention und Früherkennung nach Art. 26 KVG).⁸¹

2.4.4 Organisation auf Bundesebene

Der Gesetzesentwurf sieht die Schaffung einer neuen dezentralen Verwaltungseinheit, des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung vor. Dieses wird für die Erfüllung der folgenden neuen Bundesaufgaben zuständig sein:

- Planung und Umsetzung sowie Wirksamkeitsüberprüfung von nationalen Programmen (Art. 6 und Art. 20 Abs. 3);
- Erarbeitung von Informationsmaterialien und Durchführung von Kampagnen im Rahmen seiner Zuständigkeiten (Art. 7);
- Erbringung fachlicher und methodologischer Unterstützungsleistungen zugunsten der Kantone und Dritter (Art. 8);
- Verwaltung der Präventionsabgaben (Art. 12 und 13).

Als Organisationsvarianten wurde die Verankerung der Zuständigkeiten bei Bundesstellen der Zentralverwaltung (insbesondere BAG) und die Aufgabenübertragung an einen privaten Dritten nach Artikel 2 Absatz 4 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997⁸² (RVOG) geprüft. Bereits im Rahmen der Vorarbeiten verworfen wurde die Übertragung der Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 8 an mehrere private Präventions- und Gesundheitsorganisationen. Diese Variante würde zu einer Zersplitterung der Aufgabenerfüllung führen und im Vergleich zum Status Quo keine Vereinfachung der Strukturen mit sich bringen, sondern im Gegenteil den Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Auftragsnehmern erhöhen.

Für den Entscheid, eine neue dezentrale Verwaltungseinheit auf Bundesebene zu schaffen, waren folgende Gründe ausschlaggebend:

- Gemäss Aufgabentypologie der EFV⁸³ handelt es sich bei den oben erwähnten neuen Bundesaufgaben – mit Ausnahme der Verwaltung der Präventionsabgaben (vgl. unten) – um Dienstleistungen mit Monopolcharakter.⁸⁴ Insbesondere aufgrund der Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 8 wird das Institut für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zum zentralen Ansprechpartner der Kantone auf Bundesebene.

⁸¹ Vgl. dazu auch die entsprechenden Erläuterungen in Ziffer 2.4.2 und 2.4.5.

⁸² SR 172.010

⁸³ Vgl. dazu Bericht des Bundesrates zur Auslagerung und Steuerung von Bundesaufgaben (Corporate-Governance-Bericht) vom 13. September 2006 (BBl 2006 8233) und Erläuternder Bericht der Eidg. Finanzverwaltung zum Corporate-Governance-Bericht des Bundesrates vom 13. September 2006 – einsehbar unter: www.efv.admin.ch/dokumentation/downloads/themen/eignerpolitik/Bericht_EFV_d.pdf.

⁸⁴ Die Aufgabentypologie des Corporate-Governance-Berichtes (vgl. oben Fussnote 83) unterscheidet zwischen Ministerialaufgaben, Dienstleistungen mit Monopolcharakter, Aufgaben der Wirtschafts- und Sicherheitsaufsicht sowie Dienstleistungen am Markt.

Aufgrund der spezifischen Bedürfnisse der Dienstleistungsempfängerinnen und -empfänger ist mit einer Auslagerung aus der zentralen Bundesverwaltung eine effektivere und effizientere Aufgabenerfüllung zu erwarten. Die Auslagerung von Dienstleistungen mit Monopolcharakter bedarf indessen einer engen politischen Steuerung durch den Bundesrat, da einerseits die Gesetzgebung bewusst Ermessensspielräume offen lässt und sich andererseits die Mehrheit dieser Aufgaben nur mit öffentlichen Geldern (Bundesmittel oder Präventionsabgaben) erfüllen lässt. Mit einer Auslagerung auf eine dezentrale Verwaltungseinheit können diese Anliegen am besten erfüllt werden. Vor allem das Instrument der strategischen Ziele ermöglicht es dem Bundesrat, gezielt auf unternehmensbezogene und/oder aufgabenbezogene Aspekte (z.B. Entwicklung neuer Aufgabenschwerpunkte) der selbstständigen Verwaltungseinheit Einfluss zu nehmen. Zudem entlastet die Auslagerung bestehender Bundesaufgaben auf eine dezentrale Verwaltungseinheit die Zentralverwaltung, führt aber nicht dazu, dass die Bundesverwaltung Fachkompetenzen verliert. Durch die Wahl eines öffentlich-rechtlichen Personalstatuts wird zudem die Überführung der Arbeitsverhältnisse vereinfacht.

- Gemäss Aufgabentypologie (vgl. oben) entspricht die Verwaltung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) einer Subventionsvergabe und damit einer Ministerialaufgabe, deren Auslagerung gemäss den Corporate-Governance-Leitsätzen des Bundesrates nicht empfohlen wird.⁸⁵ Die organisatorische Zusammenlegung der fachlichen und methodologischen Unterstützung (Art. 8) mit der finanziellen Unterstützung (Verwaltung der Präventionsabgaben, Art. 12 und 13) ermöglicht aber einerseits die Nutzung der Synergieeffekte zwischen fachlicher und finanzieller Unterstützung und andererseits eine wirkungsvolle Qualitätssicherung bei der Verwendung der Präventionsabgaben.
- Die Schaffung eines eigenständigen und sichtbaren Kompetenzzentrums für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung auf Bundesebene wird einen wichtigen Beitrag zur angestrebten Verankerung der Prinzipien der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in der schweizerischen Gesundheitspolitik leisten. Ein öffentlich-rechtliches Institut hat sowohl national wie auch international eine breitere politische Akzeptanz und höhere Sichtbarkeit als ein privatrechtlich organisierter Betrieb. Auch international zeigt sich, dass der Trend weg von privaten Einrichtungen und hin zu staatlichen Institutionen geht.⁸⁶

Die Ausgestaltung der dezentralen Verwaltungseinheit in der Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit hat sich für die Auslagerung von Dienstleistungen mit Monopolcharakter bewährt.⁸⁷ Die öffent-

⁸⁵ BBl 2006 8233; Ministerialaufgaben sind dadurch gekennzeichnet, dass sie einen hoheitlichen Charakter und damit einen hohen Bedarf an demokratischer Legitimation und politischer Steuerung aufweisen.

⁸⁶ Vgl. dazu Ziffer 2.6.2

⁸⁷ Geprüft wurde auch die Rechtsform einer öffentlich-rechtlichen Stiftung. Im Bundesrecht ist die öffentlich-rechtliche Anstalt die am meisten gewählte Organisationsform, und sie ist auch diejenige, die nach den Corporate-Governance-Leitsätzen des Bundesrates in einem solchen Fall vorzuziehen ist. Es gibt keinen organisationspezifischen Grund, im vorliegenden Fall von dieser Praxis abzuweichen.

lich-rechtliche Anstalt ist anhand der vom Bundesrat aufgestellten Corporate-Governance-Leitsätze⁸⁸ zu organisieren. Damit können die spezifischen Einfluss- und Informationsbedürfnisse des Bundes, die sich insbesondere aus seiner Rolle als Garant für die korrekte Aufgabenerfüllung und als Eigner ergeben, am besten berücksichtigt werden.

Als Konsequenz wird neben denjenigen Organisationseinheiten des BAG, welche bereits heute für die Erarbeitung und Umsetzung von nationalen Programmen sowie von weiteren Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zuständig sind, auch die heute beim BAG angegliederte Fachstelle «Tabakpräventionsfonds», welche die Tabakpräventionsabgabe verwaltet, in das Institut überführt werden.

Noch offen ist die Zukunft der auf Grundlage von Artikel 19 KVG geschaffenen Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» (vgl. oben Ziff. 1.2.2). Fest steht bislang, dass mit der vorgeschlagenen Streichung von Artikel 19 KVG (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 41) der gesetzliche Auftrag an die Krankenversicherer, die Krankheitsverhütung zu fördern und gemeinsam mit den Kantonen dafür eine Institution zu betreiben, entfällt. Zudem wird aufgrund der Änderung von Artikel 20 KVG der heute zur Finanzierung der Aufgaben der Stiftung verwendete KVG-Prämienzuschlag nach Inkrafttreten des Präventionsgesetzes nicht mehr der Stiftung, sondern neu dem Institut zufließen. Somit verliert die Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» ihren gesetzlichen Auftrag und muss sich nach Artikel 12 der Stiftungsurkunde vom 17. Januar 2002⁸⁹ nach Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde auflösen. Der Stiftungsrat von «Gesundheitsförderung Schweiz» bestätigte im Juni 2009 gegenüber dem EDI seine Haltung, dass das vom Bundesrat vorgesehene neue Bundesinstitut nicht nötig sei, weil sich die Zusammenarbeit der verschiedenen Partner – insbesondere der Kantone, der Versicherer und der Verbände – in der gegenwärtigen Form der Stiftung bewährt habe. An den Artikeln 19 und 20 KVG sei deshalb festzuhalten. Aufgrund dieser Rückmeldung kann zum aktuellen Zeitpunkt (September 2009) keine Aussage darüber gemacht werden, ob der Stiftungsrat von «Gesundheitsförderung Schweiz» einer Integration des Stiftungsvermögens in das Institut – wie in Artikel 42 Absatz 3 E-PrävG vorgesehen – zustimmen würde.

2.4.5 Finanzierung

Die Regelung der Finanzflüsse im E-PrävG basiert auf folgendem Finanzierungsgrundsatz: Jede Staatsebene (Bund und Kantone) ist für die Finanzierung der Aufgaben, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, verantwortlich. So sind einerseits die Bundesaufgaben (inkl. derjenigen, für welche das Institut zuständig ist; vgl. oben Ziff. 2.4.4) aus dem ordentlichen Bundeshaushalt zu finanzieren. Andererseits haben die Kantone für die Finanzierung der kantonalen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen und der dazu notwendigen Einrichtungen aufzukommen. Die von gewissen Kantonen in der Vernehmlassung geforderte Finanzierung der zusätzlichen kantonalen Einrichtungen und Massnahmen durch

⁸⁸ vgl. oben Fussnote 83.

⁸⁹ Einsehbar unter:
www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/Metadaten/Medienmitteilungen/office_stif_tungsurkunde_d.pdf.

den Bund (vgl. oben Ziff. 2.2.1) ist abzulehnen. Der Vollzug von Artikel 118 BV soll wie bisher nach Artikel 46 Absatz 1 BV erfolgen, der den Grundsatz des entschädigungslosen Vollzugs durch die Kantone festhält. Auch aus Artikel 47 Absatz 2 BV ergibt sich für den Bund weiterhin keine Verpflichtung, den Kantonen die Finanzmittel für die Umsetzung und den Vollzug des Bundesrechts zur Verfügung zu stellen; hier sollen vielmehr die eigenen Einnahmen der Kantone zum Einsatz kommen.⁹⁰

Die Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) sollen primär den Kantonen (den Städten und den Gemeinden) sowie privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zur (Co)-Finanzierung ihrer Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zur Verfügung stehen. Dabei wird in Übereinstimmung mit dem Entscheid des Bundesrates vom 25. Februar 2009 (vgl. oben Ziff. 2.2.2) ein Anteil der Einnahmen für kantonale Programme reserviert (vgl. Art. 12 Abs. 3 Bst. b). Gleichzeitig gilt es zu beachten, dass die Präventionsabgaben gemäss oben erwähntem Finanzierungsgrundsatz nicht zur Finanzierung hoheitlicher Aufgaben verwendet werden.

Neu werden beide Präventionsabgaben durch das Institut verwaltet.⁹¹ Durch diese Neugestaltung der Finanzflüsse wird nicht nur eine einheitliche strategische Steuerung beider Abgaben durch den Bundesrat ermöglicht, sondern auch die Finanzierungsbasis für spezifische Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen des Bundes erweitert. So steht neu zur Finanzierung der nationalen Programme nach Artikel 6 auch ein gewisser – vom Bundesrat im Rahmen der Verabschiedung der bundesrätlichen Strategie festgelegter (vgl. Art. 5 Abs. 1 Bst. d) – Anteil der Präventionsabgaben zur Verfügung. Dabei ist die in Artikel 12 Absätze 1 und 2 aufgeführte Zweckbindung der jeweiligen Abgabe zu beachten.

2.4.6 Weitere Aspekte

Weitere Neuerungen sind:

- die Einführung der Gesundheitsfolgenabschätzung als strategisches Instrument des Bundesrates zur Abschätzung der Auswirkungen von geplanten und realisierten Vorhaben von besonderer Tragweite auf die Gesundheit (Art. 9);
- die rechtliche Verankerung von Massnahmen zur Förderung von nationalen Dachorganisationen, der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung (Art. 14–16);

⁹⁰ Vgl. dazu Kägi-Diener R: Kommentar zu Artikel 47 BV; in: Ehrenzeller B., Schweizer J., Mastroradi P und Vallender K.A. (Hrsg): Kommentar zur schweizerischen Bundesverfassung, 2. Auflage Zürich/Basel/Genf 2008.

⁹¹ Von der Regelung durch den E-PrävG nicht tangiert sind die den Kantonen zufließenden Mittel aus der Alkoholsteuer (Alkoholzehntel), da diese bereits auf Verfassungsstufe festgelegt sind (Art. 131 Abs. 3 BV). Auf der Umsetzungsebene ist jedoch insbesondere bei der Vergabe von Beiträgen aus den Präventionsabgaben an kantonale Programme (vgl. Art. 12 und 13) eine Koordination mit den durch den Alkoholzehntel finanzierten Aktivitäten anzustreben.

- die Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik sowie der Gesundheitsberichterstattung (Art. 17–19).

2.5 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen

Der E-PrävG klärt die zukünftige Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Nach dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz finanziert jede Staatsebene diejenigen Aufgaben, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, selbst. Die Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Art. 12) dürfen nicht für die Finanzierung hoheitlicher Aufgaben verwendet werden.

Welche konkreten Massnahmen der Bund treffen und durchführen will, wird massgeblich durch die jeweils vier Jahre geltende bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 5) bestimmt. Diese wird auch Angaben über die dazu notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen enthalten (zu den Modalitäten der Finanzierung der neuen Aufgaben des Bundes siehe Ziff. 4.1) und ermöglicht somit eine ideale Abstimmung von Aufgaben und Finanzen. Dabei soll die Vorlage bundesseitig zu keinem Mehraufwand führen.

2.6 Internationale Entwicklungen und Verhältnis zum europäischen Recht

2.6.1 Internationale Entwicklungen bei Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung

Weltgesundheitsorganisation (WHO)

In Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen (UNO) und den Mitgliedstaaten erliess die WHO wichtige und einflussreiche Dokumente zu Prävention und Gesundheitsförderung und Empfehlungen zu den notwendigen Investitionen in die Gesundheit. Folgende Richtlinien zu Prävention und Gesundheitsförderung sind für die Mitgliedstaaten handlungsleitend:

- die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986*, die auf die Entwicklung von Gesundheitsressourcen abzielt, sowie Strategien zur Gesundheitsförderung wie gesunde Schulen und andere Lebensweltprojekte vorschlägt;
- die *Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt von 2005* beschreibt die Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta und aktualisiert deren Forderungen, mit dem Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit ins Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen zu stellen;
- die *globale Strategie zu «Ernährung, Bewegung und Gesundheit»*;
- der *WHO-Global-Report «Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment» von 2005*, nach dessen Berechnungen Investitionen in die Krankheitsprävention bis zum Jahr 2015 weltweit 36 Millionen Menschen vor einem vorzeitigen Tod retten könnten;

- die *Europäische Erklärung und der Aktionsplan für die psychische Gesundheit in Europa von 2005* beleuchtet den Bedarf an verschiedenen psychosozialen Angeboten für die Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und den Nutzen solcher Angebote, mit dem Ziel das Bewusstsein für die Bedeutung der psychischen Gesundheit für eine funktionierende Gesellschaft zu fördern.

Diese Dokumente sind allerdings für die WHO-Mitgliedstaaten rechtlich nicht bindend. Sie werden in der Regel von den WHO-Mitgliedstaaten als Vorgaben verstanden, an denen sie ihre nationale Gesundheitspolitik ausrichten.

Deutschland

Massnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind in Deutschland zurzeit in verschiedenen Gesetzen verankert. Je nach Zielgruppe und Tätigkeitsbereich sind unterschiedliche Sozialversicherungssysteme und Kostenträger für deren Durchführung und Finanzierung verantwortlich (KV, UV, Jugendhilfe, Rehabilitation). Auch in Deutschland spielen die finanziellen Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsförderung im Vergleich zu den Ausgaben für die kurative Versorgung eine untergeordnete Rolle.

Bereits im Oktober 2004 hatten sich Bund und Länder auf die Eckpunkte eines «Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention» (Präventionsgesetz) verständigt. Parteiübergreifendes Ziel war es, die Prävention im Gesundheitswesen zu einer «vierten Säule» neben Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege auszubauen.

Das Präventionsgesetz beabsichtigte, den vorbeugenden Gesundheitsschutz nachhaltiger in den Sozialversicherungssystemen zu verankern, eine neue einheitliche Rechtsgrundlage zu schaffen, die finanziellen Mittel aufzustocken und die daraus resultierenden Programme und Projekte durch ein Qualitätsmanagement zu kontrollieren. Am 27. Mai 2005 wurde das Gesetz vom Bundesrat in den Vermittlungsausschuss überwiesen. Das Projekt scheiterte, da mit der vorgezogenen Bundestagswahl am 18. September 2005 alle nicht erledigten Gesetzesvorhaben endgültig verfielen.

Am 28. November 2007 wurde ein neuer Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt, der im Wesentlichen eine Modifizierung des Entwurfs von 2005 darstellte. Auch diese Vorlage scheiterte an unterschiedlichen Vorstellungen der Koalitionsparteien hinsichtlich der benötigten finanziellen Mittel, der Modalitäten der Mittelvergabe wie auch der Organisationsstrukturen.

Österreich

Mit der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes und der Aufgabenzuweisung an den Fonds Gesundes Österreich verfügt Österreich bereits seit dem Jahre 1998 über eine gesetzliche Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung.

Das Gesundheitsförderungsgesetz orientiert sich inhaltlich an der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO und legt auch den Budgetrahmen fest, der jährlich für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung steht (aktuell 7,25 Mio. Euro).

Das Gesundheitsförderungsgesetz zielt darauf ab, den Wissensstand der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und gesundheitsfördernde Massnahmen zu erweitern und die Entwicklung positiver Verhaltensweisen zu unterstützen. Dies soll vor allem

durch den Aufbau von Strukturen für Gesundheitsförderung, durch Programme, Angebote und Fortbildungsmassnahmen erfolgen.

Am 1. August 2006 wurde per Bundesgesetz die «Gesundheit Österreich GmbH» als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als nationale Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung eingerichtet. Der Fonds Gesundes Österreich wurde als Geschäftsbereich in die neue Institution integriert und ist weiterhin die nationale Kompetenzstelle für Prävention und Gesundheitsförderung. Er fördert nicht nur praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte, sondern entwickelt auch Aktivitäten und Kampagnen, um gesunde Lebensweisen und gesunde Lebenswelten für möglichst viele Österreicherinnen und Österreicher erreichbar zu machen, und regt Kooperationen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an. Die folgenden sechs Handlungsfelder sind im gesetzlichen Auftrag festgehalten: Bewegung, Ernährung, seelische Gesundheit, Kinder und Jugendliche, Menschen am Arbeitsplatz sowie ältere Menschen.

Frankreich

In Frankreich ist 2004 das Gesetz zur öffentlichen Gesundheit (Loi sur la Santé Publique), welches sich sowohl auf übertragbare als auch auf chronische Krankheiten bezieht, vom Parlament verabschiedet worden. Es soll erklärermassen die Prävention stärken, indem einzelne Gesetze, Programme und Kommissionen zu einem integralen Ganzen zusammengefügt und die Verantwortung des Staates und des Parlaments festgeschrieben werden. Auch die Verantwortlichkeit anderer gesellschaftlicher Akteure wird benannt, z.B. die Finanzierung der Prävention durch die KV.

Alle fünf Jahre werden per Gesetz Strategiepläne für die öffentliche Gesundheit unter Berücksichtigung der grossen Gesundheitsprobleme festgelegt. Die Erarbeitung dieser Pläne erfolgt in Abstimmung mit der nationalen Gesundheitskonferenz, einem beratenden Gremium, das für die Regierung Stellungnahmen abgibt und ihr Vorschläge unterbreitet. Zudem werden nationale Gesundheitsziele formuliert. Diese vom Parlament angenommenen Ziele für die öffentliche Gesundheit haben einen verbindlichen Charakter und werden nach Ablauf der fünf Jahre hinsichtlich ihrer Erreichung einer Bewertung unterzogen.

Im neuen Gesetz zur öffentlichen Gesundheit werden auch Zuständigkeiten auf den verschiedenen politischen Ebenen beschrieben sowie Information, Forschung und Ausbildung geregelt (Einrichtung einer Ecole nationale de santé publique).

Derzeit wird eine Reform der Finanzierung des französischen Sozialversicherungssystems diskutiert. In diesem Zusammenhang soll auch die Finanzierung der Aufgaben der öffentlichen Gesundheit neu geregelt werden.

2.6.2 Organisationslösungen im internationalen Vergleich

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland)

Die 1967 gegründete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verfolgt als Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

auf Bundesebene das Ziel, Gesundheitsrisiken vorzubeugen und gesundheitsfördernde Lebensweisen zu unterstützen.⁹² Die BZgA ist Trägerin vieler Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte und unterstützt darüber hinaus zahlreiche Institutionen in der Durchführung eigener Projekte. Sie nimmt dabei folgende Aufgaben wahr:

- Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung;
- Aus- und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen;
- Koordination und Förderung der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitserziehung im Bundesgebiet;
- Zusammenarbeit mit dem Ausland.

Fonds Gesundes Österreich

1998 wurde der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) als bundesweite Kontakt- und Förderstelle für Gesundheitsförderung und Prävention auf der Basis des Gesundheitsförderungsgesetzes gegründet.⁹³ Er unterstützt in der Gesundheitsförderung praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte, den Aufbau von Strukturen, sowie die Fortbildung und Vernetzung. Dazu kommen andere wichtige Aufgaben: Durch Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit soll das Bewusstsein möglichst vieler Menschen zu Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt werden. Als zentrale Institution in Sachen Gesundheitsförderung unterstützt der FGÖ auch die vielfältigen Aktivitäten der österreichischen Selbsthilfegruppen.

Seit dem 1. August 2006 ist der Fonds neben dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen und dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen einer von drei Geschäftsbereichen der Gesundheit Österreich GmbH. Als Gremien wurden ein Kuratorium, ein Fachbeirat und eine Geschäftsstelle eingerichtet.

Europäische Kommission: Exekutivagentur zur Umsetzung des Gemeinschaftsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Am 1. Januar 2005 wurde basierend auf dem Beschluss der Europäischen Kommission vom 15. Dezember 2004 (2004/858/EG) die «Exekutivagentur für das Gesundheitsprogramm» (Public Health Executive Agency, PHEA) für einen Zeitraum von 6 Jahren mit dem Auftrag eingerichtet, das mehrjährige «Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003–2008 (Public-Health-Programm, PHP)» zu verwalten. Ziel dieses Programms ist es, die Gesundheit der Menschen in der Europäischen Union zu erhalten oder zu verbessern. Die Verabschiedung des Nachfolgeprogramms – das zweite Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2008–2013) – führte zu einer Verlängerung des Mandats der Agentur bis zum 31. Dezember 2015 (vgl. dazu unten Ziff. 2.6.3). Das Aufgabengebiet der Agentur wurde zudem um die Bereiche Konsumentenschutz und Schulung für sichere Lebensmittel erweitert. Neu heisst die Agentur «Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher» (Executive Agency for Health and Consumers,

⁹² Vgl. dazu S. Weinbrenner et al. (Hrsg.), 2006, Länderbericht Deutschland, in: Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, 54.

⁹³ Vgl. dazu S. Weinbrenner et al. (Hrsg.), 2006, Länderbericht Österreich, in: Gesundheitsförderung im europäischen Vergleich, 99 ff.

EAHC). Die EAHC hat ihren Sitz in Luxemburg und beschäftigt rund 40 Personen. Das jährliche Verwaltungsbudget beträgt 4,5 Millionen Euro (2008). Zu den Aufgaben der Agentur gehören:

- die Auswahl von Projekten, die im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit finanziert werden (während der gesamten Programmlaufzeit werden ca. 200 Projekte mit insgesamt rund 2200 Projektpartnern bewilligt);
- die Verbreitung von Wissen und empfehlenswerten Arbeitsmethoden, die sich aus den Projekten ergeben;
- die Förderung des Austausches und der Koordination zwischen allen Beteiligten und mit anderen Behörden der Gemeinschaft und der Mitgliedstaaten;
- die logistische, wissenschaftliche und technische Unterstützung bei Tagungen und Konferenzen.

2.6.3 Verhältnis zum Europäischen Recht

Aktionsprogramme der Europäischen Union (EU)

Unter der Initiative der Europäischen Kommission hat die EU seit den 1990er-Jahren vielfältige Aktivitäten zu Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt und die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten in diesem Bereich gefördert. Sie stützt sich dabei auf Artikel 152 (öffentliche Gesundheit) und 153 (Verbraucherschutz) des EG-Vertrages und finanziert auf dieser Grundlage Aktionsprogramme wie auch Fördermassnahmen in den Bereichen Gesundheitsforschung, Gesundheitsstatistik und Gesundheitsberichterstattung.

Eine konkrete Aktivität der EU stellt das zweite «Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit 2008–2013» dar. Das Europäische Parlament und der Rat haben am 27. Oktober 2007 (Nr. 1350/2007/EG⁹⁴) ein Nachfolgeprogramm für das «Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003–2008» (Public-Health-Programm, PHP) vom 23. September 2002 (Beschluss Nr. 1786/2002/EG⁹⁵) beschlossen. Es zielt auf einen verbesserten Gesundheitsschutz, auf die Gesundheitsförderung, einschliesslich der Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und auf die Schaffung und Verbreitung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen. Mit diesem zweiten Aktionsprogramm, das mit 321,5 Millionen Euro dotiert ist, sollen die politischen Massnahmen der EU-Mitgliedstaaten ergänzt, unterstützt und intensiviert werden.

Für die Umsetzung des Aktionsprogramms ist die Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher zuständig (vgl. oben Ziff. 2.6.2).

Empfehlungen der EU

Für einzelne Sektorpolitiken hat die EU zudem weitere zahlreiche Beschlüsse oder Empfehlungen gefasst, die in den EG-Acquis im Bereich Gesundheit fallen. Es handelt sich aber um keine für die EU-Mitgliedstaaten rechtlich bindenden Verordnungen oder Richtlinien:

⁹⁴ ABL L 301 vom 20.11.2007

⁹⁵ ABL L 271 vom 09.10.2002

- Empfehlung des Rates vom 12. Juli 1999 zur Begrenzung der Exposition der Bevölkerung gegenüber elektromagnetischen Feldern (0 Hz – 300 GHz) (1999/519/EG)
- Entschliessung des Rates vom 18. November 1999 zur Förderung der psychischen Gesundheit (2000/C 86/01);
- Entschliessung des Rates vom 29. Juni 2000 zu Massnahmen im Bereich der gesundheitsrelevanten Faktoren (2000/C 218/03);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 5. Juni 2001 zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols (2001/C 175/ 01);
- Empfehlung des Rates vom 5 Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen (2001/458/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 15. November 2001 zur Bekämpfung von stress- und depressionsbedingten Problemen (2002/C 6/01);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 2. Juni 2003 zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung in Verbindung mit psychischen Erkrankungen (2003/C 141/01);
- Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (2003/488/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 2. Dezember 2003 zu «Gesunder Lebensführung: Bildung, Information und Kommunikation» (2004/C 22/01);
- Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung (2003/878/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 3. Juni 2005 zu Übergewicht, Ernährung und körperlicher Bewegung (9803/053);

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vorlage hat keine Berührungspunkte mit dem Recht der Europäischen Gemeinschaften (EG) hat.

2.7 Umsetzung

Der Gesetzesentwurf sieht neue Steuerungs- und Koordinationsinstrumente vor, die periodisch festgelegt und umgesetzt werden müssen:

- Nationale Ziele (Art. 4): Der Bund legt sie alle 8 Jahre fest. Die Federführung für den Zielformulierungsprozess liegt beim Bundesrat; die Kantone werden aber eng in die Erarbeitung der nationalen Ziele eingebunden.
- Bundesrätliche Strategie (Art. 5): Der Bundesrat legt alle 4 Jahre seine Strategie fest. Das EDI (BAG) wird den Prozess für die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie führen. Das Institut und weitere betroffene Bundesstellen wirken bei der Erarbeitung mit. Einbezogen werden auch die Kantone.

Wichtige Instrumente im Rahmen der Umsetzung sind auch die nationalen Programme, die themenspezifisch durch das Institut erarbeitet und umgesetzt werden (Art. 6), die Gesundheitsfolgenabschätzung, die durch den Bundesrat bei geplanten

oder realisierten Vorhaben von besonderer Tragweite angeordnet werden kann (Art. 9), und die Gesundheitsberichterstattung, die durch den Bund unter Mitwirkung der Kantone kontinuierlich wahrgenommen wird (Art. 19).

Die Umsetzung der Steuerungs- und Koordinationsinstrumente wird regelmässig evaluiert, ebenso die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der nationalen Programme (Art. 20). Ob sich die Umsetzung des Präventionsgesetzes insgesamt bewährt, muss periodisch durch das BAG evaluiert werden (Art. 38).

Auf die Statuierung eines eigentlichen Vollzugsartikels kann verzichtet werden, weil die Kantone gestützt auf dieses Gesetz keine Massnahmen gegenüber Dritten vollziehen müssen.

Im Rahmen einer Bundesratsverordnung müssen das Verfahren für die Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben (Art. 12 und 13) sowie die Voraussetzungen und das Verfahren für Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen (Art. 14) geregelt werden.

Die organisationsrechtlichen Bestimmungen zum Institut (Art. 21–36) bedürfen an sich keiner weiteren Konkretisierung auf Verordnungsstufe. Der Bundesrat hat aber die Kompetenz, dem Institut gegen Abgeltung weitere Aufgaben zu übertragen (Art. 22) und Vorschriften zur Rechnungslegung zu erlassen (Art. 34). Ansonsten werden die institutsinternen Geschäftsabläufe in einem Organisationsreglement geregelt, welches der Institutsrat in Kraft setzt.

2.8 Würdigung der Gesamtvorlage

Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns

Im Vergleich zu den drei Säulen der medizinischen Krankenversorgung (Behandlung, Rehabilitation und Pflege) sind Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung derzeit – mit Ausnahme der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, der Massnahmen zur Verhütung von Suchtkrankheiten sowie zur Verhütung von Berufskrankheiten und der Unfallprävention – konzeptionell, politisch, organisatorisch und rechtlich nicht ausreichend verankert. Diese Strukturschwäche führt dazu, dass es in vielen Bereichen der Krankheitsprävention und -früherkennung wie auch der Gesundheitsförderung an Steuerung und Koordination, aber auch an Transparenz bezüglich Angebot und Leistung fehlt.

Mit seinem Entscheid vom 28. September 2007 teilte der Bundesrat die Einschätzung der Fachkommission PGF2010 wie auch der OECD und der WHO, dass es aufgrund der bestehenden Strukturschwäche neuer rechtlicher Grundlagen bedarf, um Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken und Koordination sowie Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten zu verbessern.

Auch eine Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden (vgl. oben Ziff. 2.2) begrüsst neue bundesgesetzliche Grundlagen für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung und folgt somit der Meinung des Bundesrates, dass trotz des wachsenden (privat finanzierten) Gesundheits- und Wellnessmarktes⁹⁶ die Notwendigkeit staatlichen Handelns in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung

⁹⁶ Vgl. dazu insbesondere Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Bern, August 2006.

und Früherkennung weiterhin gegeben sei. Dabei sind folgende Überlegungen massgebend:

- *Prinzip der Chancengleichheit*: In Analogie zum entsprechenden Grundsatz der obligatorischen Krankenpflegeversicherung für die Krankheitsbehandlung und die Pflege ist auch in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung ein chancengleicher Zugang für alle zu qualitativ hochstehenden Einrichtungen und Beratungsangeboten zu gewährleisten. Die damit verbundene Reduktion der sozialbedingten ungleichen Gesundheitschancen verschiedener Personengruppen trägt zur Aufrechterhaltung des Solidaritätsprinzips in den Sozialversicherungen (insbesondere KV) bei.⁹⁷
- *Sicherung der Sozialversicherungssysteme*: Die oben erwähnte Reduktion der Krankheitslast, der Invalidität und der Pflegebedürftigkeit trägt zu einer Entlastung der Sozialversicherungssysteme (insbesondere KV und IV) und damit auch zu einer Entlastung der öffentlichen Haushalte bei. Angesichts der demografischen Entwicklung ist diese Entlastung unabdingbar, um auch zukünftigen Generationen die Möglichkeiten einer guten und finanzierbaren gesundheitlichen Versorgung zu garantieren (siehe unten Abbildungen 1 und 2).
- *Verbesserung der wirtschaftlichen Entwicklung*: Der gute Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz unterstützt deren Leistungsfähigkeit und trägt damit zur Steigerung der Produktivität (Reduktion der krankheitsbedingten Absenzen) und zur Sicherung des Wirtschaftswachstums durch Erhalt der Leistungsfähigkeit der (älteren) Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern bei.
- *Öffentliches Interesse an einer gesunden Bevölkerung*: Die Verlängerung der krankheits- und behinderungsfrei verbrachten Lebensspanne ist im Interesse der Allgemeinheit, verbessert diese doch nicht nur die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger, sondern trägt auch zu einer Reduktion der Krankheitslast, der Invalidität und der Pflegebedürftigkeit bei.

Gesundheitspolitische Ausrichtung der Vorlage

Sowohl die Fachkommission PGF2010 wie auch die Expertinnen und Experten von OECD und WHO kamen in ihren Berichten⁹⁸ zum Schluss, dass aufgrund der aktuell bestehenden Strukturschwäche in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung eine Verbesserung des Gleichgewichts zwischen Prävention und kurativer Medizin, aber auch eine Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten, nur durch den Erlass von neuen rechtlichen Grundlagen erreicht werden können.

Eine solide gesetzliche Grundlage für Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen verbessert aber nicht nur die Qualität und die Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten, sondern trägt auch zu einer Förderung des Paradigmenwechsels weg von der rein kurativ orientierten Gesundheitsversorgung hin zu einer mehr präventiv ausgerichteten Gesundheitspolitik bei. Deshalb dürfen länger-

⁹⁷ Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Bern, August 2006, Seite 70.

⁹⁸ Vgl. Fussnoten 58 und 59.

fristig auch positive Auswirkungen auf die Kostenentwicklung in der Gesundheitsversorgung erwartet werden.

Diese Stossrichtung des Gesetzes wurde in der Vernehmlassung von einer Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmerinnen und -teilnehmern ausdrücklich begrüsst, so dass nach Ansicht des Bundesrates eine ausreichende Unterstützung für bessere bundesgesetzliche Grundlagen für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung besteht. Im Übrigen führt die aus dem Präventionsgesetz resultierende Bündelung der Kräfte zu einer auch von den Wirtschaftsverbänden begrüsst Effizienzsteigerung.

Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt die für die Überwindung dieser Struktur-schwäche notwendigen Elemente:

- Mit der Einführung der Steuerungs- und Koordinationsinstrumente (nationale Ziele und bundesrätliche Strategie) gibt das Gesetz Bund und Kantone neue Instrumente zur gemeinsamen Prioritätensetzung in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in die Hand.
- Bei der gesetzlichen Regelung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen setzt der Gesetzesentwurf auf eine Weiterführung der heutigen Zuständigkeiten: Die Kantone sind in eigener Verantwortung für die Planung und Durchführung lokaler, kantonaler und/oder regionaler Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zuständig, während der Bund diejenigen Aufgaben übernimmt, die sinnvollerweise gesamtschweizerisch einheitlich erbracht werden. Zudem sieht das Gesetz vor, dass der Bund die Kantone, aber auch private Präventions- und Gesundheitsförderungsorganisationen bei der Planung und Durchführung von Massnahmen gezielt mit fachlichen und methodologischen Dienstleistungen unterstützt.
- Einheitliche Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben und eine Verbesserung der strategischen Steuerung der Finanzflüsse schaffen mehr Rechtssicherheit für potenzielle Beitragsempfängerinnen und -empfänger.
- Auch mit der Schaffung eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes setzt das Gesetz ein sichtbares Zeichen für die Stärkung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Zudem entlastet die Auslagerung bestehender und neuer Bundesaufgaben in dieses neue Kompetenzzentrum die Zentralverwaltung.
- Mit den Vorschriften zur Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik, zu den Diagnoseregistern und zur Gesundheitsberichterstattung leistet das Gesetz einen wichtigen Beitrag im Hinblick auf eine evidenzbasierte Ausgestaltung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen. Zudem benötigen sowohl die Prioritätensetzung in Form von nationalen Zielen wie auch die auf den verschiedensten Ebenen angesiedelten Verpflichtungen zur Wirksamkeitsüberprüfung eine solide Datengrundlage.

Der Gesetzesentwurf führt weder zu einer Einschränkung der Eigenverantwortung einer jeden Einzelperson für ihre Gesundheit noch enthält er konkrete Verhaltenspflichten für Einzelpersonen, bestimmte Personengruppen oder für die Wirtschaft. Vielmehr fördert er die Gesundheitskompetenz und schafft die Grundlagen zur

Verbesserung des Gesundheitsverhaltens jedes und jeder Einzelnen, bestimmter Personengruppen bzw. der Bevölkerung.

Zweckmässigkeit im Vollzug

Da der E-PrävG keine neuen Vollzugs- oder Durchführungsorgane auf Kantons-ebene vorsieht, ergeben sich auf der Vollzugs- oder Umsetzungsebene keine Doppelspurigkeiten zu bestehenden Gesetzen, die ihrerseits neue Koordinationsanstrengungen verlangen.

Die inhaltliche und fachliche Koordination der Massnahmen des E-PrävG mit den Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen nach UVG⁹⁹, den Gesundheitsschutzmassnahmen nach ArG¹⁰⁰, den Massnahmen zur Unfallverhütung im Strassenverkehr nach SVG¹⁰¹ wie auch den Massnahmen zur Gewaltprävention nach Artikel 386 des Schweizerischen Strafgesetzbuches¹⁰² (StGB) wird durch Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b sowie Artikel 10 sichergestellt.

Zudem verschafft eine bessere Aufgabenzuordnung zwischen den Bundesstellen sowie zwischen dem Bund und den Kantonen nicht nur mehr Transparenz im System, sondern mindert auch den Koordinationsaufwand und senkt damit die Verwaltungskosten.

Nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe a liegt es in der Verantwortung des Bundesrates sicherzustellen, dass im Rahmen der nationalen Programme insbesondere Massnahmen mit einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zur Anwendung gelangen. Ausschlaggebend ist dabei insbesondere die Wahl der konkreten Interventionsstrategie (wie z.B. massenmediale Kampagne, zielgruppenspezifisches Projekt oder strukturelle Massnahme) wie auch die Wahl der Zielgruppen. Die Wirksamkeit einzelner Massnahmen selbst ist abhängig von den unter Ziffer 1.2.4 beschriebenen Erfolgsfaktoren.¹⁰³ Vor allem auch aus diesem Grund soll das Institut, als das zentrale Organ des Bundes für die Umsetzung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen, sicherstellen, dass Informationen über anerkannte und wirksame Interventionsmodelle für alle staatlichen und privaten Akteure leicht zugänglich sind (Art. 8 Abs. 2 Bst. a) und das Wirkungsmanagement der mit Beiträgen aus den Präventionsabgaben finanzierten kantonalen Programme und Einzelprojekte sichergestellt ist (Art. 8 Abs. 2 Bst. b). Schliesslich werden die Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsstandards (Art. 8 Abs. 2 Bst. c) wie auch die Förderung der Aus- und Weiterbildung (Art. 16) bewirken, dass bei der Planung und Durchführung von Programmen und Projekten Instrumente des Qualitätsmanagements zur Anwendung gelangen und die mit der Konzeption und Umsetzung betrauten Personen über das dazu notwendige spezifische Fachwissen verfügen.

Dass thematisch die richtigen Prioritäten gesetzt werden, d.h. dass nationale Programme ausschliesslich in denjenigen Themenbereichen durchgeführt werden, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (z.B. Folgekrankhei-

⁹⁹ SR 832.20

¹⁰⁰ SR 822.11

¹⁰¹ SR 741.01

¹⁰² SR 311.0

¹⁰³ Vgl. dazu auch Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, S. 38 ff. (Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungskampagnen) und S. 41 ff. (Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung) – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

ten des Tabak- oder Alkoholkonsums, die aus Bewegungsmangel und Fehlernährung entstehenden Krankheiten wie auch schwere psychische Krankheiten), wird durch das Steuerungs- und Koordinationsinstrument der nationalen Ziele (Art. 4) und auf Bundesebene durch die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 5) sichergestellt. Auch die Verwendung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) zur Finanzierung von kantonalen Programmen sowie Einzelprojekten von Bund, Kantonen und Dritten ist aufgrund von Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe a ausschliesslich auf Programme und Einzelprojekte beschränkt, die einen Beitrag zu den nationalen Zielen leisten. Dadurch können die vorhandenen Mittel gebündelt und mit höherer Effizienz eingesetzt werden.

Und nicht zuletzt sind alle nach dem E-PrävG zu ergreifenden Massnahmen wie auch das Gesetz selbst (Art. 38) regelmässig auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen.

2.9 Erledigung der parlamentarischen Vorstösse

Parallel zu den Vorarbeiten des EDI für eine gesetzliche Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung wurden im Nationalrat drei Motionen mit einer ähnlichen Stossrichtung eingereicht:

- *Motion Schenker 07.3261, Prävention und Gesundheitsförderung, vom 23. März 2007*: Die Motion fordert die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine koordinierte Planung, Durchführung und Evaluation von Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.
- *Motion Heim 07.3525, Gesundheitskompetenz. Zentraler Faktor im Gesundheitswesen, vom 22. Juni 2007*: Die Motion fordert den Bundesrat auf, Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung aufzuzeigen und die rechtlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitskompetenz bei der zukünftigen Gesetzgebungsarbeit für die Prävention zu schaffen.
- *Motion Schenker 07.3544, Bekämpfung chronischer Krankheiten, vom 22. Juni 2007*: Die Motion fordert die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine koordinierte Planung, Durchführung und Evaluation von Massnahmen zur Bekämpfung von chronischen Erkrankungen.

Der Bundesrat hat dem Parlament am 28. September 2007 die Annahme der drei Motionen beantragt. In der Zwischenzeit sind die Vorstösse abgeschlossen worden, weil sie nicht innert zwei Jahren nach ihrer Einreichung abschliessend behandelt worden sind.

3 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln
3.1 1. Kapitel:
Prävention, Gesundheitsförderung und
Früherkennung
3.1.1 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

Der vorliegende Gesetzesentwurf regelt in Übereinstimmung mit Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV die Prävention und die Früherkennung übertragbarer, stark verbreiteter und bösartiger Krankheiten des Menschen (*Abs. 1 Bst. a*; vgl. dazu auch Ziff. 2.4.1). Dabei wird nicht unterschieden, ob es sich um eine somatische bzw. physische oder um eine psychische Krankheit handelt (vgl. dazu auch Erläuterungen zu Art. 3 Bst. d–g). Nach *Absatz 1 Buchstabe b* fällt auch die Gesundheitsförderung unter den Gegenstandsbereich des E-PrävG, sofern sie einen Beitrag zur Krankheitsverhütung leistet. Somit fallen Gesundheitsförderungsmassnahmen, die primär auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen abzielen, wie Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität in Wohnquartieren, oder auf das Ziel einer allgemeinen Förderung des Wohlergehens und der Lebensqualität ausgerichtet sind, nicht unter den Geltungsbereich des Gesetzes.

Ebenfalls nicht Gegenstand des E-PrävG sind, weil sie spezialgesetzlich geregelt sind, die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (UVG¹⁰⁴ und ArG¹⁰⁵), die Verhütung von Nichtberufsunfällen (UVG), die Unfallverhütung im Strassenverkehr (SVG¹⁰⁶) und die Gewaltprävention (Art. 386 StGB¹⁰⁷). Die Koordination der Massnahmen nach dem E-PrävG mit den Präventionsmassnahmen nach den aufgeführten Gesetzen wird durch Artikel 10 sichergestellt.

Hingegen ist das Gesetz anwendbar auf die Suizidprävention und die Prävention der Pflegebedürftigkeit, sofern diese auf eine Verhütung der zugrundeliegenden psychischen oder physischen Krankheiten abzielen.

Zudem regelt das Gesetz die Aufgaben, die Organisation und die Finanzierung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut, *Abs. 1 Bst. c*).

Absatz 2 regelt das Verhältnis des Präventionsgesetzes zu spezifischen Bestimmungen betreffend die Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in Spezialgesetzen. Soweit diese Spezialgesetze nichts anderes vorsehen, gilt das Präventionsgesetz. Folglich gehen ergänzende oder abweichende Regelungen in den Spezialgesetzen dem Präventionsgesetz vor. Es handelt sich dabei insbesondere um die rechtlichen Regelungen

- zu den spezifischen Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten nach dem EpG¹⁰⁸;

¹⁰⁴ SR 832.20

¹⁰⁵ SR 822.11

¹⁰⁶ SR 741.01

¹⁰⁷ SR 311.0

¹⁰⁸ SR 818.101

- zu den sozialmedizinischen und fürsorgerischen Massnahmen zur Verhütung und Therapie suchtbedingter Krankheiten nach dem BetmG¹⁰⁹;
- der Information über ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse von allgemeinem Interesse nach Artikel 12 LMG¹¹⁰ sowie der Information über die sachgerechte Verwendung von Heilmitteln nach Artikel 67 des Heilmittelgesetzes vom 15. Dezember 2000¹¹¹ (HMG);
- der Massnahmen zur Prävention von schädlichem Alkoholkonsum, insbesondere die Werbeverbote und die spezifischen Schutzbestimmungen betreffend Jugendliche nach dem AlkG¹¹²;
- der Massnahmen zur Bewegungsförderung nach dem Bundesgesetz vom 17. März 1972¹¹³ über die Förderung von Turnen und Sport;
- über die Übernahme der Kosten individueller Präventions- und Früherkennungsmassnahmen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Die Regelung in Absatz 2 bedeutet nicht, dass in den von diesen Spezialgesetzen erfassten Bereichen die Steuerungs- und Koordinationsinstrumente (nationale Ziele nach Art. 4 und bundesrätliche Strategie nach Art. 5) nicht zur Anwendung kommen sollen. Will man das mit diesen Instrumenten verfolgte Ziel erreichen, so ist es unerlässlich, dass eine Gesamtstrategie für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung auch diese wichtigen Themenbereiche miterfasst. Zudem können auch die nationalen Programme nach Artikel 6 einen Beitrag zur Steuerung und Vereinheitlichung der Massnahmen nach den oben aufgeführten Gesetzen leisten.

Art. 2 *Zweck*

Gemäss *Absatz 1* beschränkt sich der Zweck des E-PrävG nicht auf den Schutz des Menschen vor übertragbaren, stark verbreiteten und bösartigen Krankheiten. Das Präventionsgesetz soll auch dazu beitragen, dass sich die (finanziellen) Auswirkungen übertragbarer, stark verbreiteter und bösartiger Krankheiten auf die Bevölkerung und die Volkswirtschaft verringern, das heisst, die Gesundheitskosten und die KVG-Prämien weniger steigen und die Menschen länger arbeitsfähig bleiben. Damit begegnet es auch der Notwendigkeit, angesichts der demografischen Entwicklung das gesunde Altern (Erhöhung der Anzahl krankheits- oder behinderungsfrei verbrachter Lebensjahre) wie auch die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit und damit letztlich auch die soziale Partizipation zu fördern.

Absatz 2 erläutert die Ziele der vorgeschlagenen Regelung im Einzelnen.

Buchstabe a: Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Dabei gilt es zu beachten, dass die persönlichen Möglichkeiten, die eigene Gesundheitskompetenz zu verbessern, durch Alter, Herkunft, persönliche Kompetenz und externe Rahmenbedingungen massgeblich beeinflusst werden. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entschei-

¹⁰⁹ SR **812.121**

¹¹⁰ SR **817**

¹¹¹ SR **812.21**

¹¹² SR **680**

¹¹³ SR **415.0**; das Gesetz wird zurzeit einer Totalrevision unterzogen. Der Bundesrat hat das VBS am 13. Mai 2009 beauftragt, bis Ende 2009 den Gesetzesentwurf und die Botschaft auszuarbeiten.

dungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Gesundheitskompetenz umfasst fünf wichtige Bereiche:¹¹⁴

- *Persönliche Gesundheit*: Individuelle Gestaltung der Gesundheit. Wissen und Anwendung von entsprechendem Verhalten bei Selbstpflege und Betreuung der Familie.
- *Konsumverhalten*: Die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen.
- *Arbeitswelt*: Unfälle und Berufskrankheiten vermeiden, Einsatz für die Sicherheit und für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben.
- *Systemorientierung*: Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber Fachpersonal als kompetente Partnerin oder als kompetenter Partner aufzutreten.
- *Gesundheitspolitik*: Informiertes gesundheitspolitisches Handeln (Eintreten für Gesundheitsrechte, Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen, Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen).

Buchstabe b: Die persönliche Entscheidung eines einzelnen Menschen für oder gegen einen gesundheitsförderlichen bzw. risikoreichen Lebensstil wird – abgesehen von seiner Konstitution – von sozialen, kulturellen und umweltbedingten Lebensumständen mitgeprägt. Bei der Gestaltung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen müssen diese unterschiedlichen Aspekte berücksichtigt werden. Zudem ist es wichtig, dass die Förderung des Gesundheitsverhaltens nicht isoliert, sondern immer in Verbindung mit gesellschaftlichen Lebensbereichen betrachtet wird (z.B. Schule, Freizeitaktivitäten, Arbeitsbedingungen). Hier sollen mit dem E-PrävG die notwendigen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen geschaffen werden, die die Menschen zielgruppenspezifisch ermuntern und es ihnen ermöglichen, Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zuträglich sind. Dabei lassen sich Massnahmen der regulativen und/oder strukturellen Prävention (vgl. unten Art. 3 Bst. a) nicht auf den E-PrävG abstützen, sondern sind in den jeweiligen Spezialgesetzen auf Bundes- oder Kantonsebene zu verankern.¹¹⁵

Bei der Ausgestaltung dieser Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind den unterschiedlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der verschiedenen Zielgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderung) Rechnung zu tragen. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass es sich dabei oftmals um Rahmenbedingungen handelt, die weitgehend durch Politiken ausserhalb der eigentlichen Gesundheitspolitik gesteuert werden. Gesundheitspolitische Massnahmen zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden greifen deshalb oft zu kurz und werden durch politische Massnahmen und Trends in anderen Politikfeldern überlagert. Eine wirkungsvolle Gesundheitspolitik sollte deshalb auf einer breiten politischen Ebene quer durch alle Sektorpolitiken

¹¹⁴ Kickbusch, I., Maag, D., Saan H.: Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005.

¹¹⁵ Aufgrund des Legalitätsprinzips sind strukturelle Präventionsmassnahmen auf Gesetzesstufe zu regeln und können nicht nur im Ausführungs- oder Verordnungsrecht geregelt werden.

ansetzen, indem sie darauf hinwirkt, dass Gesundheitsaspekte bei sektorpolitischen Planungen und Entscheiden mitberücksichtigt werden. Dies ist das Ziel der multi-sektoralen Gesundheitspolitik (vgl. dazu auch unten Bst. e.).¹¹⁶

Buchstabe c: Die Schweiz entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten zu einer «Gesellschaft des langen Lebens». Immer mehr Menschen dürfen mit einer hohen Lebenserwartung bei relativ guter Gesundheit rechnen. Die Chancen für ein langes und gesundes Leben stehen aber nicht für alle gleich gut. Wissenschaftliche Studien belegen, dass auch in der Schweiz Personen mit einem niedrigen sozialen Status (d.h. niedrige Bildung, niedriger beruflicher Status und/oder tiefes Einkommen) kränker sind und früher sterben als Personen mit einem höheren sozialen Status.¹¹⁷ Neben dem sozioökonomischen Status können auch sozio-kulturelle Aspekte wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität, Migrationshintergrund und Behinderung zu gesundheitlicher Ungleichheit führen. Die gesundheitliche Gefährdung dieser Personengruppen ist somit zusätzlich erhöht (erhöhte Vulnerabilität). Darüber hinaus haben diese Personengruppen oft einen erschwerten Zugang zu Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems sowie der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung.

Die Massnahmen nach diesem Gesetz sollen deshalb zu einer Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten beitragen. So sind einerseits für Personengruppen, bei denen aufgrund einer erhöhten gesundheitlichen Vulnerabilität oder Anfälligkeit ein besonderer Handlungsbedarf besteht, spezifische Präventions-, Gesundheitsförderungs- sowie Früherkennungsmassnahmen zu ergreifen. Die Strategien des Gender Mainstreaming, des Migrationsmainstreaming¹¹⁸ und des Disability Mainstreamings können hierbei als Leitprinzipien dienen. Damit wird der besondere Handlungsbedarf für benachteiligte Personengruppen in allen Phasen und Prozessen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung sichergestellt. Andererseits sind auch Massnahmen in anderen Politikbereichen (Sozial-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik) notwendig, die darauf abzielen, die Lebensverhältnisse dieser Personengruppen zu verbessern.

Die Buchstaben d–g umschreiben die strukturellen und organisatorischen Veränderungen, die mit dem Gesetz angestrebt werden. Dies sind einerseits die Verbesserung der Steuerung und Koordination (*Bst. d*). Andererseits die Berücksichtigung der Gesundheitsdeterminanten (vgl. unten Art. 3 Bst. h) und der verstärkte Einbezug anderer Politikbereiche wie Sozial-, Bildungs-, Integrations-, Wirtschafts- oder Umweltpolitik in die Planung und Umsetzung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und – wo möglich und sinnvoll – Früherkennungsmassnahmen (determinantenorientierter und multisektoraler Ansatz, *Bst. e*; vgl. dazu auch die Erläuterungen zu Bst. b). Und nicht zuletzt soll das Gesetz auch dazu beitragen, die Qualität der Massnahmen sicherzustellen und deren Wirksamkeit zu fördern (*Bst. f*). Dies soll

¹¹⁶ Vgl. dazu z.B. Bundesamt für Gesundheit: Leitbild für eine multisektorale Gesundheitspolitik – Bern, September 2005 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00403/index.html?lang=de.

¹¹⁷ Vgl. dazu z.B. Meyer K. (Hrsg), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Bern, 2009 oder Caritas Schweiz: Gesundheit – eine soziale Frage. Sozialalmanach 2003, Luzern, 2003 sowie Bopp M., Minder Ch.: Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: Results from the Swiss National Cohort. In: International Journal of Epidemiology 2003, Nummer 32, S. 346–354.

¹¹⁸ Gender-, Migrations-, bzw. Disability Mainstreaming ist die Organisation, Verbesserung, Entwicklung Evaluierung der Entscheidprozesse mit dem Ziel, auf allen Ebenen und in allen Phasen eine geschlechter- bzw. migrationspezifische Sichtweise einzubringen.

insbesondere durch den Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (Verbesserung der Datengrundlage), die Weiterentwicklung der Qualitätsstandards sowie durch eine regelmässige Evaluation der einzelnen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen erfolgen. Unter das Stichwort «Qualität» fällt neben hoher Effizienz und Effektivität (d.h. hoher Zielerreichungsgrad und ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis) insbesondere auch die zielgruppenspezifische und gendergerechte Ausrichtung der einzelnen Massnahmen.

Absatz 3 betont, dass bei der Umsetzung von Massnahmen nach diesem Gesetz die individuelle Selbstbestimmung und somit die Autonomie zur freien Entscheidung berücksichtigt werden muss. Diese Vorgabe leitet sich aus dem verfassungsrechtlich vorgegebenen Grundsatz ab, dass der Staat bei der Gesetzesanwendung seine Grenzen nicht überschreiten darf und dementsprechend den staatsfreien Raum, der die vielfältige Freiheit des Individuums bedeutet, achten muss. Die persönlichen Grund- und Freiheitsrechte aber auch die Wirtschaftsfreiheit dürfen durch die Massnahmen nach diesem Gesetz nicht unzulässigerweise eingeschränkt werden. Die Vielfalt der Bevölkerung, insbesondere die (sozio-)kulturellen Eigenheiten verschiedener Personengruppen, wird geachtet und von den Massnahmen des Gesetzes nach Möglichkeiten nicht tangiert. Auf der anderen Seite sind aber bei der Ausgestaltung von Massnahmen auch die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Personengruppen zu berücksichtigen (zielgruppenspezifisches Vorgehen).

Bei einem zielgruppenspezifischen Vorgehen werden die für eine bestimmte Präventions-, Gesundheitsförderung- oder Früherkennungsmassnahme besonders relevanten Zielgruppen aufgrund epidemiologischer Daten festgelegt. Die Ausgestaltung der Massnahmen erfolgt dann unter Berücksichtigung der Ressourcen (Sprachkompetenz oder Bildung) und der infolge Geschlecht, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung oder Behinderung spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe. Dadurch wird die Wirksamkeit der Massnahmen erhöht und die Chancengleichheit gefördert.

Art. 3 **Begriffe**

Wie viele andere verfassungsrechtliche Begriffe ist der Gesundheitsbegriff nicht definiert. Als unbestimmter Rechtsbegriff bedarf er der Konkretisierung, auf der Grundlage von fachwissenschaftlichem Begriffsverständnis.¹¹⁹

Die Begriffsdefinitionen in Artikel 3 gehen von einem Gesundheitsbegriff aus, bei dem Gesundheit als sich laufend verändernde Positionierung auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen eines vollständig gesunden und eines vollständig kranken Zustands verstanden wird. Der Gesundheitszustand ist das jeweilige Gleichgewicht zwischen gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Faktoren. Das immer wieder neu herzustellende Gleichgewicht wird durch vier Dimensionen beeinflusst: biologisch-genetische Voraussetzungen, persönlicher Lebensstil, Umwelt und Lebensbedingungen (z.B. Bildung oder Arbeit) sowie medizinische

¹¹⁹ Eine der bekanntesten Begriffsbestimmungen stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach dieser Definition aus dem Jahr 1948 ist die Gesundheit «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens» (Präambel; Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946; SR **0.810.1**). Danach ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

Versorgung (Gesundheitssystem).¹²⁰ Gesundheit wird somit als persönlicher und gesellschaftlicher Wert verstanden und reicht über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinaus.

Buchstabe a enthält eine Definition des Begriffs «Prävention». Es kann zwischen drei Formen der Prävention unterschieden werden:

- *Primärprävention*: Gezielte Massnahmen zur Reduzierung des Neuauftretens einer Krankheit oder eines Gesundheitsproblems. Die Massnahmen zielen auf die Verringerung bzw. Schwächung von Risikofaktoren und auf die Stärkung von Schutzfaktoren (Gesundheitsförderung). Die Primärprävention richtet sich in der Regel an die Gesamtbevölkerung.
- *Sekundärprävention*: Gezielte Massnahmen zur Frühintervention bei Personen und Gruppen mit bekannten Risikofaktoren für Krankheiten oder Störungen oder mit bereits erkennbaren Symptomen.
- *Tertiärprävention*: Gezielte Massnahmen zur Verhinderung von weiteren Schädigungen aufgrund des Bestehens einer bestimmten Krankheit.

Zudem wird zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden:

- *Verhaltensprävention* umfasst Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens von Menschen, zur Befähigung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheitsrisiken und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, insbesondere Informations- und Aufklärungsmassnahmen sowie Beratung.
- *Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention* umfasst Massnahmen zur Beeinflussung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Dies können sowohl regulative Massnahmen (z.B. Besteuerung von Alkohol oder Tabak, Abgabeverbote) wie auch Massnahmen zur Förderung eines gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Bau von Radwegen, Gratisabgabe von Kondomen) sein. Die meisten Massnahmen der Verhältnisprävention liegen ausserhalb des engeren Zuständigkeitsbereichs der Gesundheitspolitik (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 2 Abs. 2 Bst. b).

Buchstabe b enthält eine Definition des Begriffs «Gesundheitsförderung». Im Hinblick auf den Schutz der Gesundheit des Menschen und der Verhinderung von Krankheiten umfasst die Gesundheitsförderung sowohl die Förderung gesunder Verhaltensweisen wie ausgewogene Ernährung, regelmässige Bewegung, Nichtrauchen oder massvoller Alkoholgenuß (individuelle Faktoren) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (kollektive Faktoren). Gesundheitsförderung schliesst somit nicht nur die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen durch Empowerment¹²¹ und Partizipation ein, sondern umfasst auch Aktivitäten und Handlungen, die darauf abzielen, die Gesundheitsdeterminanten (siehe unten Bst. h) derart zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken. Diese Aktivitäten und

¹²⁰ Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2007, Bern; 2. überarbeitete Auflage.

¹²¹ Mit Empowerment bezeichnet man Massnahmen und Strategien, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben von Menschen oder Gemeinschaften zu erhöhen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten und zu gestalten.

Handlungen werden jedoch durch den Geltungsbereich des E-PrävG nicht abgedeckt (vgl. Erläuterungen zu Art. 1 Abs. 1 Bst. b).

Buchstabe c definiert den Begriff «Früherkennung». Früherkennungsmassnahmen erlauben die Entdeckung individueller Krankheitsrisiken, Risikokonstellationen oder Krankheiten, von denen die betroffene Person nichts weiss. Für die Durchführung von Früherkennungsmassnahmen in Form von organisierten Programmen auf Bevölkerungsebene (Screening-Programme) müssen klare Kriterien erfüllt sein, damit der potenzielle Nutzen den Schaden überwiegt und der Aufwand und die Kosten vertretbar bleiben: Solche Kriterien können sein die Möglichkeit der Frühbehandlung der entsprechenden Krankheit, die Validität (Zuverlässigkeit) des zur Anwendung gelangenden Verfahrens wie auch die Wirksamkeit und die Effizienz des Programms selbst.

Buchstabe d definiert den Begriff «Krankheit». Darunter fallen alle von der WHO anerkannten medizinisch klassifizierbaren physischen und psychischen Krankheiten. Die Definition lehnt sich eng an die Formulierung in Artikel 3 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000¹²² über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) an. Der Geltungsbereich des E-PrävG umfasst in Übereinstimmung mit Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV jedoch nur die in den *Buchstaben e–g* spezifizierten Krankheiten (vgl. dazu auch Art. 1 Abs. 1 Bst. a und oben Ziff. 2.4.1)¹²³. Zu den übertragbaren Krankheiten gehören namentlich HIV/Aids, Tuberkulose oder die saisonale Grippe. Stark verbreitete Krankheiten sind etwa Herz-Kreislauf-Krankheiten, Depressionen oder Diabetes, zu den bösartigen Krankheiten gehören Krebs, rheumatische Krankheiten oder Schizophrenie.

Buchstabe h enthält eine Definition des Begriffs «Gesundheitsdeterminanten». Aus politischer Sicht betreffen die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten, d.h. die strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheit, sechs Handlungsfelder: a) Soziale Sicherheit und Chancengleichheit, b) Beschäftigung und Arbeitswelt, c) Bildung und Befähigung, d) Lebensraum und natürliche Umwelt, e) Wohnen und Mobilität, f) Lebensmittelsicherheit und Ernährung. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass diese Rahmenbedingungen die Gesundheit des Individuums oder einzelner Personengruppen ebenso beeinflussen wie die biologisch-genetischen Voraussetzungen, der persönliche Lebensstil oder der Zugang zu qualitativ hochstehenden Versorgungseinrichtungen: Personen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status (Bildung, berufliche Position, Einkommen) wie auch Personen in prekären Lebensumständen oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben erhöhte Krankheitsrisiken, eine höhere Krankheitslast und laufen Gefahr, früher zu sterben als Personen anderer Gesellschaftsgruppen. Zudem weisen sie ein riskanteres Gesundheitsverhalten auf. Das Gesundheitswesen selbst hat nur wenig Einfluss auf die oben erwähnten Rahmenbedingungen für Gesundheit. Zur Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten bedarf es daher einer politikbereichsübergreifenden Gesundheitspolitik (siehe auch Art. 2 Abs. 2 Bst. e).

Buchstabe i definiert den Begriff «Programm». Programme sind dann wirksam und effizient, wenn die verschiedenen Massnahmen im Rahmen einer Gesamtkonzeption aufeinander abgestimmt entwickelt und auf übergeordnete Ziele ausgerichtet werden sowie ihre Umsetzung von einer einzigen zuständigen Stelle gesteuert wird. Pro-

¹²² SR 830.1

¹²³ Nach Inkrafttreten der Totalrevision des Epidemiengesetzes vom 18. Dezember 1970 (SR 818.101) ist Buchstabe e entsprechend anzupassen.

gramme sind hinsichtlich Ziel- und Anwendungsbereich, Laufzeit sowie Budget begrenzt (vgl. dazu auch die Erläuterungen zu Art. 6).

3.1.2 **2. Abschnitt: Steuerungs- und Koordinationsinstrumente**

Art. 4 Nationale Ziele

Gemäss der verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung sind in erster Linie die Kantone für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zuständig. Gleichzeitig gilt es heute aber als unbestritten, dass angesichts der zahlreichen öffentlichen und privaten Initiativen und Strategien auch im Bereich der Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten gesundheitspolitische Schwerpunkte gesetzt und die horizontale und vertikale Zusammenarbeit zwischen den Akteuren verstärkt werden müssen, mit dem Ziel, die Wirkung der Massnahmen und die Effizienz des Mitteleinsatzes zu erhöhen. Gemäss dem Auftrag des Bundesrates vom 28. September 2007 (siehe oben Ziff. 1.4.5) soll diese Prioritätensetzung und die damit verbundene Verbesserung der Steuerung und Koordination durch nationale Ziele für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung erreicht werden.

Absatz 1 bringt zum Ausdruck, dass die Federführung für den Zielformulierungsprozess beim Bundesrat liegt. Er wird das EDI (BAG) beauftragen, den Prozess zu initiieren, und als Abschluss des Prozesses die nationalen Ziele per Bundesratsbeschluss formell verabschieden. Die Formulierung und Verabschiedung der nationalen Ziele sind Bestandteile eines zyklischen Prozesses bestehend aus Auftragserteilung, Zielformulierung, Zielverabschiedung, Umsetzung, Überprüfung der Zielerreichung und Berichterstattung. Dieser Zyklus soll sich nach *Absatz 1* alle acht Jahre wiederholen, wobei im Rahmen der regelmässigen Überprüfung des Stands der Zielerreichung (vgl. Art. 20 Abs. 1) sicherzustellen ist, dass die Ziele auch zwischenzeitlich an sich verändernde Bedingungen angepasst werden können. Der Zeitraum von acht Jahren wurde gewählt, weil sich gemäss nationaler und internationaler Erfahrungen die gesundheitlichen Effekte der zur Erreichung der Ziele ergriffenen präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen in der Regel erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zeigen. Zudem bietet ein Zyklus von acht Jahren den Vorteil, dass der Bundesrat die nationalen Ziele inhaltlich und zeitlich mit seiner jeweils vier Jahre dauernden Legislaturplanung koordinieren kann. Die zur Erreichung der nationalen Ziele notwendigen Massnahmen werden im Rahmen der Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie (Art. 5) und der nationalen Programme (Art. 6) konkretisiert und festgelegt.

Aus verfassungsrechtlichen Überlegungen müssen die nationalen Ziele als krankheitsspezifische Ziele formuliert werden. Dabei müssen sie in Übereinstimmung mit der Formulierung in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV übertragbare, stark verbreitete oder bösartige Krankheiten zum Gegenstand haben.

Beispiele für krankheitsspezifische Ziele¹²⁴

Dänemark	The growth rate in the number of people with non-insulin-dependent diabetes should be reduced. (Quelle: Healthy throughout life, 2002–2010)
Deutschland	Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. (Quelle: Gesundheitsziele.de)
Oberösterreich	Bis zum Jahr 2010 sollte die Häufigkeit von Diabetesfolgen wie Amputationen, Blindheit, Nierenversagen, Schwangerschaftskomplikationen und andere Gesundheitsstörungen um 15 % gegenüber dem Jahr 2000 reduziert werden. (Quelle: 10 Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert)
Schweiz	Alkoholkonsum Jugendlicher geht bis zum Jahr 2010 unter das Niveau von 1990 zurück (Quelle: Gesundheitsziele für die Schweiz 2002)
USA	Reduce the number of new cancer cases as well as the illness, disability, and death caused by cancer. (Quelle: Healthy People 2010)

Der partizipativ ausgestaltete Prozess, der rund 18 Monate dauern wird, kann in vier Phasen unterteilt werden:

- *Phase 1:* Ein aus Fachpersonen von Bund, Kantonen, Fachorganisationen und Wissenschaft zusammengesetztes und von EDI und Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gemeinsam eingesetztes Gremium erarbeitet die wissenschaftlichen Grundlagen für die Zielformulierung und erstellt eine erste Version der Ziele.
- *Phase 2:* Die erste Version der Ziele wird in Bund, Kantonen und interessierten Kreisen breit diskutiert. Die Diskussionsergebnisse werden in einem Zwischenbericht zusammengefasst. Anschliessend folgt die politische Diskussion der Ziele mit Mitgliedern parlamentarischer Kommissionen und Entscheidungsträgern aus Politik, Gesellschaft und Wirtschaft. Auf dieser Grundlage entsteht schliesslich die zweite Version der Ziele.
- *Phase 3:* Nach Massgabe von Artikel 10 des Vernehmlassungsgesetzes vom 18. März 2005¹²⁵ (VIG) wird eine schriftliche Anhörung durchgeführt.
- *Phase 4:* In dieser Phase werden die Ziele durch den Bundesrat und durch die Plenarversammlung der GDK verabschiedet. Nichtstaatliche Akteure werden dazu eingeladen, eine Erklärung zu unterzeichnen, wonach sie sich freiwillig zur Umsetzung der Ziele verpflichten.

In Anbetracht der Tatsache, dass vor allem die Kantone Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen durchführen, sind diese eng in die Erarbeitung der nationalen Ziele einzubinden (qualifizierte Mitwirkung). Zu diesem

¹²⁴ Die Ziele sind im jeweiligen Wortlaut angegeben.

Quellen: *Dänemark:* Government of Denmark: Healthy throughout Life – the targets and strategies for public health policy of the Government of Denmark, 2002–2010; September 2002. *Deutschland:* Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung: gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland, 2008. *Oberösterreich:* Institut für Gesundheitsplanung: 10 Gesundheitsziele für Oberösterreich, 2000, aktualisiert 2006. *Schweiz:* Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen: Gesundheitsziele für die Schweiz, 2002. *USA:* U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed., November 2000.

¹²⁵ SR 172.061

Zweck könnte unter anderem der Dialog zwischen Bund und Kantonen zur Nationalen Gesundheitspolitik¹²⁶ als strategische Plattform genutzt werden. Darüber hinaus erachtet der Bundesrat es als zentral, dass die Formulierung der Ziele im Rahmen eines breit abgestützten, partizipativ gestalteten Prozesses stattfindet, um die Legitimität und Umsetzungsfähigkeit der Ziele sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass bei der Zielformulierung sowohl die wissenschaftliche Evidenz wie auch die politische bzw. handlungsorientierte Umsetzbarkeit berücksichtigt werden.

Zu den in *Absatz 2* erwähnten interessierten Kreisen, die in die Erarbeitung der Ziele einbezogen werden, zählen die direkt oder indirekt von den Zielen betroffenen staatlichen und privaten Institutionen und Organisationen. Dazu gehören die zuständigen Kommissionen der Eidgenössischen Räte, die interkantonalen Koordinationsgremien¹²⁷, die Städte und Gemeinden, die medizinischen und nichtmedizinischen Berufs- und Fachorganisationen, die Forschungsorgane (d.h. die Universitäten und Fachhochschulen), die privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen sowie weitere unter anderem auch im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung tätige Fachverbände, die Patientenorganisationen, die Kranken- und Unfallversicherer sowie die Gewerbe- und Wirtschaftsverbände.

Für den Bundesrat und die zuständigen Bundesstellen stellen die nationalen Ziele eine verbindliche Vorgabe für die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Art. 5 Abs. 2) dar. Für die übrigen am Prozess beteiligten Akteure, insbesondere auch für die Kantone, haben die nationalen Ziele primär den Charakter von Richtlinien (zur Bedeutung der nationalen Ziele für die Ausgestaltung von kantonalen Massnahmen und Programmen vgl. Erläuterungen zu Art. 11 Abs. 2). Die politische Verbindlichkeit der Ziele oder vielmehr die Bereitschaft zur Umsetzung der Ziele, soll unter anderem über den partizipativ angelegten Zielformulierungsprozess (vgl. oben) erreicht werden.

Wie in *Absatz 3* ausgeführt, sind als wissenschaftliche Grundlagen für die Zielformulierung neben der kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung im Sinne von Artikel 19 Absatz 1, welche auch die Gesundheitsdeterminanten abdeckt, der Schweizerische Gesundheitsbericht (*Bst. a*; vgl. auch Art. 19), der aktuelle Stand der Wissenschaft (*Bst. b*) sowie Empfehlungen und Richtlinien der internationalen Organisationen (*Bst. c*) zu berücksichtigen. Der Bedarf der unterschiedlichen Personengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, Personen mit Migrationshintergrund) soll auf der Grundlage einer nach soziodemografischen Faktoren differenzierten Gesundheitsberichterstattung, im Rahmen von Forschungsprojekten oder über punktuelle Bevölkerungsbefragungen erhoben werden (*Bst. d*).

Die nationalen Ziele sind in ihrer konkreten Ausgestaltung so zu formulieren, dass sie überprüfbar sind. Das heisst, sie sollten über quantifizierbare Zielgrössen und/oder Indikatoren verfügen. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Bundes-

¹²⁶ Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Bund) vertreten durch das Eidg. Departement des Innern (EDI) zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz vom 15. Dezember 2003.

¹²⁷ Interkantonale Koordinationsgremien sind beispielsweise die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und Erziehungsdirektoren (EDK), der Schweizerische Städteverband (SSV) oder der Schweizerische Gemeindeverband (SGV).

rat und die Kantone den Stand der Zielerreichung regelmässig beurteilen können (vgl. Art. 20 Abs. 1).

Art. 5 Bundesrätliche Strategie

Die bundesrätliche Strategie für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung ist das Instrument des Bundesrates zur Steuerung, Koordination und Umsetzung der nationalen Ziele (vgl. Art. 4).

Nach *Absatz 1* legt der Bundesrat mit der Strategie die Schwerpunkte seiner Politik in Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung fest. Damit unterstützt die bundesrätliche Strategie die gemeinsame inhaltliche Orientierung innerhalb der Bundesverwaltung sowie die Koordination der Aktivitäten der verschiedenen Bundesstellen und der ausserparlamentarischen Kommissionen. Darüber hinaus stellt sie die Abstimmung von Aufgaben und Finanzen sicher (vgl. dazu auch Ziff. 2.5) und fördert die Effizienz des Ressourceneinsatzes. Die bundesrätliche Strategie hat analog zum Zyklus der Legislaturplanung eine Laufdauer von vier Jahren.

Absatz 1 erläutert detailliert, welche Vorgaben in der bundesrätlichen Strategie festgelegt werden. Adressaten der Vorgaben sind sowohl die zuständigen Bundesstellen der Zentralverwaltung als auch das Institut. In Ergänzung zu den in den *Buchstaben a–d* aufgeführten Vorgaben kann der Bundesrat zur Erreichung der nationalen Ziele auch strukturelle Massnahmen vorsehen. Darunter sind z.B. neue gesetzliche Regelungen oder Teilrevisionen bestehender Gesetze zu verstehen. Die Erarbeitung und Umsetzung solcher Massnahmen sowie deren Abstimmung mit der Legislaturplanung nach Artikel 146 des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002¹²⁸ (ParlG) sind Sache der Bundesstellen der Zentralverwaltung. Zudem ist die Koordination und Abstimmung mit den Inhalten der Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesrates¹²⁹ sicherzustellen

Nach *Buchstabe a* legt die bundesrätliche Strategie in Übereinstimmung mit den Corporate-Governance-Leitsätzen des Bundesrates¹³⁰ alle vier Jahre die strategischen Ziele des Instituts fest. Über diese Ziele kann der Bundesrat dem Institut gewisse unternehmens- und aufgabenbezogene Vorgaben machen wie zum Beispiel zur internationalen Zusammenarbeit, zum internen Qualitätsmanagement oder zum Ressourcenmanagement. Die aufgabenbezogenen Vorgaben konkretisieren die im E-PrävG festgelegten Aufgaben. Das Institut wird in die Erarbeitung der Ziele des Bundesrates einbezogen werden.

Gemäss *Buchstabe b* werden in der bundesrätlichen Strategie die Vorgaben für die nationalen Programme nach Artikel 6 festgelegt. D.h. der Bundesrat legt unter Berücksichtigung der nationalen Ziele die Themenbereiche der nationalen Programme fest, welche nach Artikel 6 vom Institut erarbeitet und durchgeführt werden. Zusätzlich kann er weitere Vorgaben formulieren, wie z.B. die besondere Berücksichtigung bestimmter Personengruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, ältere

¹²⁸ SR 171.10

¹²⁹ Die Strategie Nachhaltige Entwicklung dient dem Bundesrat seit 1997 als Grundlage für die Umsetzung des Verfassungsauftrags einer nachhaltigen Entwicklung in der Schweiz. Die aktuelle Strategie enthält neben den Leitlinien der Bundespolitik einen Aktionsplan mit konkreten Zielsetzungen für die Dauer der laufenden Legislaturperiode (2008–2011) einsehbar unter: www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00528/index.html?lang=de.

¹³⁰ BBl 2006 8233

Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen) oder Lebensbereiche (z.B. Schule, Arbeitsplatz).

Nach *Buchstabe c* werden in der bundesrätlichen Strategie diejenigen geplanten oder realisierten Vorhaben aufgeführt, bei denen aufgrund ihrer besonderen Tragweite für die öffentliche Gesundheit eine Gesundheitsfolgenabschätzung nach Artikel 9 durchgeführt werden soll. Als Grundlage für die Auswahl soll u.a. eine Relevanzanalyse dienen, wie sie heute z.B. im Rahmen der Nachhaltigkeitsbeurteilung zur Anwendung gelangt.¹³¹ Sollte während der Laufdauer der bundesrätlichen Strategie ein zusätzliches Vorhaben mit besonderer Tragweite für die Gesundheit der Bevölkerung oder bestimmter Personengruppen lanciert werden, so kann der Bundesrat die Durchführung einer Gesundheitsfolgenabschätzung auch im entsprechenden Bundesratsbeschluss vorsehen.

Nach *Buchstabe d* soll der Bundesrat alle vier Jahre die Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben nach Artikel 12 sowie die Ausrichtung der Finanzhilfen nach Artikel 14 festlegen.¹³² Bei der Verwendung der Präventionsabgaben hat er insbesondere darüber zu entscheiden, welcher Anteil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben für die Finanzierung nationaler Programme nach Artikel 6 verwendet werden darf und welcher Anteil für die Gewährung von Beiträgen an kantonale Programme oder Einzelprojekte einzusetzen ist (vgl. Art. 12). Zudem sind in Übereinstimmung mit Artikel 13 Absatz 2 des Subventionsgesetzes vom 5. Oktober 1990¹³³ (SuG) die Prioritäten festzulegen, die dann zur Anwendung gelangen, wenn die eingereichten Gesuche die zur Verfügung stehenden Mittel übersteigen. Durch geeignete Modalitäten bei der Rechnungslegung des Instituts (siehe Art. 34) ist sicherzustellen, dass die Einhaltung der strategischen Vorgaben des Bundesrates überprüft werden kann. Ausserdem legt die bundesrätliche Strategie den Verteilschlüssel für die Finanzhilfen an national tätige gemeinnützige Organisationen wie z.B. die Gesundheitsligen fest, welche Dienstleistungen für Chronischkranke vor allem in der Primär- und Sekundärprävention erbringen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass keine Subventionskumulationen resultieren.

Schliesslich bestimmt die bundesrätliche Strategie nach *Buchstabe e* die Stossrichtung für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik und der Gesundheitsberichterstattung nach den Artikeln 17 und 19. Statistische Daten zur Gesundheit sowie eine wissenschaftlich fundierte nationale Gesundheitsberichterstattung sind notwendige Bedingungen einer zielorientierten Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungspolitik.

Nach *Absatz 2* stützt der Bundesrat seine Strategie auf die nationalen Ziele ab. Nach *Buchstabe a* sind im Rahmen der Erarbeitung der Strategie auch deren potenzielle Auswirkungen auf Gesellschaft, Wirtschaft, und Umwelt zu analysieren, um unnötige Belastungen für Einzelpersonen, einzelne Personengruppen sowie Unternehmen zu vermeiden.

¹³¹ Vgl. dazu: Bundesamt für Raumentwicklung: Nachhaltigkeitsbeurteilung. Leitfaden für Bundesstellen und weitere Interessierte, Bern, November 2008 – einsehbar unter www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=de.

¹³² Im Rahmen der geplanten Totalrevision des AlkG soll zudem geprüft werden, ob die bundesrätliche Strategie zukünftig auch die Vorgaben für die Gewährung von Beiträgen aus der Alkoholsteuer an gesamtschweizerische oder interkantonale Organisationen und Institutionen für Massnahmen zur Alkoholprävention (im Sinne des heutigen Art. 43a AlkG) enthalten soll.

¹³³ SR 616.1

Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung im Sinne von Artikel 1 weisen auf fachlicher Ebene enge Bezüge zu anderen Präventionsbereichen auf. Zu nennen sind insbesondere die Verhütung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen nach dem UVG¹³⁴, der Gesundheitsschutz nach dem ArG¹³⁵, die Unfallverhütung im Strassenverkehr nach dem SVG¹³⁶ wie auch die Gewaltprävention nach Artikel 386 StGB¹³⁷. Aus diesem Grund ist nach *Buchstabe b* sicherzustellen, dass die bundesrätliche Strategie die Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen der aufgeführten Gesetze berücksichtigt.

Das EDI (BAG) wird den Prozess für die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie führen. Das Institut und weitere betroffene Bundesstellen wirken bei der Erarbeitung mit. Nach *Absatz 3* sind auch die Kantone in einem noch näher zu definierenden Verfahren in die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie einzubeziehen. Vor der Beschlussfassung sind zudem die übrigen direkt oder indirekt von der bundesrätlichen Strategie betroffenen Institutionen und Organisationen anzuhören (siehe auch Art. 4 Abs. 2). Es handelt sich dabei um eine Anhörung nach Artikel 10 VIG¹³⁸.

3.1.3 3. Abschnitt: Massnahmen von Bund und Kantonen

Art. 6 Nationale Programme

Nationale Programme werden vor allem dann zum Einsatz gelangen, wenn komplexe und vielschichtige Themen (z.B. Alkoholprävention, Tabakprävention, Förderung einer ausgewogenen Ernährung und regelmässiger Bewegung, Prävention von psychischen Krankheiten, Prävention und Früherkennung von Krebs) nur durch zusammengefasste und aufeinander abgestimmte Massnahmen erfolgreich angegangen werden können.

Im Zentrum eines nationalen Programms kann nicht nur ein Gesundheitsrisiko oder eine bestimmte Krankheiten stehen, sondern – im Hinblick auf den in Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe c erwähnten Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten – auch eine ausgewählte Zielgruppe (z.B. Personen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen etc.) oder ein bestimmtes «Setting» (Schule, Betrieb, Gemeinde etc.).

In Abhängigkeit von den nationalen Zielen werden nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b die strategischen Vorgaben und damit auch die Themenbereiche der nationalen Programme vom Bundesrat festgelegt (vgl. oben Art. 5). Basierend auf diesen Vorgaben wird das Institut für den jeweiligen Themenbereich die Handlungsfelder und die geplanten Massnahmen des Bundes für die nächsten vier bis acht Jahre (z.B. Kampagnen oder Interventionsmodelle von gesamtschweizerischer Bedeutung; vgl. unten Abs. 2) in Form eines nationalen Programms festzulegen. Durch den Einbezug der Kantone und der interessierten Kreise (vgl. unten Abs. 3) bietet die Erarbeitung der nationalen Programme dem Institut die Möglichkeit, seine Aktivitäten in einem bestimmten Themenbereich mit denjenigen der übrigen staatlichen und privaten

¹³⁴ SR 832.20

¹³⁵ SR 822.11

¹³⁶ SR 741.01

¹³⁷ SR 311.0

¹³⁸ SR 172.061

Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene abzustimmen und zu koordinieren. Zudem dienen nationale Programme auch allen übrigen Akteuren als Grundlage für die Planung und Umsetzung der eigenen Massnahmen.

Nach *Absatz 2* zählen zu den Massnahmen, die im Rahmen eines nationalen Programms umgesetzt werden sollen, Kampagnen (vgl. Art. 7 Abs. 3) sowie die Entwicklung neuer Interventionsmodelle. In Ergänzung dazu können auch Initiativen lanciert werden, welche die Absicht haben, gewinnorientierte Unternehmen sowie weitere öffentliche oder private Institutionen zusammenzubringen, mit dem Ziel, gemeinsam über Veränderungen des Lebensumfeldes und der physischen und sozialen Rahmenbedingungen die Menschen zu ermuntern, sich freiwillig und bewusst für einen gesunden Lebensstil zu entscheiden. Solche Massnahmen können dazu beitragen, dass alle Menschen selbstverständlich ein der Gesundheit zuträgliches Verhalten wählen.

Zuständig für die Planung und die Umsetzung der nationalen Programme ist das Institut. Nach *Absatz 3* zieht das Institut die zuständigen Bundesstellen, die Kantone und weitere interessierte Kreise, wie z.B. Städte, Gemeinden, private Präventions- und Gesundheitsorganisationen und – wo sinnvoll – auch betroffene Wirtschafts- und Branchenverbände, in die Erarbeitung der nationalen Programme mit ein. Zudem sind in Analogie zu Artikel 5 Absatz 2 auch die nationalen Programme in der Erarbeitungsphase auf ihre möglichen Auswirkungen auf Gesellschaft, Wirtschaft und Umwelt hin zu überprüfen und mit den Aktivitäten nach anderen Gesetzen abzustimmen. Und nicht zuletzt hat das Institut den Auftrag, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der nationalen Programme zu evaluieren (vgl. Art. 20 Abs. 3).

Art. 7 Information

Informationen über mögliche Gesundheitsrisiken und über gesundheitsförderndes Verhalten sind eine Grundvoraussetzung für situationsgerechtes Verhalten der und des Einzelnen und damit ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Prävention, Gesundheitsförderung oder Früherkennung. Der Gesamtbevölkerung sollen adäquate Informationen, Handlungsoptionen sowie Entscheidungsgrundlagen im Sinne der Förderung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung zur Verfügung gestellt werden. Die Informationen des Bundes können sich aber auch an Fachleute des Gesundheitswesens und anderer Bereiche, an Behörden (auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs) sowie an die Wirtschaft richten. Dabei sind die Informationen zielgruppenspezifisch auszugestalten (*Abs. 1*).

Staatliche Informationen haben sich an den allgemeinen Verwaltungsgrundsätzen zu orientieren, namentlich sind die Behörden gehalten, verständlich, sachlich, transparent und verhältnismässig zu informieren. Insbesondere darf die Informationstätigkeit nicht für sachfremde Zwecke eingesetzt werden, etwa zu propagandistischen Zwecken.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass bewusst auf eine abschliessende Regelung der bundesseitigen Zuständigkeit für die Information der Bevölkerung verzichtet wird. Artikel 7 E-PrävG soll somit nicht nur vom Institut oder vom BAG, sondern auch von weiteren Bundesstellen wie dem BASPO, dem SECO oder dem Bundesamt für Umwelt (BAFU) als gesetzliche Grundlage für ihre Informationstätigkeit zu Aspekten der Krankheitsverhütung, die in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich fallen, beigezogen werden können. Es darf jedoch davon ausgegangen werden, dass mit Ausnahme von gesundheitspolizeilichen und gesund-

heitspolitischen Informationsaktivitäten mit spezifischer gesetzlicher Grundlage die Informationstätigkeit in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in erster Linie durch das Institut erfolgen wird.

Als Mittel der Information fallen in Betracht: Medienmitteilungen und -konferenzen, Bereithalten bzw. Abgeben von Aufklärungsmaterial, Informationen im Internet (Gesundheitsportal) oder über eine Hotline und eigentliche Informationskampagnen (siehe Abs. 3).

Empfehlungen der Behörden enthalten Verhaltensanweisungen, die sich an die Gesamtbevölkerung, Personengruppen oder an bestimmte Adressatinnen und Adressaten wie Fachleute des Gesundheitsbereichs oder anderer Bereiche richten (*Abs. 2*). Obwohl staatliche Empfehlungen rechtlich nicht verbindlich sind, können sie rechtliche Wirkungen entfalten: Empfehlungen können bei Privaten zu einem (finanziellen) Schaden führen und damit allenfalls eine Haftung des Staates auslösen.¹³⁹ Die Zulässigkeitsvoraussetzungen von Empfehlungen ergeben sich aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit, der (potenzielle) Grundrechtseingriffe auf das jeweils erforderliche und zumutbare Mass beschränkt.

Der Staat braucht sich bei der Herausgabe von Empfehlungen nicht auf die Mitteilung von Tatsachen zu beschränken. Vielmehr kann er aus den mitgeteilten Tatsachen im Interesse einer wirksamen Verhaltenslenkung der Öffentlichkeit auch selbst wertende Schlussfolgerungen ziehen. Die staatlichen Meinungsäusserungen unterstehen jedoch generell dem Gebot der Sachlichkeit.

Die Durchführung massenmedialer Kampagnen zur Sensibilisierung der Bevölkerung für bestimmte Gesundheitsrisiken oder gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, zur Verhaltenslenkung oder zur Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen ist ein weiteres wichtiges Instrument der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten des Bundes (*Abs. 3*). Massenmediale Kampagnen sind nicht als losgelöste Einzelmassnahmen, sondern primär im Rahmen von nationalen Programmen (vgl. Art. 6) durchzuführen, und zwar vom Institut.

Um eine kohärente Information und ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, hält *Absatz 4* fest, dass die zuständigen Bundesstellen ihre Informationstätigkeit sowohl untereinander als auch mit derjenigen der Kantone koordinieren. Gleichzeitig ist auf der Grundlage von Artikel 7 auch eine Koordination mit Informationstätigkeiten nach anderen Gesetzen (z.B. Massnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums im Strassenverkehr) anzustreben.

Art. 8 Unterstützungsmassnahmen

In Ergänzung zur Durchführung eigener Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen im Rahmen von nationalen Programmen (vgl. oben Art. 6) soll das Institut nach *Absatz 1* die Kantone, private Präventions- und Gesundheitsorganisationen, medizinische und nicht medizinische Fachorganisationen wie auch Leistungserbringer nach KVG und deren Dachverbände bei der Planung und Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen fachlich und methodologisch unterstützen. Dabei dürften wohl schergewichtig diejenigen Einzelprojekte und kantonalen Programme von der

¹³⁹ BGE 116 II 480 ff. (Tschernobyl), 118 Ib 473 ff. (Vacherin Mont d'Or).

Unterstützung durch das Institut profitieren, die inhaltlich so ausgerichtet sind, dass sie einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele leisten.

Die fachlichen und methodologischen Dienstleistungen des Instituts (Unterstützungsmassnahmen) werden durch die in den Artikeln 15 und 16 aufgeführten Förderungsbestrebungen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung ergänzt. Alle diese Aktivitäten zielen – im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe f – darauf ab, die Qualität und die Wirksamkeit der Massnahmen und Aktivitäten auf allen Ebenen sicherzustellen.

Gemäss *Absatz 2 Buchstaben a–e* wird das Institut insbesondere Aufgaben in den Bereichen Dokumentation, Wissensmanagement und Informationsaufbereitung, Wirkungsmanagement, Qualitätssicherung, Entwicklung neuer Interventionsmodelle sowie Koordination und Netzwerkarbeit erbringen.

Buchstabe a betont, dass das Institut als nationales Kompetenzzentrum in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung die wissenschaftlichen Entwicklungen sammelt und dokumentiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Verfügung stellt. In enger Zusammenarbeit mit seinen Partnern wird es über die Weitergabe von Informationen und Kenntnissen einen entscheidenden Beitrag zur Festigung und Verankerung von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung im Schweizerischen Gesundheitssystem leisten. Dazu gehört auch die von der Wissenschaft weniger häufig geleistete Aufarbeitung und Weitergabe von verfügbarem Praxiswissen. Wertvolles Praxiswissen findet sich beispielsweise in anerkannten Interventionsmodellen (Best-Practice-Modelle). Mit dem Ziel, die Wirksamkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen bei gleichzeitiger Optimierung des Kosten-Nutzen-Verhältnis zu steigern, soll das Institut Best-Practice-Modelle dokumentieren und deren Verbreitung fördern. Die Verbreitung anerkannter Interventionsmodelle wird insbesondere bei Gesundheitsrisiken angezeigt sein, bei denen die Präventionsarbeit in der Schweiz noch am Anfang steht wie unausgewogene Ernährung, Bewegungsmangel oder psychische Krankheiten. Gleichzeitig soll es im Bereich der Früherkennung einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der wissenschaftlichen Beurteilung von individuellen aber auch von bevölkerungsbezogenen Früherkennungsmassnahmen (Screenings) leisten.

Das Institut muss nicht selber im Besitz aller erforderlichen spezifischen Kompetenzen sein und kann wenn nötig die entsprechenden Expertinnen und Experten beiziehen, um flexibel und effizient zu handeln (vgl. dazu auch Art. 23 Abs. 2).

Mit seinen Aktivitäten auf dem Gebiet der Information und Dokumentation ergänzt das Institut dank seines bereichsübergreifenden Ansatzes bereits bestehende, aber auf ausgewählte Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung spezialisierte Dokumentationszentren wie die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), die auf Sucht und stationäre Therapie ausgerichtete Infodrog oder die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Es kann dabei auf die Forschungsaktivitäten der universitären Institute für Sozial- und Präventivmedizin, der Fachhochschulen sowie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) zurückgreifen. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit diesen und weiteren Organisationen und Institutionen ist in Artikel 23 geregelt.

Jedes Einzelprojekt oder kantonale Programm, welches ganz oder teilweise mit Beiträgen aus den Präventionsabgaben finanziert wurde, muss eine Wirksamkeitsüberprüfung (Evaluation) durchführen (vgl. Art. 13 Abs. 1 Bst. d). Diese Projekt- oder Programmevaluationen sind der beitragsgewährenden Stelle, also dem Institut,

zuzustellen. Nach *Buchstabe b* ist es Aufgabe des Instituts, durch die Erarbeitung und Publikation von wissenschaftlichen Synthesen die Valorisierung der Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung der Einzelprojekte und kantonalen Programme im Sinne eines umfassenden Wirkungsmanagements¹⁴⁰ zu stärken und aktiv zu begleiten. Dazu werden die Wirksamkeitsüberprüfungen der geförderten Einzelprojekte und Programme systematisch und wissenschaftlich aufgearbeitet und z.B. zielgruppen-, setting- oder massnahmenspezifisch synthetisiert und allgemein gültige praxisbezogene «lessons learned» formuliert. Die Ergebnisse der Evaluationsstudien werden allgemein zugänglich und die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Aufarbeitung bei den Kantonen, den privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen sowie weiteren potenziellen Beitragsempfängerinnen und -empfänger bekannt gemacht.

Um sicherzustellen, dass Programme, Projekte und Massnahmen eine hohe Wirkung entfalten und effizient umgesetzt werden, soll das Institut nach *Buchstabe c* methodologische Grundlagen und Instrumente, insbesondere Qualitätsstandards erarbeiten. Unter solche Qualitätsstandards fallen zum Beispiel die Berücksichtigung des Gender-Mainstreaming¹⁴¹ oder die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Massnahmen. Aber auch die Konzipierung und Umsetzung von Projekten nach dem «Quintessenz»-Modell¹⁴², die «Selbstevaluation» von Projekten oder die Einhaltung der so genannten SEVAL-Standards (Qualitätsanforderungen an die Evaluation)¹⁴³ zählen zu den Elementen in der Qualitätssicherung, die das Institut zur Verfügung stellen wird.

Zusätzlich zu den Qualitätsstandards für Programme, Projekte und Massnahmen soll das Institut nach *Buchstabe d* auch Qualitätsstandards für die Aus- und Weiterbildung der im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätigen Fachpersonen entwickeln können. Dabei sind die entsprechenden Spezialgesetze des Bundes, namentlich das Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG)¹⁴⁴, das Berufsbildungsgesetz vom 13. Dezember 2002 (BBG)¹⁴⁵, das Fachhochschulgesetz vom 6. Oktober 1995 (FHSG)¹⁴⁶ und das Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999 (UFG)¹⁴⁷ zu berücksichtigen.

Nach *Buchstabe e* soll das Institut in Zusammenarbeit mit Universitäten, Fachhochschulen, medizinischen und nichtmedizinischen Fachverbänden sowie weiteren Organisationen aus Wissenschaft, Forschung und Praxis neue Interventionsmodelle in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung entwickeln und deren gesamtschweizerische Verbreitung mit geeigneten Massnahmen fördern.

Nach *Buchstabe f* soll das Institut auch die Zusammenarbeit der Kantone sowie der übrigen Akteure (Leistungserbringer, private Organisationen, Wirtschaftsverbände

¹⁴⁰ Wirkungsmanagement meint, dass gezielt Informationen über Wirkungen und Nutzen der eigenen Tätigkeit oder von Projekten generiert und systematisiert werden, um auf diese Weise mehr Wirkung und mehr Nutzen zu erzielen. Ein integriertes Wirkungsmanagement umfasst Projektplanung, Abwicklung von Projektgesuchen, Management von Qualität und Nachhaltigkeit, Controlling, Projektevaluationen, Benchmarking sowie die Evaluation von Wirkungen allgemein.

¹⁴¹ Vgl. oben Fussnote 118.

¹⁴² Vgl. dazu www.quint-essenz.ch/de/.

¹⁴³ vgl. dazu www.seval.ch/de/standards/index.cfm.

¹⁴⁴ SR **811.11**

¹⁴⁵ SR **412.10**

¹⁴⁶ SR **414.71**

¹⁴⁷ SR **414.20**

etc.) fördern und die Koordination der Aktivitäten unterstützen. Dies betont die Rolle des Instituts als zentrale Ansprechstelle und Drehscheibe in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Dabei kann und soll das Institut einerseits auf bestehende Netzwerke wie beispielsweise «hepa.ch» oder «nutrinet» zurückgreifen und andererseits bei Bedarf neue Netzwerke initiieren. Themenspezifische Netzwerke sind für die Verbreitung wissenschaftlicher Grundlagen, den Erfahrungsaustausch sowie die Kommunikation und Vernetzung innerhalb der Mitgliederorganisationen und weiterer Akteure von grosser Bedeutung. Alternativ können auch Plattformen eingerichtet werden. Plattformen haben zum Ziel, den Informations- und Erfahrungsaustausch innerhalb der Kantone und zwischen Bund und Kantonen zu fördern. Zudem werden dazu auch private Präventions- und Gesundheitsorganisationen, die im entsprechenden Bereich tätig sind, eingeladen.¹⁴⁸ In Ergänzung zu den oben erwähnten Anstrengungen des Instituts, die Koordination zwischen den in der Umsetzung tätigen Akteuren zu fördern, tragen national tätige Fach- und Dachorganisation wie Public Health Schweiz¹⁴⁹ zu einer Vernetzung der wissenschaftlichen Akteure bei und fördern den fachlichen Austausch und können in diesen Bemühungen vom Institut ebenfalls unterstützt werden.

Art. 9 Gesundheitsfolgenabschätzung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zielt darauf ab, im Rahmen der Planungs- und Entscheidungsprozesse mögliche positive und negative Gesundheitsauswirkungen von politischen Vorhaben in Politikbereichen ausserhalb des Sektors Gesundheit prospektiv abzuschätzen. Die GFA wurde in den 1970er-Jahren von der WHO aus der Erkenntnis heraus gefordert und gefördert, dass Gesundheit nicht alleine aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems wie Qualität und Zugang zu medizinischen Leistungen, aus den biologisch-genetischen Voraussetzungen und aus dem persönlichen Lebensstil resultiert. Wesentlich für Gesundheit und Wohlbefinden einer Bevölkerung oder einzelner Personengruppen sind gemäss der WHO Lebensbedingungen wie Frieden, sozialer Status, Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Wohnen, Umwelt und Nahrung, d.h. Gesundheitsdeterminanten, die ausserhalb des Politikbereichs Gesundheit liegen (siehe auch Erläuterung zu Art. 3 Bst. h).

Nach *Artikel 9* legt der Bundesrat in der bundesrätlichen Strategie fest, bei welchen geplanten oder realisierten Vorgaben von besonderer Tragweite er eine GFA durchführen lassen will (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 5 Abs. 1 Bst. c). Dabei ist der Begriff Vorhaben in einem weiten Sinn zu verstehen. Er umfasst nicht nur rechtsetzende Massnahmen auf Gesetzes- oder Verordnungsstufe, sondern beispielsweise auch Strategien und Programme oder weitere Geschäfte und Beschlüsse des Bundesrates. Im Gegensatz zur Regulierungsfolgenabschätzung (RFA), welche auf der Grundlage von Artikel 141 Absatz 2 Buchstabe g des ParlG¹⁵⁰ und der Richtlinien des Bundesrates vom 15. September 1999¹⁵¹ für die Darstellung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen von Vorlagen des Bundes für jeden Erlassentwurf durchzuführen ist, entscheidet der Bundesrat bei der GFA im Einzelfall. Diese unterschiedliche Vorgehensweise ergibt sich aus der Tatsache, dass die GFA als strategisches Instrument des Bundesrates zur Förderung einer gesundheitsverträglichen Gesamtpolitik

¹⁴⁸ Vgl. z.B. Kantonale Alkoholaktionspläne:
www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/00598/01163/index.html?lang=de.

¹⁴⁹ Weitere Informationen unter www.public-health.ch.

¹⁵⁰ SR 171.10

¹⁵¹ BBl 2000 1038

eingesetzt wird und in diesem Sinne ausschliesslich bei Vorlagen von besonderer Tragweite zur Anwendung gelangen soll. Mit der GFA sollen die Entscheidungsträger ausserhalb des Sektors Gesundheit für gesundheitliche Belange sensibilisiert werden. Ausserdem soll die GFA zu einem möglichst transparenten Entscheidungsprozess unter Offenlegung allfälliger Interessenskonflikte beitragen. Deshalb ist vorzusehen, dass bei geplanten Vorhaben die für das Vorhaben federführende Bundesstelle die GFA in einer möglichst frühen Phase der Politikformulierung durchführt.

Verantwortlich für die Durchführung einer GFA ist diejenige Bundesstelle, welche die von der GFA betroffene Vorlage federführend bearbeitet. Sie erhält dabei vom Institut die notwendige methodologische und fachliche Unterstützung. Je nach Vorlage und Umfang der Folgenabschätzung können weitere Bundesstellen, insbesondere das SECO für die volkswirtschaftlichen Auswirkungen und das Bundesamt für Raumplanung für die Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit, zur fachlichen Begleitung beigezogen werden.

In Ergänzung zur prospektiven GFA, welche bei geplanten Vorhaben zur Anwendung gelangt, kann bei realisierten Vorhaben auch eine GFA im Sinne einer retrospektiven Evaluation der tatsächlich eingetroffenen Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Personengruppen durchgeführt werden.

Art. 10 Koordination mit anderen Gesetzen

Wie in den Erläuterungen zu Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b erwähnt, weisen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung im Bereich der Krankheitsverhütung auf fachlicher Ebene enge Bezüge zu anderen Präventionsbereichen auf. So besteht z.B. ein enger Zusammenhang zwischen der allgemeinen Alkoholprävention und der Prävention von alkoholbedingten Verkehrsunfällen. Ähnliche Bezüge bestehen zwischen der Bewegungsförderung und der Prävention von Sportunfällen oder auch zwischen der Prävention und Früherkennung von psychischen Krankheiten und dem Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Damit bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen im Bereich der Krankheitsverhütung eine ausreichende Abstimmung mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen ausserhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes angestrebt wird, sollen die zuständigen Bundesstellen verpflichtet werden, die Umsetzung des E-PrävG mit den ähnlich gelagerten Bestrebungen der in Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b namentlich aufgeführten Gesetze zu koordinieren.

Art. 11 Massnahmen in den Kantonen

Nach *Absatz 1* sind primär die Kantone für die Durchführung von Massnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung im Bereich der übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten zuständig (zur Aufgabenteilung Bund – Kantone vgl. oben Ziff. 2.4.3). Aufgrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung sind die Kantone in der inhaltlichen Ausrichtung ihrer Massnahmen aber nicht an die Vorgaben von Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV gebunden. D.h. sie können sowohl Massnahmen zur Prävention und Früherkennung von Krankheiten ergreifen, die weder übertragbar, stark verbreitet noch bösartig sind, als auch die Gesundheitsförderung in einem umfassenden Sinne (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 1 Abs. 1 Bst. b) betreiben.

Zur besseren Koordination der Massnahmen von Bund und Kantonen im Bereich der Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten sollen die Kantone nach *Absatz 2* einerseits insbesondere Massnahmen fördern, die auf die nationalen Ziele ausgerichtet sind. Dabei können sie aufgrund spezifischer kantonaler, regionaler oder lokaler Gegebenheiten (z.B. Kumulation von Gesundheitsbelastungen in urbanen Zentren) auch eine weitergehende thematische Fokussierung vornehmen. Andererseits sollen sie dafür sorgen, dass die Koordination und Vernetzung der Massnahmen innerhalb des eigenen Kantons (z.B. im Rahmen eines kantonalen Programms) wie auch mit anderen Kantonen sichergestellt ist (z.B. in Form von interkantonalen Programmen). Zusätzlich haben sie im Sinne von Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe e darauf zu achten, dass auch auf kantonaler Ebene alle betroffenen Politikbereiche in die Planung und Umsetzung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen einbezogen werden.

Dazu erhalten sie vom Institut methodologische und fachliche Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung der Massnahmen (vgl. oben Art. 8). Die finanzielle Unterstützung erfolgt nach Massgabe der bundesrätlichen Strategie durch Beiträge aus den Präventionsabgaben an kantonale Programme (Art. 5 Abs. 1 Bst. d und Art. 12 Abs. 3 Bst. b). Bereits heute verfügen alle Kantone über mehr oder weniger gut entwickelte Strukturen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung.

Nach *Absatz 3* sorgen die Kantone dafür, dass die Bevölkerung Zugang zu zielgruppenspezifischen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsangeboten hat. Dabei sind neben Stellen und Angeboten, die den spezifischen kantonalen Bedürfnissen Rechnung tragen (z.B. sprachlicher, sozio-ökonomischer, politischer Art) auch Angebote zu schaffen, die der gesellschaftlichen Diversität (Migrationshintergrund, Gender, Behinderung, sozio-ökonomischer Status) besondere Beachtung schenken. Zudem ist darauf zu achten, dass die Angebote den je nach Lebensabschnitt unterschiedlichen Gesundheitsaspekten gerecht werden, d.h., dass z.B. neben Mütter- und Väterberatungsstellen sowie Elternbildungsangeboten – als Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Frühbereich wie auch zur Förderung der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens von Eltern – auch spezifische Anlaufstellen für Jugendliche sowie für ältere Menschen geschaffen werden (*Bst. a*).

Zusätzlich haben die Kantone den Schülerinnen und Schülern möglichst während der gesamten Schulzeit, d.h. auch während der Berufsausbildung, Zugang zu Schulgesundheitsdiensten zu ermöglichen. Im Zentrum der Dienstleistungen des Schulgesundheitsdienstes stehen die physische und psychische Gesundheit sowie das soziale Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen. So sollten Schulgesundheitsdienste neben der Überprüfung des Impfstatus und der Durchführung von Impfprogrammen auch das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Zahngesundheit sowie psychische Risikokonstellationen beurteilen.

Damit Schülerinnen und Schüler gesundheitsfördernde Verhaltensmuster und Lebenskompetenzen erwerben können und lernen, gesundheitliche Gefahrenpotenziale zu erkennen, sollten Gesundheitsthemen während der gesamten Schulzeit Gegenstand des Lernzielkatalogs sein und damit zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz beitragen (*Abs. 3*).

In Ergänzung zu den in Absatz 3 festgehaltenen konkreten Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsangeboten haben die Kantone nach *Absatz 4*

auch Bestrebungen zu fördern, die der Aufklärung und Information der Bevölkerung über Gesundheitsrisiken sowie über Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und lebensrettende Massnahmen dienen. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz und stärken langfristig die gesundheitliche Chancengleichheit ihrer Bevölkerung.

Die Kantone haben dafür zu sorgen, dass diejenigen Einrichtungen vorhanden sind, die für die Umsetzung der in den Absätzen 3 und 4 aufgeführten Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen notwendig sind. Sie können auch Organisationen oder Personen des öffentlichen oder privaten Rechts, die entsprechende Aufgaben wahrnehmen, finanziell unterstützen. Die Finanzierung dieser Einrichtungen hat durch die Kantone zu erfolgen (vgl. dazu oben Ziff. 2.4.5). Zudem wäre es wünschenswert, wenn die heute in jedem Kanton als «Beauftragte oder Beauftragter für Gesundheitsförderung» bezeichnete Person als fachliche Ansprechperson für das Institut und die zuständigen Bundesstellen für Fragen im Zusammenhang mit der Prävention und Früherkennung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten zur Verfügung stehen könnte.

3.2 2. Kapitel: Beiträge, Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen

3.2.1 1. Abschnitt: Programm- und Projektbeiträge

Nach geltendem Recht werden die Einnahmen aus den Präventionsabgaben wie folgt verwaltet: Der nach Artikel 20 KVG erhobene KVG-Prämienzuschlag wird von der privatrechtlichen Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» im Sinne von Artikel 19 Absatz 1 KVG für die Anregung, Koordination und Evaluation von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten eingesetzt, während die Tabakpräventionsabgabe nach Artikel 3 TPFV¹⁵² durch den TPF, eine Fachstelle im BAG, verwaltet wird.

Neu sieht der E-PrävG vor, dass die Einnahmen aus den Präventionsabgaben (KVG-Prämienzuschlag und Tabakpräventionsabgabe) direkt dem Institut zufließen. Soweit die Einnahmen für Beiträge an kantonale Programme oder Einzelprojekte von Kantonen oder privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen geleistet werden, handelt es sich um die Erteilung von Subventionen und damit um eine Ministerialaufgabe, die gemäss den Corporate-Governance-Leitsätzen des Bundesrates¹⁵³ grundsätzlich nur von Einheiten der Zentralverwaltung erbracht werden sollten. Die Übertragung dieser Aufgabe an das Institut ermöglicht aber einerseits einen von den allgemeinen Bundesmitteln getrennten Einsatz der Präventionsabgaben, welcher sowohl die spezifische Form der Erhebung wie auch die zweckgebundene Verwendung der Mittel entsprechend berücksichtigt. Andererseits können aufgrund der Tatsache, dass das Institut sowohl die fachlichen Unterstützungsleistungen (vgl. dazu Art. 8) erbringt als auch die Präventionsabgaben verwaltet, optimale Synergieeffekte zwischen fachlicher und finanzieller Unterstützung der Kantone und der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen und eine wirkungsvolle Qualitätssicherung bei der Beitragsverwendung erzielt werden. Und

¹⁵² SR **641.316**

¹⁵³ BBl **2006** 8233

nicht zuletzt kann so die finanzielle Unterstützung von kantonalen Programmen wie auch von Einzelprojekten Dritter auf die inhaltliche Ausrichtung der vom Institut durchgeführten nationalen Programme abgestimmt werden.

Die neue Regelung der Finanzflüsse beim KVG-Prämienzuschlag und bei der Tabakpräventionsabgabe bedingt auch eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG¹⁵⁴ und im TStG¹⁵⁵ (vgl. Erläuterungen zu Art. 41). Als Konsequenz werden die Mittel des TPF dem Institut übertragen werden (vgl. Art. 42 Abs. 2).

Bezüglich der Konsequenzen des E-PrävG auf die heutige Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» vgl. oben Ziff. 2.4.4.

Art. 12 Zweckbindung und Verwendung der Präventionsabgaben

Absatz 1 regelt die Zweckbindung des KVG-Prämienzuschlags. Gemäss der «Stellungnahme des Bundesamtes für Justiz vom 16. Dezember 2008 zur Verfassungsmässigkeit der Präventionsabgabe im Bereich der Krankheitsverhütung (Art. 20 Krankenversicherungsgesetz)»¹⁵⁶ muss bei der Verwendung des KVG-Prämienzuschlags zur Finanzierung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen das Prinzip der Gruppenäquivalenz berücksichtigt werden. D.h. es muss ein genügend enger Zurechnungszusammenhang zwischen dem Kreis der obligatorisch krankenversicherten Personen als Abgabepflichtigen und dem Kreis der Personen, denen die Abgabeverwendung zugute kommt, gegeben sein. Eine qualifizierte Gruppenäquivalenz kann, wie in Absatz 1 formuliert, nur dann bejaht werden, wenn die Krankheitsverhütung zu einer Schadenminderung führt und damit versicherungsrelevant ist, also wenn die entsprechenden Massnahmen geeignet sind, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu deckenden Kosten zu mindern.

In Analogie präzisiert *Absatz 2* die Zweckbindung der Tabakpräventionsabgabe. Diese darf ebenfalls aufgrund des Gruppenäquivalenzprinzips – wie bis anhin – nur für Massnahmen eingesetzt werden, die einen Beitrag zur Reduktion des Tabakkonsums oder von dessen gesundheitsschädigenden Folgen (inkl. Schutz vor Passivrauch) leisten.

Absatz 3 regelt die Verwendung der Präventionsabgaben. Diese können entweder für die Finanzierung nationaler Programme nach Artikel 6 (*Bst. a*)¹⁵⁷, die Gewährung von Beiträgen an kantonale Programme – inklusive kantonale Programme nach den Artikeln 26 und 33 Absatz 2^{bis} KVG¹⁵⁸ sowie interkantonale Programme, die von mehreren Kantonen gemeinsam getragen werden, – (*Bst. b*) oder an Einzelprojekte von Bund, Kantonen oder Dritten (*Bst. c*) verwendet werden, wobei die Einzelheiten der Beitragsgewährung in Artikel 13 festgehalten werden. In Ergänzung zu den gesetzlichen Vorgaben ist auf Verordnungsstufe vorzusehen, dass gesetzgeberische Aktivitäten von Bund und Kantonen wie auch Massnahmen zum Vollzug von Bundes- oder Kantonsrecht nicht aus den Präventionsabgaben finanziert werden dürfen,

¹⁵⁴ SR 832.10

¹⁵⁵ SR 641.31

¹⁵⁶ Einsehbar unter: www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹⁵⁷ Im Rahmen der geplanten Totalrevision des AlkG soll geprüft werden, ob und wie weit es sinnvoll ist, zukünftig ein Teil der Einnahmen aus der Alkoholsteuer zweckgebunden für die Finanzierung eines allfälligen nationalen Alkoholpräventionsprogramms des Instituts einzusetzen.

¹⁵⁸ SR 832.10; vgl. dazu auch Fussnote 81.

da es sich hier um hoheitliche Aufgaben handelt, die aus den Staatshaushalten zu finanzieren sind.

Die Schwerpunkte der Mittelverwendung werden, wie in Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe d festgehalten, durch den Bundesrat festgelegt. Er hat dabei insbesondere festzulegen, welcher Anteil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben für die Finanzierung nationaler Programme nach Artikel 6, die das Institut nach Massgabe der strategischen Vorgaben des Bundesrates erarbeitet und umsetzt, verwendet werden darf und welcher Anteil für die Gewährung von Beiträgen an kantonale Programme (vgl. oben Abs. 3 Bst. b) einzusetzen ist. Durch geeignete Modalitäten bei der Rechnungslegung des Instituts (siehe Art. 34) ist sicherzustellen, dass die Einhaltung der strategischen Vorgaben des Bundesrates überprüft werden kann.

Art. 13 Voraussetzungen

Die Gewährung von Beiträgen durch das Institut wird von materiellen Voraussetzungen abhängig gemacht, die ein kantonales Programm oder ein Einzelprojekt kumulativ erfüllen muss. Die in *Absatz 1* abschliessend aufgeführten vier Voraussetzungen sollen sicherstellen, dass die unterstützten Programme und Einzelprojekte sowohl zur Umsetzung der nationalen Ziele beitragen wie auch den anerkannten Qualitätsstandards (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 8 Bst. b) entsprechen und systematisch evaluiert werden. Dabei sollen die Evaluationsstudien sowohl *summative*¹⁵⁹ wie auch *formative*¹⁶⁰ Elemente enthalten, deren Resultate und Empfehlungen zur Optimierung der Umsetzung wie auch für die Planung zukünftiger Programme und Einzelprojekte benutzt werden können (vgl. dazu auch die Ausführungen zu dem durch das Institut betriebenen Wirkungsmanagement in Art. 8 Abs. 2 Bst. b). Damit die Entwicklung innovativer Interventionsmodelle und -projekte nicht verunmöglicht wird, muss die Wirksamkeit eines Projektes nicht zwingend mit wissenschaftlichen Studien belegt werden können, sondern kann auch auf der Grundlage wissenschaftlich belegter Wirkungszusammenhänge theoretisch hergeleitet werden.

In Analogie zur heutigen Praxis des TPF ist es vorstellbar, dass das Institut aufgrund der strategischen Vorgaben des Bundesrates für einzelne Themenbereiche weitergehende Investitionsstrategien ausarbeitet, die es ihm ermöglichen, die eingehenden Gesuche effizient zu bearbeiten. Übersteigt die Anzahl Gesuche die zur Verfügung stehenden Finanzmittel, so gelangen in Übereinstimmung mit Artikel 13 Absatz 2 SuG¹⁶¹ die in der bundesrätlichen Strategie formulierten Vorgaben für die Prioritätensetzung zur Anwendung (vgl. Erläuterungen zu Art. 5 Abs. 1 Bst. d).

Nach *Absatz 2* sind Programmvereinbarungen als Voraussetzung für die Globalbeiträge an kantonale Programme vorgesehen. Dabei handelt es sich um Programmvereinbarungen im Sinne von Artikel 20a SuG. Zudem soll im Rahmen der geplanten Totalrevision des AlkG geprüft werden, wie weit die Berichterstattung der Kantone

¹⁵⁹ Mit *summativ* werden rückblickende, bilanzierende Evaluationen von Massnahmen gegen Ende oder nach Abschluss derselbigen bezeichnet.

¹⁶⁰ *Formativ* werden Evaluationen dann genannt, wenn sie während der Implementierung eines Projektes oder Programms durchgeführt werden, um durch regelmässiges Feedback an die Projekt- oder Programmverantwortlichen den Projekt- bzw. Programmverlauf (Relevanz und Effizienz der gewählten Massnahmen und ihres Vollzugs) und die Wirksamkeit des evaluierten Projektes bzw. Programms zu verbessern.

¹⁶¹ SR 616.1

über die Verwendung des Alkoholzehntels zukünftig auch zuhanden des Instituts erfolgen soll. Zudem ist zu prüfen, ob die Kantone aufgefordert werden sollen, Richtlinien zu erarbeiten, in denen eine einheitliche Verwendung des Alkoholzehntels geregelt wird. Damit soll eine koordinierte und aufeinander abgestimmte Verwendung der verschiedenen Finanzquellen (kantonale Budgets, Alkoholzehntel, Präventionsabgaben) durch die Kantone gefördert werden. Auch bei Erfüllung aller Voraussetzungen nach Absatz 1 besteht weder für die Kantone noch für Dritte ein Anspruch auf einen finanziellen Beitrag aus den Präventionsabgaben.

3.2.2 **2. Abschnitt: Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen**

Art. 14 Finanzhilfen an Organisationen

Diese Bestimmung gibt dem Bund (BAG) die Möglichkeit, bestimmten gemeinnützigen Organisationen des öffentlichen oder privaten Rechts Finanzhilfen zu gewähren. Diese werden nur dann gewährt, wenn sie im öffentlichen Interesse und die damit unterstützten Massnahmen von gesamtschweizerischer Bedeutung sind. Die Finanzhilfen sind aus den bewilligten Krediten des Bundes (und nicht aus den Präventionsabgaben, vgl. Art. 12) zu finanzieren. Massgeblich für die Höhe und den Verwendungszweck der Finanzhilfen sind die strategischen Vorgaben des Bundesrates (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. d). Durch diese Vorgaben stellt der Bundesrat zudem auch sicher, dass sich trotz geteilter Zuständigkeiten die Verwendungsbereiche der Präventionsabgaben (Beitragsgewährung durch Institut) und der Finanzhilfen (Gewährung durch BAG) nicht überschneiden und somit keine Subventionskumulationen entstehen und dass die nationalen Ziele bei der Subventionsvergabe ausreichend berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollen aus den Präventionsabgaben konkrete Programme oder Einzelprojekte finanziert werden (vgl. Erläuterungen zu Art. 12), während die Finanzhilfen im Sinne von Strukturbeiträgen zur Stärkung der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen eingesetzt werden sollen. Hintergrund von Artikel 14 ist der Gedanke, dass die entsprechenden Organisationen auf Unterstützung durch den Bund angewiesen sind, weil deren Arbeit kaum kostendeckend erfolgen kann. Ohne die Gewährung von Finanzhilfen würde die Gefahr bestehen, dass solche Engagements nicht mehr vorgenommen werden.

Nach *Absatz 2* sollen die Finanzhilfen insbesondere für Massnahmen in den Bereichen Information und Sensibilisierung beziehungsweise Beratung und Unterstützung (inkl. Selbsthilfe) gewährt werden.

Diese Regelung entspricht teilweise Artikel 2 Absatz 3 des Bundesgesetzes vom 22. Juni 1962¹⁶² über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten, welches mit diesem Gesetz aufgehoben wird (vgl. Erläuterungen zu Art. 41). Die Leistungen zugunsten von Leistungsbezügerinnen der IV und ihren Angehörigen sowie von Menschen, die Gefahr laufen, Leistungsbezügerinnen oder Leistungsbezüger der IV zu werden, werden weiterhin nach den Vorgaben von Artikel 74 IVG¹⁶³ abgegolten.

¹⁶² SR 818.21

¹⁶³ SR 831.20

Nach Artikel 12 SuG¹⁶⁴ sind Finanzhilfen, welche die Anspruchsvoraussetzungen von verschiedenen Erlassen erfüllen, nach den einzelnen Interessen aufzuteilen. Zudem ist das Vorgehen der betroffenen Behörden zu koordinieren (Art. 12 Abs. 2 SuG). Gestützt auf Artikel 74 IVG wie auch auf Artikel 101^{bis} AHVG¹⁶⁵ werden bereits heute im Rahmen von Leistungsverträgen Beiträge an gesamtschweizerisch tätige private Organisationen für Aufgaben gewährt, die auch gesundheitsförderliche und präventive Zielsetzungen beinhalten. Während Artikel 14 E-PrävG eine in Bezug auf die Zielgruppen offene Zweckbestimmung für die Fördermassnahmen vorsieht, schränkt das IVG die Fördermassnahmen auf invalide und das AHVG auf betagte Personen ein. Damit es weder zu ungewollten Doppelzahlungen, noch zu ungewollten Streichungen von Beiträgen durch die IV oder AHV (siehe dazu Art. 75 Abs. 2 IVG und Art. 101^{bis} Abs. 4 AHVG) bei gewissen Organisationen kommt, muss auf der Umsetzungsebene die Koordination zwischen den Fördermassnahmen nach IVG und AHVG mit denjenigen nach dem E-PrävG sichergestellt werden. Ein Koordinationsbedarf kann sich unter Umständen auch in Bezug auf die Förderung der ausserschulischen Jugendarbeit (Jugendförderung) durch den Bund ergeben. So ist es unter den Voraussetzungen des Jugendförderungsgesetzes vom 6. Oktober 1989¹⁶⁶ (JFG) grundsätzlich möglich, dass Trägerschaften der ausserschulischen Jugendarbeit Finanzhilfen für ausserschulische Aktivitäten erhalten können, welche im Bereich der Gesundheit ausgeübt werden (vgl. Art. 2 Abs. 2 Bst. b JFG) bzw. der Gesundheitsförderung dienen. Im Weiteren ist auch die Koordination mit ähnlich gelagerten Finanzhilfen an Konsumentenorganisationen nach Artikel 5 des Konsumentinformationsgesetzes vom 5. Oktober 1990¹⁶⁷ sicherzustellen.

Art. 15 **Forschungsförderung**

Planung und Durchführung von wirksamen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen sind auf gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse angewiesen. Neben der epidemiologischen und klinischen (Grund)lagenforschung besteht in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung zusätzlich ein grosser Erkenntnisbedarf aus dem Bereich der angewandten Forschung, insbesondere im Bereich der Entwicklung von neuen Interventionsmodellen.

Diese Bestimmung hält fest, dass die zuständigen Bundesstellen (insbesondere Staatssekretariat für Bildung und Forschung sowie Bundesamt für Berufsbildung und Technologie) im Rahmen der Mehrjahresplanung der Forschungsförderung (Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation) die Forschung in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung mit Beiträgen bzw. mit entsprechenden thematischen Vorgaben an die beauftragten Organe der Forschungsförderung (Schweizerischer Nationalfonds [SNF], Akademien der Wissenschaft, Kommission für Technologie und Innovation) unterstützen können.

Mögliche Förderinstrumente sind Nationale Forschungsprogramme (NFP) im Sinne von Artikel 6 Absatz 2 des Forschungsgesetzes vom 7. Oktober 1983¹⁶⁸ (FG), die Unterstützung geeigneter Kohortenstudien im Rahmen der Förderung der patientenorientierten klinischen Forschung sowie gezielte Massnahmen zur Förderung der

¹⁶⁴ SR 616.1

¹⁶⁵ SR 831.10

¹⁶⁶ SR 446.1

¹⁶⁷ SR 944.0

¹⁶⁸ SR 420.1

Forschung an den Fachhochschulen wie z.B. das Förderungsinstrument DORE (DO REsearch) des SNF zur Förderung der praxisorientierten Forschung an Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen.¹⁶⁹

Eine spezifische gesetzliche Grundlage für die Ressortforschungstätigkeit (Auftragsforschung) des Instituts ist nicht notwendig, da Artikel 5 Buchstabe c sowie Artikel 16 Absatz 5 FG auch auf dezentrale Verwaltungseinheiten anwendbar ist. Zudem kann das Institut gestützt auf Artikel 8 Absatz 2 Buchstabe e Interventionsmodelle entwickeln oder deren Entwicklung in Auftrag geben.

Art. 16 Aus- und Weiterbildung

Für die Gewährleistung einer hohen Qualität und damit einer guten Wirksamkeit der Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen ist es unabdingbar, dass ein adäquates Aus- und Weiterbildungsangebot besteht. Dieses soll sich einerseits an die zuständigen Fachpersonen auf Bundes- und Kantonsebene, andererseits an die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen richten. Zugleich sollen auch diejenigen Personen, die sich im Rahmen der Freiwilligenarbeit für Anliegen der Prävention und Gesundheitsförderung engagieren, Zugang zu adäquaten Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten erhalten.

Insbesondere für kleinere Kantone, aber auch für die privaten Organisationen ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Alleingangs in der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung äusserst ungünstig. Deshalb ist ein spezifisches Engagement des Bundes für die Weiterentwicklung der heute auf nationaler und kantonaler Ebene existierenden privaten und staatlichen Aus- und Weiterbildungsangebote unabdingbar (vgl. dazu auch Erläuterungen zu Art. 8 Abs. 2 Bst. d).

Die Konkretisierung der hier erwähnten Förderung der Aus- und Weiterbildung erfolgt im Rahmen der entsprechenden Spezialgesetze des Bundes, namentlich dem MedBG¹⁷⁰, dem BBG¹⁷¹, dem FHS¹⁷² und dem UFG¹⁷³.

3.3 3. Kapitel: Daten

Art. 17 Gesundheitsstatistik

Für eine effektive und effiziente Ausgestaltung von Massnahmen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung sowie für die Überprüfung von deren Wirksamkeit ist in ausgewählten Themenbereichen eine kontinuierliche Statistik unerlässlich. Im Gegensatz zur Gesundheitsberichterstattung nach Artikel 19, die auf einer Aufbereitung und Verknüpfung bestehender Datensätze beruht,

¹⁶⁹ vgl. dazu die entsprechenden Internetseiten des SNF:

NFP: www.snf.ch/D/forschung/Forschungsprogramme/Seiten/default.aspx

Kohortenstudien: www.snf.ch/D/foerderung/projekte/Kohortenstudien/Seiten/default.aspx

DORE: www.snf.ch/D/foerderung/projekte/DORE/Seiten/default.aspx.

¹⁷⁰ SR **811.11**

¹⁷¹ SR **412.10**

¹⁷² SR **414.71**

¹⁷³ SR **414.20**

besteht die Gesundheitsstatistik in der Generierung von neuen Datensätzen. Dabei ist auf die Erhebung besonders schützenswerter Personendaten aus Datenschutzgründen möglichst zu verzichten. Falls dies aus Gründen einer zuverlässigen Gesundheitsstatistik nicht realisierbar sein sollte, sollen die entsprechenden Personendaten möglichst frühzeitig anonymisiert werden. Sollte einer für die Statistik zuständigen Stelle trotzdem solche Daten gemeldet werden, so muss sie diese anonymisieren, sobald es der Zweck des Bearbeitens erlaubt. Die statistischen Daten werden nicht für administrative Kontrollzwecke verwendet.

In Absatz 2 werden die Zwecke dieser Gesundheitsstatistik detailliert aufgeführt. Die Gesundheitsstatistik dient einerseits der epidemiologischen Überwachung (*Bst. a und b*) sowie der Festlegung und Wirksamkeitsüberprüfung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen (*Bst. c*). Andererseits soll sie dazu beitragen, die Transparenz über die Ausgaben und Massnahmen der verschiedenen Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene zu verbessern (*Bst. d*) und die Wirkungen des Gesetzes zu überprüfen (*Bst. e*).

Auf Bundesebene ist primär das Bundesamt für Statistik (BFS) für die Erstellung von Gesundheitsstatistiken zuständig. Auf kantonaler Ebene sind es die jeweiligen statistischen Ämter. *Absatz 3* bezeichnet die relevanten Datenlieferanten.

Art. 18 *Diagnoseregister*

Um Massnahmen im Bereich der Krankheitsprävention und Früherkennung zielgerichtet planen zu können, ist die systematische Erhebung quantitativer und qualitativer wissenschaftlicher Daten erforderlich. Eine bevölkerungsbezogene Datenerhebung erfolgt bislang in der Schweiz einzig durch die kantonalen Krebsregister. Diese epidemiologischen Diagnoseregister enthalten Statistiken zur Krebshäufigkeit und zur Krebsmortalität und werden verschiedentlich zur Qualitätssicherung von Präventions- und Früherkennungsmassnahmen sowie zur Therapieevaluation herangezogen. Der Fokus der Diagnoseregister soll in Zukunft jedoch nicht mehr alleine auf Krebs liegen, sondern bei Bedarf auch auf weitere ausgewählte Krankheiten ausgedehnt werden.

Heute gibt es in der Schweiz neben den bevölkerungsbezogenen kantonalen Krebsregistern auch verschiedene klinische Register. Ein Beispiel dafür ist AMIS Plus, ein Projekt, in welchem diagnostische und therapeutische Massnahmen bei Herzinfarkt-Patientinnen und Patienten (seit 2000 zusätzlich auch bei Angina-Pectoris-Patientinnen und -Patienten) der teilnehmenden Spitäler erfasst und ausgewertet werden. AMIS Plus ist eine Datenquelle, welche dokumentiert, wie sich Risikoprofile ändern, wie neue Therapie-Konzepte Einzug finden und welche Bedeutung diese auf die Prognosen und Kosten haben.

Mit dem Ziel, die Gesundheitsstatistik und -berichterstattung auszubauen, kann der Bund nach *Absatz 1* im Rahmen der Forschungsförderung finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, um die für die Diagnoseregister erhobenen Daten zu vereinheitlichen und ihre Qualität zu verbessern. Bei der Krebsregistrierung beispielsweise ergibt sich in der Schweiz im Hinblick auf die erfassten Daten momentan ein heterogenes Bild. Kantonale Unterschiede betreffend Meldeverfahren, Datenerhebung, -austausch und -abgleich sowie Unterschiede in der Flächendeckung erschweren eine einheitliche Auswertung. Basierend auf einer Leistungsvereinbarung mit dem

BAG und finanziert über Mittel aus dem Bundeshaushalt (gestützt auf Art. 16 FG)¹⁷⁴ stellt die Stiftung «National Institute of Cancer Epidemiology and Registration NICER» die Koordinationsaufgaben (Sammlung, Aufbereitung und Kontrolle der durch die kantonalen Krebsregister erhobenen Daten) sicher. Es kann jedoch nur mit einer bei der Datenerhebung schweizweit einheitlichen Vorgehensweise eine kantonsübergreifende Zusammenführung, Validierung und Standardisierung der Registerinformationen sichergestellt werden.

Zudem erhält die Finanzierung der zentralen Datenauswertung durch NICER mit *Absatz 2* eine spezialgesetzliche Grundlage.

Auf die Schaffung umfassender gesetzlicher Regelungen im E-PrävG zu Erfassung von Daten zu bestimmten Krankheiten in allen Kantonen und deren Zusammenführung in nationalen Diagnoseregistern nach einheitlichen Standards wird verzichtet, da der Geltungsbereich des Gesetzes dadurch überschritten würde.

3.4 4. Kapitel: Berichterstattung und Controlling

Art. 19 Gesundheitsberichterstattung

Die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung in Form von Einzelindikatoren- und Themenmonitoring stellt eine zentrale Voraussetzung für die wissenschaftsbasierte Formulierung und Überprüfung der nationalen Ziele nach Artikel 4 dar (vgl. Art. 20 Abs. 1), indem sie die gesundheitliche Situation sowie die Versorgung der Bevölkerung und einzelner Personengruppen analysiert und beschreibt. Die regelmässige Aktualisierung der Daten lässt es zu, Entwicklungen im Zeitverlauf nachzuvollziehen und zu verstehen (*Abs. 1*). Neben Daten aus den Statistiken des Bundes sowie der Kantone (vgl. *Abs. 2*) können für die Gesundheitsberichterstattung auch Daten aus den Statistiken der Sozialversicherungen und ihrer Leistungserbringer sowie aus eigens zu diesem Zweck durchgeführten Bevölkerungsbefragungen wie z.B. der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, oder anderen Erhebungen verwendet werden.

Zudem veröffentlicht der Bund, ebenfalls unter Mitwirkung der Kantone, regelmässig, d.h. alle vier bis fünf Jahre einen nationalen bzw. schweizerischen Gesundheitsbericht. Als wissenschaftlicher Bericht beschreibt ein nationaler Gesundheitsbericht den Gesundheitszustand der Bevölkerung eines Landes. Der Gesundheitsbericht bildet gleichzeitig auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab, welche die Gesundheit der Bevölkerung beeinflussen. Er zeigt auf, welche gesellschaftlichen Faktoren und individuellen Verhaltensweisen mit der Gesundheit einer Bevölkerung in Zusammenhang stehen. So sind zum Beispiel soziale Einflussfaktoren wie die ökonomische und soziale Sicherheit, Bildung, Arbeitsbedingungen und die Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen ebenso zu berücksichtigen wie unterschiedliche Lebensstile in der Bevölkerung und die Umwelt. All diese Faktoren wirken sich auf die Gesundheit der Menschen sowie auf ihre Gesundheitsressourcen und Gesundheitskompetenz aus. Auch die Art der Gesundheitsversorgung ist gesundheitsrelevant. Dabei ist der Fokus insbesondere auf die Verknüpfung der unter-

¹⁷⁴ SR 420.1; Aufgaben und Finanzen sind in der Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation in den Jahren 2008-2011 vom 24. Januar 2007 (07.012; BFI-Botschaft 2008–2011) geregelt.

schiedlichen Angebote (Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung, Therapie, Pflege, Palliation etc.) zu legen.

Neben Daten, die von den zuständigen Bundesstellen erhoben werden, soll sich der Gesundheitsbericht auch auf statistische Daten der Kantone abstützen können (vgl. unten). Es ist davon auszugehen, dass der Gesundheitsbericht – wie bis anhin¹⁷⁵ – durch das von Bund und Kantonen gemeinsam getragene Schweizerische Gesundheitsobservatorium erstellt wird. Ein Gesundheitsbericht ermöglicht – in Ergänzung zum Einzelindikatoren- und Themenmonitoring – eine Gesamtschau des Gesundheitsgeschehens und macht die Zusammenhänge zwischen einer Vielzahl von Gesundheitsdeterminanten und weiteren Einflussfaktoren sichtbar. Gesundheitsberichte sind somit wissenschaftliche Berichte, die das komplexe Gesundheitsgeschehen einer Gesellschaft darstellen.

Nach *Absatz 2* werden die Kantone verpflichtet, dem Bund die für die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung aber auch für den schweizerischen Gesundheitsbericht relevanten Informationen (kantonale Statistiken, Ergebnisse von kantonalen Befragungen oder Forschungsstudien etc.) zur Verfügung zu stellen.

Art. 20 Controlling und Wirksamkeitsüberprüfung

In *Artikel 20* werden die Zuständigkeiten für die Überprüfung der Wirkungen, die mit den Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten nach den Artikeln 4 und 5 sowie den nationalen Programmen nach Artikel 6 erzielt werden, festgelegt. Dabei wird vom Grundsatz ausgegangen, dass die federführende Stelle auch für das Controlling bzw. die Wirksamkeitsüberprüfung zuständig ist. Die Evaluation des Gesetzes im Sinne von Artikel 170 BV ist in Artikel 38 geregelt.

Wie in Artikel 4 erwähnt sind die nationalen Ziele in ihrer konkreten Ausgestaltung so zu formulieren, dass sie überprüfbar sind. Das heisst, sie sollten über quantifizierbare Zielgrössen und/oder Indikatoren verfügen. Zudem soll eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung in Form von Einzelindikatoren- und Themenmonitoring (siehe Art. 19) sicherstellen, dass die Wirkungen der zur Zielerreichung ergriffenen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen von Bund und Kantonen regelmässig beurteilt werden können (*Abs. 1*). Bei Bedarf sind Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

Nach *Absatz 2* überprüft der Bundesrat am Ende jedes Vierjahreszyklus die mit der bundesrätlichen Strategie (vgl. Art. 5) erzielten Wirkungen mittels einer Evaluation und berücksichtigt die Ergebnisse der Evaluation bei der Formulierung der neuen Strategie.

Und nach *Absatz 3* evaluiert das Institut die Zweckmässigkeit, die Wirksamkeit¹⁷⁶ und die Wirtschaftlichkeit der von ihm umgesetzten nationalen Programme. Dabei sollen die zur Evaluation eines nationalen Programms durchgeführten Studien sowohl summative¹⁷⁷ wie auch formative¹⁷⁸ Elemente enthalten, deren Resultate

¹⁷⁵ Die aktuellste Ausgabe des Gesundheitsberichtes wurde 2008 publiziert: Meyer K. (Hrsg), Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008, Bern, 2009. Vgl. dazu auch: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/03/01.html.

¹⁷⁶ Bei der Wirksamkeitsüberprüfung sind nebst dem Verhältnis zwischen den beabsichtigten und den tatsächlich eingetretenen Wirkungen auch die unbeabsichtigten Wirkungen, d.h. die so genannten Nebenwirkungen, zu beurteilen.

¹⁷⁷ Vgl. oben Fussnote 159.

¹⁷⁸ Vgl. oben Fussnote 160.

und Empfehlungen zur Optimierung der Umsetzung des laufenden Programms wie auch für die Planung zukünftiger Programme benutzt werden können. Die Konzeption und Planung grösserer Evaluationsstudien des Instituts sollte in Abstimmung mit dem Evaluationsdienst des BAG erfolgen, da dieser für die Evaluation des Gesetzes und seiner Wirkungen zuständig ist (vgl. Art. 38).

3.5 **5. Kapitel: Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung**

3.5.1 **1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen**

Bestandteil des Präventionsgesetzes ist der Organisationserlass über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung. Er umfasst die Artikel 21–36. Auf den Erlass eines separaten Institutsgesetzes wird somit verzichtet.

Die grundlegenden Bestimmungen über die Organisation und Finanzierung des Instituts, einer dezentralen Verwaltungseinheit innerhalb der Bundesverwaltung, gehören nach Artikel 164 BV ins Gesetz und können somit nicht auf Verordnungsstufe erlassen werden. Zudem sind Abweichungen von horizontalen Verwaltungsorganisationserlassen (insbesondere RVOG¹⁷⁹; Bundespersonalgesetz vom 24. März 2000¹⁸⁰, BPG; Finanzhaushaltsgesetz vom 7. Oktober 2005¹⁸¹, FHG) wegen dem Grundsatz des Parallelismus der Formen auf Gesetzesstufe vorzusehen.

Auf Verordnungsstufe ist einzig vorgesehen, dass der Bundesrat weitere Vorschriften über die Ausgestaltung der Rechnungslegung gestützt auf Artikel 34 erlassen kann. Zudem kann der Bundesrat, soweit es sich als notwendig erweisen sollte, seine Arbeitgeberbefugnisse gestützt auf Artikel 3 Absatz 2 BPG an das Institut delegieren (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 29).

Die Ausgestaltung der Gesetzesbestimmungen erfolgte in enger Anlehnung an die insgesamt 37 Corporate-Governance-Leitsätze des Bundesrates und an erst kürzlich geschaffene Gesetzesbestimmungen über andere dezentrale Verwaltungseinheiten (z.B. Schweizerische Exportrisikoversicherung, Eidg. Finanzmarktaufsicht und Eidg. Nuklearsicherheitsinspektorat¹⁸²). Nicht abschliessend gesetzlich regeln lässt sich die Finanzierung der Institutsaufgaben aus dem ordentlichen Bundeshaushalt. Aufgrund der Finanzhoheit der Eidgenössischen Räte wird bei diesen Institutsaufgaben das Parlament entscheiden, welche Aufgaben das Institut in welchem Umfang erfüllen kann (vgl. dazu auch Erläuterungen zu Art. 32).

Art. 21 Rechtsform

Das Institut ist als eine dezentrale Verwaltungseinheit des Bundes ausgestaltet. Es ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit. Die Wahl der

¹⁷⁹ SR **172.010**

¹⁸⁰ SR **172.220.1**

¹⁸¹ SR **611.0**

¹⁸² Exportrisikoversicherungsgesetz vom 16. Dezember 2005 (SR **946.10**); Finanzmarktaufsichtsgesetz vom 22. Juni 2007 (SR **956.1**); Bundesgesetz vom 22. Juni 2007 über das Eidgenössische Nuklearsicherheitsinspektorat (SR **732.2**).

Rechtsform der selbstständigen Anstalt entspricht dem Leitsatz 1 des Corporate-Governance-Berichtes des Bundesrates.¹⁸³

Nach *Absatz 2* kann das Institut seine Organisation und Betriebsführung selbst festlegen, soweit sie nicht durch das Gesetz bereits zwingend geregelt sind. Vorgehen ist dabei der Erlass eines Organisationsreglements (vgl. Art. 27 Abs. 2 Bst. b). Das Institut führt eine eigene Rechnung; das FHG¹⁸⁴ ist auf das Institut nicht anwendbar. Eine Ausnahme gilt für Artikel 55 Absatz 1 Buchstabe c FHG, wonach die Rechnung des Instituts in die konsolidierte Rechnung des Bundes einbezogen wird. Dies erlaubt dem Bund, seine Vermögens-, Finanz- und Ertragslage umfassend darzustellen.

Der Sitz des Instituts ist im Gesetz nicht vorgegeben, sondern wird vom Bundesrat festgelegt (*Abs. 3*). Damit ist der Handlungsspielraum des Bundesrates bei der Standortwahl nicht eingeschränkt. Auch der Name bzw. die Bezeichnung des Instituts wird durch den Bundesrat definitiv festgelegt. Die im Gesetzesentwurf verwendete Bezeichnung «Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung» stellt somit lediglich einen Platzhalter dar.

Das Institut ist im Handelsregister einzutragen. In den Artikeln 106ff. Handelsregisterverordnung¹⁸⁵ sind die Voraussetzungen und der Inhalt des Handelsregistereintrages bereits definiert. Die Zeichnungsberechtigungen der Organe des Instituts ergeben sich aus dem Organisationsreglement. Auf eine Schaffung einer spezialgesetzlichen Bestimmung kann somit verzichtet werden.

Art. 22 Aufgaben

Die Aufgaben des Instituts ergeben sich aus dem Aufgabenkatalog des Instituts nach Präventionsgesetz und allenfalls weiteren Bundesgesetzen (z.B. EpG¹⁸⁶ oder BetmG¹⁸⁷). Zu den Aufgaben des Instituts gehören unter anderen die Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation der nationalen Programme (Art. 6 und Art. 20 Abs. 3), Informationstätigkeiten (Art. 7), Unterstützungsmassnahmen zugunsten der Kantone und Dritter (Art. 8) sowie die Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben für Einzelprojekte und kantonale Programme (Art. 13).

Der Bundesrat kann dem Institut weitere Aufgaben gegen Abgeltung übertragen (*Absatz 2*). Zu denken ist beispielsweise an Informations- und Dokumentationsaufgaben, die in anderen Bundesgesetzen (z.B. LMG¹⁸⁸, BetmG) vorgesehen sind. Die Aufgabenübertragung erfolgt in der Regel mittels Verordnung.

Im Weiteren kann das Institut Dienstleistungen gegenüber den Kantonen erbringen (*Abs. 3*).

Art. 23 Zusammenarbeit

Auf nationaler und kantonaler Ebene bestehen Institutionen und Organisationen, die heute bereits in Teilbereichen, in denen das Institut tätig werden soll, aktiv sind. Das

183 BBl 2006 8233

184 SR 611.0

185 SR 221.411

186 SR 818.101

187 SR 812.121

188 SR 817

Institut wird deshalb gesetzlich verpflichtet, die Zusammenarbeit mit diesen Institutionen und Organisationen zu pflegen. Besonders wichtig ist dabei eine gute Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan, den universitären Instituten für Sozial- und Präventivmedizin, der Swiss School of Public Healthplus¹⁸⁹, den Fachhochschulen sowie den in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätigen medizinischen und nichtmedizinischen Berufs- und Fachorganisationen. Im Weiteren ist auch die in den letzten Jahren durch die zuständigen Einheiten des BAG aufgebaute Zusammenarbeit mit bestehenden privaten Institutionen wie z.B. der Stiftung RADIX, der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), der Aids-Hilfe Schweiz, der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS), der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention oder der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (SGE) weiterzuführen. Gleichzeitig soll das Institut auch mit Institutionen, die auf der Grundlage anderer Bundesgesetze eingerichtet wurden, wie z.B. der Nationalen Beobachtungsstelle nach Artikel 29c Absatz 2 revBetmG¹⁹⁰, aber auch den im Bereich der Unfallprävention und der Arbeitssicherheit tätigen Stellen wie z.B. die Beratungsstelle für Unfallverhütung oder der SUVA zusammenarbeiten.

Das Institut ist berechtigt, zur Erfüllung einzelner Aufgaben Organisationen und Personen des öffentlichen und privaten Rechts beizuziehen (*Abs. 2*). Die Abgeltung der Leistungen erfolgt nach Massgabe des Bundesgesetzes vom 16. Dezember 1994¹⁹¹ über das öffentliche Beschaffungswesen (BOeB).

Zudem kann das Institut nach *Absatz 3* in Absprache mit den zuständigen Departementen (v.a. EDI und EDA) Einsitz in internationalen Fachorganisationen nehmen, die im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätig sind. Denkbar ist z.B. eine Mitgliedschaft bei der International Union for Health Promotion and Education (IUHPE).

Art. 24 Gewerbliche Leistungen

Artikel 41 FHG¹⁹² fordert, dass Verwaltungseinheiten des Bundes gewerbliche Leistungen gegenüber Dritten nur erbringen dürfen, soweit sie dazu durch ein Gesetz ermächtigt sind. Bei gewerblichen Leistungen handelt es sich um die entgeltliche Lieferung von Waren oder Dienstleistungen, auf die das öffentliche Recht (z.B. SuG¹⁹³) keine Anwendung findet. Unter «Dritten» sind nationale oder internationale Organisationen, Private oder Gemeinwesen (Kantone, Städte, Gemeinden) zu verstehen. Ausnahme sind diejenigen Stellen des Bundes, auf die das Finanzhaushaltgesetz Anwendung findet. Dazu gehören die zentralen und dezentralen Verwaltungseinheiten des Bundes, die Bundesversammlung und die eidgenössischen Gerichte.

Für die Erbringung von gewerblichen Leistungen durch eine dezentrale Verwaltungseinheit gelten Minimalanforderungen (*Abs. 1*). Unter Beachtung dieser Rahmenbedingungen ist das Institut ermächtigt, die in Artikel 8 umschriebenen metho-

¹⁸⁹ Die Stiftung Swiss School of Public Healthplus (SSPH+) fördert und koordiniert auf nationaler Ebene die universitäre Weiterbildung und die damit verbundene Forschung in allen Bereichen von Public Health und Gesundheitsökonomie. Sie ist eine Stiftung, in der sieben Trägeruniversitäten (Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich, Lugano und Neuenburg) vertreten sind.

¹⁹⁰ BBl 2008 2269ff.

¹⁹¹ SR 172.056.1

¹⁹² SR 611

¹⁹³ SR 616.1

dologischen und fachlichen Unterstützungsleistungen auch zugunsten Dritter gegen Entgelt erbringen zu dürfen. Beispielsweise ist vorstellbar, dass das Institut im entgeltlichen Auftrag eines Unternehmens ein Innovationsprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt oder durchführt oder für eine internationale Organisation wie die WHO oder die OECD sowie auch für die EU-Kommission Studien und Berichte gegen Vergütung erstellt.

Die Erlöse müssen nach *Absatz 2* mindestens kostendeckend sein. Das EDI kann für Spezialfälle tiefere Ansätze gestatten, solange dadurch die Privatwirtschaft nicht konkurrenziert wird.

3.5.2 2. Abschnitt: Organe und Personal

Art. 25 Organe

Das Institut hat drei Organe: einen Institutsrat, eine Geschäftsleitung und eine Revisionsstelle. Die Pflicht zu einer eigenen Revisionsstelle ist eine Folge der rechnerischen Verselbstständigung. Diese schlanke Organisationsstruktur entspricht weitgehend der in den letzten Jahren üblichen Bestellung von Organen bei dezentralen Verwaltungseinheiten des Bundes.

Art. 26 Zusammensetzung und Wahl des Institutsrates

Die Mitgliederzahl des Institutsrates ist auf neun fachkundige Mitglieder festgelegt (*Abs. 1*). Das Anforderungsprofil der Mitglieder des Institutsrates hat der strategischen Ausrichtung zu entsprechen. Deshalb ist der Institutsrat mit Persönlichkeiten zu besetzen, die sowohl über Erfahrungen und Fachkunde im Gesundheitswesen wie auch im Management öffentlicher Verwaltungsorganisationen verfügen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Mitglieder ein fachlich breites Spektrum abdecken. So sollten neben den medizinischen Wissenschaften auch die Sozial- und Geisteswissenschaften im Institutsrat vertreten sein. Gleichzeitig sollten auch Personen im Institutsrat vertreten sein, die über ausreichend Management und Führungserfahrung verfügen.

Wahlorgan für die Mitglieder des Institutsrates ist der Bundesrat (*Abs. 2*). Es obliegt ihm, darauf zu achten, dass nur fachkundige Personen in den Institutsrat gewählt werden. Zusätzlich hat er auf eine ausgewogene Vertretung beider Geschlechter, der Amtssprachen, Regionen und Altersgruppen zu achten. Die Direktorin oder der Direktor des Instituts darf nicht in den Institutsrat gewählt werden.¹⁹⁴

Es ist nicht beabsichtigt, dass der Bundesrat einen oder mehrere Bundesvertreterinnen oder -vertreter in den Institutsrat wählt.¹⁹⁵ Hingegen sollen die Kantone für die Ernennung von drei Mitgliedern ein Antragsrecht haben. Dadurch wird sichergestellt, dass die Kantone, als wichtige Kunden der Leistungen des Instituts, bei der Zusammensetzung des Institutsrates mitbestimmen können. Ein Antragsrecht für ein Mitglied des Institutsrates erhalten zudem die Versicherer nach Artikel 11 KVG¹⁹⁶.

¹⁹⁴ Vgl. 3. Leitsatz des Corporate-Governance-Berichtes, wonach die Organe voneinander personell unabhängig sein müssen.

¹⁹⁵ Vgl. 9. Leitsatz des Corporate-Governance-Berichtes, wonach vom Bund instruierbare Vertreterinnen und Vertreter nur in begründeten Ausnahmefällen Einsitz nehmen sollen.

¹⁹⁶ SR 832.10

Dadurch soll eine gute Abstimmung im Bereich der Früherkennung gewährleistet werden. Lehnt der Bundesrat einen Antrag ab, muss er den antragsberechtigten Kantonen oder Versicherern die Möglichkeit gewähren, einen neuen Antrag zur Wahl eines Institutsratsmitglieds zu stellen.

Die Amtsdauer wird auf vier Jahre festgelegt. Jedes Mitglied kann einmal wieder gewählt werden (*Abs. 3*).

In *Absatz 4* ist die Möglichkeit verankert, Mitglieder des Institutsrates auch während der Amtsdauer aus wichtigen Gründen abzurufen. Wichtige Gründe liegen insbesondere dann vor, wenn ein Mitglied die Voraussetzungen für die Ausübung des Amtes nicht mehr erfüllt, eine schwerere Pflichtverletzung begangen hat oder ein dauernder Interessenkonflikt des Mitgliedes nicht anders gelöst werden kann.

Von einem Mitglied eines Institutsrates darf erwartet werden, dass es die Interessen des Instituts wahrnimmt (*Abs. 5*).¹⁹⁷ Der Institutsrat soll kein politisches Gremium sein und deshalb sollen seine Mitglieder nicht als instruierte Vertreterinnen oder Vertreter von Behörden oder Organisationen handeln. Aus diesem Grund wurde auch der im Rahmen der Vernehmlassung geäusserten Forderung, dass die Vertretung der Akteure im Institutsrat gesetzlich zu verankern sei (vgl. oben Ziffer 2.2.1), nicht Folge gegeben. Kommt es im Einzelfall zu einem konkreten Interessenkonflikt, muss das Mitglied für das betreffende Geschäft in den Ausstand treten. Bei dauerhaften Interessenkonflikten sollte das Mitglied des Institutsrates von sich aus den Rücktritt erklären. Ansonsten verbleibt als *Ultima Ratio* die Möglichkeit, dass der Bundesrat das Mitglied des Institutsrates aus wichtigen Gründen abberuft (vgl. *Abs. 4*).

Die Mitglieder des Institutsrates stehen in keinem Arbeitsverhältnis zum Institut. *Absatz 6* sieht deshalb vor, dass der Bundesrat die Höhe der Entschädigungen für die Mitglieder des Institutsrates festlegt. Ihr Honorar und weitere mit ihnen vereinbarte Vertragsbedingungen richten sich nach Artikel 6a BPG¹⁹⁸, der sinngemäss zur Anwendung kommt und des darauf gestützten Verordnungsrechtes (insbesondere Kaderlohnverordnung vom 19. Dez. 2003¹⁹⁹).

Art. 27 Funktion und Aufgaben des Institutsrates

Nach *Absatz 2 Buchstabe a* obliegt dem Institutsrat die Verantwortung für die Umsetzung der vom Bundesrat nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe b dieses Gesetzes festgelegten strategischen Ziele. In diesem Sinne muss der Institutsrat dem Bundesrat jedes Jahr einen Bericht über den Stand der Zielerreichung vorlegen.

Das Gesetz enthält nur die unbedingt erforderlichen Regelungen zur Organisationsstruktur des Instituts. Dies ist Ausdruck der Organisationsautonomie des Instituts. Die weitere Konkretisierung der Organisation und der Geschäftsführung legt der Institutsrat in einem Organisationsreglement dar (vgl. *Abs. 2 Bst. b*). Es handelt sich dabei um Regelungen, die nur institutsintern wirken. Weil das Organisationsreglement ohne Aussenwirkungen ist, können Dritte gestützt darauf weder verpflichtet werden noch Rechte ableiten. Es wird nicht in der AS oder SR publiziert, weil es sich um keinen Rechtserlass handelt.

¹⁹⁷ Vgl. 6. Leitsatz des Corporate-Governance-Berichtes, wonach Mitglieder des Institutsrates die Interessen der dezentralen Einheit wahren müssen.

¹⁹⁸ SR 172.220.1

¹⁹⁹ SR 172.220.12

Der Institutsrat verabschiedet das Arbeitsprogramm, die Mittelfristplanung und das Budget (*Bst. c*). Die Verantwortung für das Vorlegen eines Geschäftsberichts (inkl. Jahresrechnung) liegt ebenfalls beim Institutsrat (*Bst. d*). Diese Bestimmung hindert ihn freilich nicht daran, in der Regel den Auftrag zur Erstellung des Geschäftsberichts an die Geschäftsleitung zu delegieren. Der Inhalt des Geschäftsberichts richtet sich sinngemäss nach dem Obligationenrecht (Art. 662 ff. OR²⁰⁰). Demgemäss enthält der Geschäftsbericht Angaben zur Praxis des abgelaufenen Geschäftsjahres. Damit kommt ihm der Charakter eines Rechenschaftsberichts zu. Zusätzlich bilden statistische Angaben sowie die Jahresrechnung Bestandteile des Geschäftsberichts. Vor seiner Veröffentlichung hat ihn der Institutsrat dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Der Bundesrat kann die Genehmigung verweigern, wenn er mit grundlegenden Punkten der Berichterstattung nicht einverstanden ist.

Im Weiteren ernennt der Institutsrat die Direktorin oder den Direktor sowie die übrigen Mitglieder der Geschäftsleitung (*Bst. e* und *f*). Während die Ernennung der Direktorin oder des Direktors durch den Institutsrat unter Vorbehalt der Genehmigung durch den Bundesrat erfolgt, ist der Institutsrat für die Ernennung der übrigen Mitglieder der Geschäftsleitung abschliessend zuständig. Die Zusammensetzung der Geschäftsleitung wird abgesehen von der Funktion der Direktorin oder des Direktors, die oder der mit der Leitung der Geschäftsleitung betraut ist (vgl. Art. 28 Abs. 1), weder im Gesetz noch in einer Bundesratsverordnung festgelegt, sondern kann durch das Institut selber bestimmt werden. Dies ermöglicht dem Institut, seine operative Organisationsstruktur flexibel an veränderte Anforderungen anzupassen.

Nach *Buchstabe g* ist der Institutsrat auch für die Abberufung von Mitgliedern der Geschäftsleitung zuständig. Dabei kann der Institutsrat die Abberufung der Direktorin oder des Direktors auch ohne Genehmigung durch den Bundesrat vornehmen. Dies rechtfertigt sich dadurch, dass eine solche Abberufung dann stattfindet, wenn zwischen dem Institutsrat und der Direktorin oder dem Direktor kein Vertrauensverhältnis mehr besteht. Eine nachträgliche Nicht-Genehmigung der Abberufung durch den Bundesrat würde deshalb den Institutsrat zwangsläufig faktisch handlungsunfähig machen.

Der Institutsrat übt als oberstes Organ des Instituts auch Kontrollfunktionen aus (*Bst. h*). Als Gegengewicht zur Geschäftsleitung überwacht er deren Geschäftsführung. Der Institutsrat hat die Einhaltung des Organisationsreglements zu überprüfen, Missstände aufzuspüren und ihre Beseitigung anzuordnen. Erkennt der Institutsrat gravierende Probleme in der Organisation oder Führung des Instituts und ist die Geschäftsleitung ausserstande, sie zu beheben, so muss er entsprechend einschreiten.

Art. 28 Funktion und Aufgaben der Geschäftsleitung

Die Geschäftsleitung ist das operative Organ und steht unter der Leitung der Direktorin oder des Direktors (*Abs. 1*).

Sie ist namentlich mit der Leitung der wissenschaftlichen, administrativen und betriebswirtschaftlichen Tätigkeiten des Instituts betraut. Sie erlässt die notwendigen Verfügungen (*Bst. a*), insbesondere im Zusammenhang mit der Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben an Einzelprojekte (vgl. Art. 12 Abs. 3 *Bst. c*) oder Kündigungen eines Arbeitsverhältnisses in Form einer Verfügung (Art. 13

BPG²⁰¹). Handelt es sich um ein Geschäftsleitungsmitglied, so ist der Institutsrat für die Abberufung und allfällige Kündigung in Form einer Verfügung zuständig (vgl. Art. 27 Abs. 2 Bst. g)

Die Geschäftsleitung hat die Grundlagen für die Beschlüsse des Institutsrates vorzubereiten und ihn zu informieren (*Bst. b*). Sie ist zudem für die Pflege der Beziehungen nach aussen zuständig, namentlich zu den Bundesstellen, den Kantonen sowie zu anderen Institutionen oder Fachorganisationen mit ähnlichen Aufgaben im In- und Ausland (*Bst. c*). Sie stellt das Personal an (*Bst. d*). Als Auffangtatbestand bei negativen Zuständigkeitskonflikten ist vorgesehen, dass die Geschäftsleitung alle Aufgaben übernimmt, die gesetzlich oder gemäss dem Organisationsreglement weder dem Institutsrat noch der Revisionsstelle vorbehalten sind (*Bst. e*).

Im Organisationsreglement, das nach Artikel 27 Absatz 2 Buchstabe b vom Institutsrat in Kraft gesetzt wird, sind die Einzelheiten der Zuständigkeiten zu regeln (*Abs. 3*). Es ist somit festzulegen, wie die Aufgaben und Kompetenzen zwischen dem Institutsrat und der Geschäftsleitung einerseits und zwischen der Geschäftsleitung und der Direktorin oder dem Direktor andererseits abzugrenzen sind.

Art. 29 Arbeitsverhältnisse

Beim Institut handelt es sich um eine dezentralisierte Verwaltungseinheit des Bundes, die vorwiegend Dienstleistungen mit Monopolcharakter erbringt. Das Institut handelt im Rahmen des öffentlichen Bundesrechts. Zudem erfüllt es im Zusammenhang mit der Verwaltung der Präventionsabgaben (vgl. Art. 12) Aufgaben, bei denen der hoheitliche Charakter überwiegt. Deshalb wird für das Institutspersonal ein öffentlich-rechtliches Personalstatut gewählt, auf welches die Bundespersonalgesetzgebung Anwendung findet (*Abs. 1*).

Privatrechtliche Aufgaben werden auf absehbare Zeit vom Institut nur zu einem sehr geringen Anteil wahrgenommen, so dass auf eine Regelung über die Anstellung von Personal nach Obligationenrecht verzichtet werden kann. Aus heutiger Sicht kann eine spezialgesetzliche Delegation von Arbeitgeberbefugnissen an das Institut nicht aufgrund von betriebsspezifischen Besonderheiten begründet werden. Der Umstand, dass das Institut eigene Rechtspersönlichkeit und eine eigene Rechnung hat, reicht als Rechtfertigung für eine von der Bundespersonalgesetzgebung abweichende Regelung für das Personal nicht aus. Das Institutspersonal untersteht somit vollumfänglich dem Ausführungsrecht des Bundesrates. Sofern sich im Verlauf der Institutstätigkeit eine Abweichung für bestimmte personalrechtliche Regelungen aufdrängen sollte, kann der Bundesrat gestützt auf Artikel 3 Absatz 2 BPG²⁰² seine Arbeitgeberbefugnisse ganz oder teilweise auf das Institut übertragen. Die Kompetenz zum Erlass von personalrechtlichen Ausführungsbestimmungen kann er dabei gestützt auf Artikel 37 Absatz 3 BPG auf den Institutsrat übertragen.

Der Vollständigkeit halber wird darauf hingewiesen, dass sich die Verantwortlichkeit der Institutsorgane und des Institutspersonals nach dem Verantwortlichkeitsgesetz vom 14. März 1958²⁰³ richtet. Es sieht in Artikel 19 für dezentralisierte Verwaltungseinheiten des Bundes vor, dass primär die Organisation haftet. Soweit sie die geschuldete Entschädigung nicht zu leisten vermag, haftet der Bund dem Geschädig-

201 SR 172.220.1

202 SR 172.220.1

203 SR 170.32

ten für den ungedeckten Betrag, wobei der Bund ein Rückgriffsrecht hat. Es gibt keine spezifischen Aufgaben des Instituts, die eine Abweichung von dieser Regelung notwendig machen würden.

Art. 30 Berufliche Vorsorge

In *Artikel 30* wird festgelegt, dass die Geschäftsleitung und das übrige Personal des Instituts (inklusive der Geschäftsleitung) bei der Pensionskasse des Bundes PUBLICA versichert wird (*Abs. 1*).

Um Rechtssicherheit zu schaffen, wird zusätzlich in *Absatz 2* festgehalten, dass das Institut Arbeitgeber nach *Artikel 32b Absatz 2 BPG*²⁰⁴ ist.

Art. 31 Wahl und Aufgaben der Revisionsstelle

Mit der rechnerischen Verselbstständigung ergibt sich die Notwendigkeit, eine Revisionsstelle vorzusehen.

Die Revisionsstelle wird vom Bundesrat gewählt und kann von diesem aus wichtigen Gründen abberufen werden. Wie in den Corporate-Governance-Leitsätzen vorgesehen, richtet sich der Prüfauftrag der Revisionsstelle, ihre Stellung, Befähigung, Unabhängigkeit, Amtsdauer und Berichterstattung sinngemäss nach den Bestimmungen des Aktienrechts (*Art. 727–731 OR*²⁰⁵). Sie führt eine ordentliche Revision nach *Artikel 727 OR* durch, auch wenn das Institut allenfalls die Voraussetzungen nach *Artikel 727 Absatz 1* nicht erfüllen sollte. Die Berichterstattung erfolgt an den Institutsrat und an den Bundesrat.

3.5.3 3. Abschnitt: Finanzierung und Finanzhaushalt

Art. 32 Finanzierung

Der Betrieb des Instituts wird weitgehend durch Beiträge des Bundes abgegolten. In *Absatz 1* werden diejenigen Aufgaben und Tätigkeiten des Instituts, welche ausschliesslich aus dem Bundeshaushalt finanziert werden, abschliessend aufgeführt. Dabei hat der Aufbau der neuen Aufgaben nach Präventionsgesetz (insbesondere Unterstützungsmassnahmen nach *Art. 8*) haushaltneutral zu erfolgen. Ausgehend von den heute beim BAG für Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen eingestellten Personal- und Sachmitteln können dem Institut für die Erfüllung dieser Aufgaben aus dem Bundeshaushalt insgesamt ungefähr 16 Millionen Franken als Betriebskredit zur Verfügung gestellt werden (vgl. dazu auch unten *Ziff. 4.1*).

Die Finanzierung der Erarbeitung und Umsetzung nationaler Programme nach *Artikel 6* wird in *Absatz 2* geregelt. Diese Programme können sowohl über Beiträge aus dem Bundeshaushalt als auch über die Präventionsabgaben (vgl. oben *Ziff. 2.4.5* und Erläuterungen zu *Art. 12*) finanziert werden, wobei der Hauptanteil aufgrund der haushaltneutralen Umsetzung aus den Präventionsabgaben stammen wird. Die Höhe der Bundesbeiträge wie auch der zur Verfügung stehende Anteil aus

²⁰⁴ SR 172.220.1

²⁰⁵ SR 220

den Präventionsabgaben werden vom Bundesrat im Rahmen der bundesrätlichen Strategie festgelegt (vgl. Art. 5 Abs. 1 Bst. d). Somit verfügen die spezifischen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen des Bundes über eine breitere Finanzierungsbasis als heute. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen des BAG mit der Erarbeitung und Umsetzung nationaler Präventionsprogramme muss zur Erzielung einer ausreichenden und nachhaltigen Wirkung pro Programm mit jährlichen Ausgaben zwischen 3 und 6 Millionen Franken gerechnet werden.

Nach *Absatz 3* kann und soll sich das Institut über Entgelte der Kantone für Dienstleistungen (vgl. Art. 22), Einnahmen aus gewerblichen Leistungen (vgl. Art. 24) und Zuwendungen Dritter zusätzliche Mittel beschaffen.

Art. 33 Tresorerie

Das Institut schliesst sich für die Verwaltung seiner liquiden Mittel der zentralen Tresorerie des Bundes an (*Abs. 1*). Die EFV führt für das Institut ein Depotkonto, das dem Institut zur Gewährleistung seiner Liquidität dient. Das Institut kann dort Einzahlungen tätigen und Auszahlungen veranlassen. Die allenfalls zur Sicherstellung der Zahlungsbereitschaft gewährten verzinslichen Darlehen werden in Form von Kontoüberschreitungen auf dem Depotkonto geleistet (*Abs. 2*). Im Gegenzug legt das Institut seine überschüssigen Mittel beim Bund an. Auf diesen Geldern bezahlt ihm der Bund marktkonforme Zinsen. Die Einzelheiten sollen zwischen der EFV und dem Institut in einer Vereinbarung geregelt werden (*Abs. 3*).

Art. 34 Rechnungslegung

Die Rechnungslegung einer dezentralen Verwaltungseinheit des Bundes muss sich an den entsprechenden Grundsätzen des Finanzhaushaltsrechts des Bundes bzw. an den Vorgaben zur konsolidierten Rechnung orientieren, damit eine Konsolidierung machbar ist. *Artikel 34* übernimmt die wesentlichen Grundsätze des Finanzhaushaltsrechts, die auch für die Rechnungslegung des Instituts gelten. Sofern es sich als notwendig erweist, kann der Bundesrat darüber hinaus Vorschriften für die Rechnungslegung des Instituts erlassen (*Abs. 5*).

Weil das Institut gewerbliche Leistungen erbringen darf, muss die Vermögens-, Finanz- und Ertragslage mittels einer Spartenrechnung erfolgen (*Abs. 1*). Damit wird es gestützt auf die Rechnungslegung des Instituts ermöglicht, die Einhaltung des Quersubventionierungsverbotes (vgl. Art. 24 Abs. 2) zu überprüfen. Die Spartenrechnung soll weiter so ausgestaltet sein, dass sie auch erlaubt zu prüfen, wie das Institut die verschiedenen finanziellen Mittel (inkl. Präventionsabgaben) mit den jeweils speziellen Zweckbestimmungen verwendet hat (*Abs. 4*).

Art. 35 Steuern

Nach Artikel 62d RVOG²⁰⁶ sind die Eidgenossenschaft sowie ihre Anstalten, Betriebe und unselbstständigen Stiftungen von jeder Besteuerung durch die Kantone befreit.

Sofern das Institut eine Dienstleistungstätigkeit im Wettbewerb mit privaten Anbieterinnen und Anbietern erbringt, unterliegt diese Tätigkeit der Mehrwertsteuer-

²⁰⁶ SR 172.010

pflicht. Der Gesetzgeber hat überdies bei der Verrechnungssteuergesetzgebung darauf verzichtet, den Bund und seine verselbständigten Betriebe von der subjektiven Steuerpflicht der Verrechnungssteuer zu befreien, weshalb das Institut nicht davon befreit werden kann.

3.5.4 4. Abschnitt: Aufsicht

Art. 36

Nach Artikel 8 Absatz 4 RVOG²⁰⁷ beaufsichtigt grundsätzlich der Bundesrat die dezentralisierten Verwaltungseinheiten. Entsprechend dieser Bestimmung soll die Aufsicht über das Institut beim Bundesrat liegen. Der Bundesrat kann im Rahmen seiner Organisationskompetenz regeln, wie er diese Aufsichtsfunktion wahrnehmen will (Art. 24 RVOG). Er kann seine Aufsichtsaufgabe namentlich ganz oder teilweise an das EDI delegieren.

In *Absatz 2* werden in nicht abschliessender Weise die wichtigsten Instrumente aufgeführt, die dem Bundesrat zur Ausübung der Aufsicht über das Institut zur Verfügung stehen: Wahl der Mitglieder des Institutsrates und dessen Präsidentin oder Präsidenten, Genehmigung der Ernennung der Direktorin oder des Direktors, Wahl der Revisionsstelle, Genehmigung des Geschäftsberichts, jährliche Überprüfung der Erreichung der strategischen Ziele aufgrund des Berichts des Institutsrates (vgl. Art. 27 Abs. 2 Bst. a) sowie Entlastung des Institutsrates. In der Praxis wird die Aufsicht vom Departement mit dem engsten Sachzusammenhang wahrgenommen. Für das Institut liegt sie beim EDI, das dem Bundesrat die im Gesetz vorgesehenen Anträge unterbreitet.

Absatz 3 verpflichtet das Institut, dem Bundesrat oder dem Departement, soweit diesem die Wahrnehmung der Aufsichtsfunktion delegiert ist, Einsicht in die Geschäftsunterlagen zu gewähren und ihn über seine Geschäftstätigkeit zu informieren. Der Bundesrat kann Prüfberichte der EFK veranlassen und selbstverständlich auch Einsicht in bestehende Prüfberichte der EFK nehmen.

Die Oberaufsicht des Parlaments und der EFK bleiben vorbehalten (*Absatz 4*).²⁰⁸

3.6 6. Kapitel: Vollzug

Zuständig für die Durchführung der Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen sind entsprechend der bundesstaatlichen Vorgaben grundsätzlich die Kantone. Die Artikel 37–40 enthalten Bestimmungen des Vollzugs und der Umsetzung des vorliegenden Gesetzes, die aufgrund des konkreten Sachgebiets in den Kompetenzbereich des Bundes fallen oder generell der Zuständigkeit des Bundes entsprechen.

²⁰⁷ SR 172.010

²⁰⁸ Mit der parlamentarischen Initiative vom 7. September 2007 der Finanzkommission des Nationalrates (07.494) soll die Mitwirkung der Bundesversammlung bei der Steuerung von verselbständigten Einheiten gestärkt werden. Der von der Kommission auszuarbeitende Gesetzesentwurf liegt zur Zeit noch nicht vor (August 2009).

Art. 37 Internationale Zusammenarbeit

Absatz 1 verpflichtet das Institut sowie die zuständigen Bundesstellen, die Zusammenarbeit mit ausländischen Behörden und Institutionen sowie mit internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen zu suchen und zu pflegen (zur internationalen Zusammenarbeit des Instituts vgl. auch Art. 23 Abs. 3 und Art. 28 Abs. 2 Bst. c). Schon heute arbeiten die in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätigen Bundesstellen in verschiedenen internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen wie der WHO, der EU, der OECD oder dem Euro-parat mit. Dabei ist die Kohärenz zur internationalen Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik zu gewährleisten.²⁰⁹

Absatz 2 ermöglicht dem Bundesrat, z.B. im Falle eines erfolgreichen Abschlusses eines Gesundheitsabkommens mit der EU, die Kantone wie auch die privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen bei einer allfälligen Teilnahme an internationalen Programmen, wie z.B. dem «Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit», zu unterstützen. Diese Unterstützung umfasst insbesondere die Beratung bei der Antragsstellung und bei der Partnersuche für internationale Projekte in der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Sie entspricht damit den Aufgaben, welche Euresearch im Auftrag des Staatssekretariates für Bildung und Forschung (SBF) zur Unterstützung von Schweizer Forschenden bei einer Teilnahme an den Forschungsrahmenprogrammen der EU wahrnimmt.

Nach Artikel 7a Absatz 1 RVOG darf der Bundesrat völkerrechtliche Verträge selbstständig abschliessen, wenn er dazu in einem Bundesgesetz ermächtigt wird. *Absatz 3* räumt ihm diese Kompetenz für zwei Bereiche speziell ein: zum einen für den Abschluss von Verträgen über den gegenseitigen Informationsaustausch (*Bst. a*) und zum andern über den Austausch von statistischen Daten (*Bst. b*). Dabei ist insbesondere an den Austausch von statistischen Daten im Bereich der epidemiologischen Überwachung (vgl. Erläuterungen zu Art. 17 Abs. 2) oder von wissenschaftlichen Daten über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zu denken. Davon ausgenommen ist der Austausch von besonders schützenswerte Personendaten wie auch von Personendaten im Allgemeinen.

Art. 38 Evaluation

Absatz 1 lehnt sich an Artikel 170 BV an, welcher verlangt, dass die Massnahmen des Bundes periodisch auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. In Ergänzung zu den in Artikel 20 verankerten Wirksamkeitsüberprüfungen der Koordinations- und Steuerungsinstrumente dient *Artikel 38* als Grundlage zur Weiterentwicklung des PräVG. Es soll wissenschaftlich ermittelt werden, inwiefern bestimmte Massnahmen tatsächlich die Erwartungen erfüllen und die Ziele erreichen. Im vorliegenden Zusammenhang geht es darum, Stärken und Schwächen dieses Gesetzes zu benennen, seine Wirkungen zu beurteilen und Empfehlungen für eine Optimierung abzugeben.

²⁰⁹ Die Ziele der Schweizerischen Gesundheitsausenpolitik wurden 2006 in einer Vereinbarung zwischen dem Eidg. Departement für auswärtige Angelegenheiten und dem EDI festgehalten.

Nach *Buchstaben a und b* soll das BAG im Rahmen der Evaluation des Gesetzes insbesondere untersuchen, inwieweit sich aufgrund des Gesetzes die Koordination und Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden sowie privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen verbessert hat (*Bst. a*) und wie die von Bund und Kantonen eingesetzten Finanzmittel wie z.B. die Finanzhilfen nach Artikel 14 sowie die Beiträge aus den Präventionsabgaben nach Artikel 12 verwendet werden und wirken (*Bst. b*). Dass die für die Durchführung der Evaluationen notwendigen Daten erhoben und zugänglich gemacht werden, wird durch die Artikel 17 und 19 sichergestellt.

Nach *Absatz 2* hat das Institut dem BAG die für die Durchführung der Evaluation relevanten Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung der nationalen Programme zur Verfügung zu stellen. Aufgrund des in Artikel 8 Absatz 2 Buchstabe b vorgesehenen Wirkungsmanagements werden die Ergebnisse der Wirksamkeitsüberprüfung der mit Beiträgen aus den Präventionsabgaben unterstützten kantonalen Programme und Einzelprojekte kontinuierlich den interessierten Kreisen zugänglich gemacht. Deshalb sind sie hier nicht explizit zu erwähnen.

Die in *Absatz 3* erwähnte Berichterstattungspflicht des EDI an den Bundesrat ergibt sich daraus, dass die Koordination auf der Ebene des Bundesrats sichergestellt werden muss, der Bundesrat damit seinen Pflichten hinsichtlich Wirkungsüberprüfung der Legislative gegenüber nachkommen kann und damit allfällige Evaluations-tätigkeiten der Legislativorgane eine materielle Grundlage erhalten.

Art. 39 Ausführungsbestimmungen

Absatz 1 verpflichtet den Bundesrat, die zum Vollzug des Gesetzes erforderlichen Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Er hat die Kantone und die zuständigen Fachkreise anzuhören. Die Ausführungsbestimmungen umfassen:

- gesetzesvertretendes bzw. -ergänzendes Verordnungsrecht (diese Verordnungsbefugnisse sind im Gesetz in den einschlägigen Bestimmungen ausdrücklich festgehalten);
- Ausführungsrecht, welches die gesetzlichen Verpflichtungen konkretisiert und beispielsweise Begriffe näher umschreibt;
- Verordnungsrecht über die Organisation des Vollzugs, soweit der Bund dafür zuständig ist, sowie über die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Bundesverwaltung.

Im Übrigen kann der Bundesrat den Erlass von Ausführungsbestimmungen nach Artikel 48 Absatz 1 RVOG²¹⁰ an das EDI delegieren.

In Übereinstimmung mit Artikel 48 Absatz 2 RVOG gibt *Absatz 2* dem Bundesrat die Möglichkeit, den Erlass von Ausführungsbestimmungen auf das zuständige Bundesamt zu übertragen.

Art. 40 Übertragung von Aufgaben

Aufgabenübertragungen bedürfen als Ausnahme zur ordentlichen Behördenorganisation einer speziellen Ermächtigung durch den Gesetzgeber. Nach *Artikel 40*, der als formell-gesetzliche Grundlage dient, kann der Bundesrat Aufgaben im Bereich

²¹⁰ SR 172.010

des Vollzugs des Gesetzes auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen. Die Aufgaben der Vollzugsbehörden umfassen auch einzelne sehr technische Bereiche, in denen Organisationen oder Personen, die nicht der Bundesverwaltung angehören, über ein hohes Fachwissen verfügen. In solchen Bereichen kann es zweckmässig und ökonomisch sinnvoll sein, externen Organisationen und Personen mit speziellem Fachwissen einzelne Vollzugsaufgaben zu übertragen. Der vorliegende Artikel schafft – in Übereinstimmung mit dem RVOG²¹¹ – die gesetzliche Grundlage für die Auslagerung von Vollzugsaufgaben.

In *Absatz 2* wird der Bund zur staatlichen Aufsicht verpflichtet und *Absatz 3* regelt die finanzielle Abgeltung der übertragenen Aufgaben.

3.7 7. Kapitel: Schlussbestimmungen

3.7.1 1. Abschnitt: Aufhebung und Änderung bisherigen Rechts

Art. 41

Die nachstehenden Bundesgesetze werden wie folgt geändert:

1. Bundesgesetz vom 22. Juni 1962²¹² über die Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten

Mit der Inkraftsetzung des PräVG kann das Bundesgesetz vom 22. Juni 1962 über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten (Rheumagesetz) aufgehoben werden. Die heute noch massgeblichen Bestimmungen dieses Erlasses werden durch den E-PräVG abgedeckt.

Nach gängiger Praxis werden die auf der Grundlage des Rheumagesetzes gewährten Bundesbeiträge jeweils im Folgejahr auf der Grundlage der Jahresabschlüsse des Vorjahres ausbezahlt. Weil das neue Recht im Vergleich zur bisherigen Regelung des Rheumagesetzes materiell wie verfahrensmässig keine wesentlichen Änderungen beinhaltet, erübrigt sich eine Übergangsordnung. Nach Inkrafttreten des PräVG werden Finanzhilfen an Massnahmen zur Rheumabekämpfung – wie bisher – nur im Rahmen der bewilligten Kredite und – neu – nach Massgabe der bundesrätlichen Strategie nach Artikel 5 gewährt werden. Aus heutiger Sicht ist indessen nicht davon auszugehen, dass diese Finanzhilfen sich in ihrer Höhe wesentlich ändern werden.

2. Tabaksteuergesetz vom 21. März 1969²¹³

Art. 28

Nach geltendem TStG wird der TPF von einer Präventionsorganisation unter Aufsicht des BAG und in Zusammenarbeit mit dem BASPO verwaltet. Gestützt darauf wurde in der TPFV²¹⁴ die Verwaltung des Fonds einer Fachstelle übertragen, die administrativ dem BAG angegliedert ist. Künftig sollen die Einnahmen aus der

²¹¹ SR 172.010

²¹² SR 818.21

²¹³ SR 641.31

²¹⁴ SR 641.316

Tabakpräventionsabgabe direkt an das Institut fliessen, wobei die Verwaltung der Einnahmen nach den Bestimmungen des Präventionsgesetzes erfolgt (Art. 12 und 13).

3. Bundesgesetz vom 18. März 1994²¹⁵ über die Krankenversicherung

Änderung des Gliederungstitels vor Artikel 19

Aufgrund der Aufhebung von Artikel 19 KVG (vgl. unten) ist der aktuelle Gliederungstitel «Förderung der Gesundheit» durch «KVG-Prämienzuschlag» zu ersetzen.

Art. 19

Aufgehoben

Artikel 19 KVG kann aufgehoben werden, weil die Beiträge aus dem Ertrag des KVG-Prämienzuschlags nach neu vorgeschlagenem Artikel 20 KVG nicht mehr durch eine von Kantonen und Versicherten getragene Institution, sondern durch das Institut (siehe oben Ziff. 2.2.1) ausgerichtet werden sollen. Dadurch fällt auch die mit der geltenden Fassung von Artikel 19 KVG geregelte Verpflichtung der Krankenversicherer weg, gemeinsam die allgemeine Krankheitsverhütung zu fördern. Die Versicherer nach Artikel 11 KVG erhalten jedoch die Möglichkeit, dem Bundesrat ein Mitglied des Institutsrates vorzuschlagen (vgl. oben Art. 26 Abs. 2). Gesamtschweizerische bevölkerungsbezogene oder zielgruppenspezifische Massnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung sind somit zukünftig nur noch eine Bundesaufgabe und keine zusätzliche Aufgabe der Krankenversicherer mehr. Die Kostenübernahme für individuelle Leistungen der medizinischen Prävention und der Früherkennung, die in Artikel 26 KVG geregelt ist, wird durch die Aufhebung von Artikel 19 KVG nicht tangiert.

Art. 20

Bereits nach geltender Krankenversicherungsgesetzgebung ist vorgesehen, dass von jeder obligatorisch versicherten Person jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung (Art. 20 Abs. 1 KVG) zu erheben ist. Dieser Beitrag wurde bis anhin vom EDI auf Antrag der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» festgelegt und beträgt zurzeit 2.40 Franken.

An der Erhebung des KVG-Prämienzuschlags im Sinne eines Beitrags oder einer Abgabe aller Versicherten zur Krankheitsverhütung ändert der E-PrävG grundsätzlich nichts. Die erhobenen finanziellen Mittel sollen indessen nicht mehr einer von Versicherern und Kantonen getragenen Präventionsorganisation zukommen, sondern an das Institut fliessen, welches die Einnahmen nach den Bestimmungen des PrävG verwendet (*Abs. 3*).

Eine weitere Änderung gegenüber dem geltenden Recht ergibt sich daraus, dass neu der Bundesrat und nicht mehr das EDI die Höhe des KVG-Prämienzuschlags bestimmt und in einer Verordnung festlegt (*Abs. 5 Bst. a*). Dabei sind die in der bundesrätlichen Strategie festgelegten Vorgaben für die Verwendung der Präventionsabgaben (vgl. oben Art. 5 Abs. 1 Bst d) zu berücksichtigen. Nach den Anforderungen des Legalitätsprinzips müssen Subjekt, Objekt und Bemessungsgrundlage des KVG-Prämienzuschlags auf formellgesetzlicher Stufe festgelegt werden.²¹⁶ Die

²¹⁵ SR 832.10

²¹⁶ VPB 64 (2000), Nr. 25, B/I.

heutige Regelung entspricht insbesondere aufgrund des Fehlens einer Obergrenze und des daraus resultierenden grossen politischen Bewertungsspielraums bei der Festlegung der Höhe des Zuschlags diesen Anforderungen nicht.

Die gesetzlich verankerte Obergrenze ist in *Absatz 2* als Prozentsatz der durchschnittlichen Jahresprämie eines oder einer erwachsenen Versicherten im Sinne von Artikel 61 Absatz 3 KVG formuliert und passt sich damit der jährlichen Prämienentwicklung an. Der KVG-Prämienzuschlag ist für alle versicherten Personen gleich hoch und soll vom Bundesrat als fixer Frankenbetrag festgelegt werden. Grundlage für die Berechnung der bei der Festlegung des Betrages zu berücksichtigende Obergrenze in CHF ist die vom BAG jährlich in der Prämienübersicht publizierte Durchschnittsprämie.²¹⁷

Nach *Absatz 4* fordert das Institut den KVG-Prämienzuschlag bei den Versicherern ein und erhebt bei verspäteter Zahlung einen Verzugszins. Die Einzelheiten des Inkassos, namentlich die Fälligkeit der Zahlung und die Höhe des Verzugszinses bei verspäteter Zahlung, werden durch den Bundesrat festzulegen sein (*Abs. 5 Bst. b*). Durch *Absatz 5 Buchstabe c* wird zudem sichergestellt, dass das Institut über die für Kontrolle der eingemommenen KVG-Prämienzuschläge notwendigen Unterlagen, die ihm die Versicherer unaufgefordert zur Verfügung stellen müssen, verfügt. Für den Fall, dass ein Versicherer die Prämienzuschläge nicht an das Institut überweist, können vorerst die vorhandenen Mittel im Rahmen der Aufsichtskompetenz des BAG, insbesondere nach Artikel 21 Absatz 3 KVG ausgeschöpft werden. Bleibt die Zahlung trotzdem aus, so erlässt das Institut eine Verfügung auf Zahlung des KVG-Prämienzuschlags. Die rechtskräftige Verfügung steht einem vollstreckbaren Urteil im Sinne von Artikel 80 des Bundesgesetzes vom 11. April 1889²¹⁸ über Schuldbetreibung und Konkurs gleich (vgl. dazu Art. 54 Abs. 2 ATSG²¹⁹).

Das Inkasso des Prämienzuschlags wurde im Dezember 2007 neu geregelt, um die Transparenz und Nachvollziehbarkeit für alle Beteiligten zu erhöhen. Die Beiträge der Versicherer werden neu auf der Grundlage des durchschnittlichen jährlichen Versichertenbestands pro Versicherer festgelegt, wie er in den publizierten Aufsichtsdaten des BAG für das Beitragsjahr ausgewiesen wird. Das BAG publiziert die verifizierten Zahlen zum durchschnittlichen Versichertenbestand pro Versicherer jeweils in der zweiten Hälfte des Folgejahrs. Den Versicherern wird für das Beitragsjahr eine A-Konto-Zahlung für den gesamten Jahresbeitrag in Rechnung gestellt, welche auf aktuellsten Aufsichtsdaten beruht, d.h. auf jenen des Vorvorjahres. Sie ist durch die Versicherer mit einer Zahlung per 1. April zu begleichen. Den Versicherern wird eine definitive Schlussabrechnung zugestellt, sobald die Aufsichtsbehörde die definitiven Zahlen zum Beitragsjahr publiziert hat, verbunden mit einer Rechnung bzw. einer Rückerstattung. Diese Praxis soll auch unter dem neuen Recht weitergeführt werden.

²¹⁷ vgl. www.prämien.admin.ch
Für das Jahr 2009 wurde eine monatliche Durchschnittsprämie für eine erwachsene Person (Prämie inkl. Unfalldeckung bei ordentlicher Franchise von 300 Franken) von 322,86 Franken publiziert. 0.125 % der gesamten Jahresprämie von 3874,32 Franken CHF entsprechen folglich 4,84 Franken. Damit beträgt die gesetzliche festgelegte Obergrenze im Jahr 2009 knapp das Doppelte des heute erhobenen Zuschlags von 2,40 Franken pro versicherter Person und Jahr.

²¹⁸ SR 281.1

²¹⁹ SR 830.1

Art. 33 Abs. 2^{bis} Bezeichnung der Leistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt für die gesamte Bevölkerung das finanzielle Risiko im Krankheitsfall ab und wird durch die anerkannten Versicherer durchgeführt. Diese vereinbaren mit den zugelassenen Leistungserbringern, d.h. denjenigen, welche die in Gesetz und Verordnung festgelegten Zulassungsbestimmungen erfüllen, die Vergütung der Leistungen (Tarifverträge, Art. 43 ff. KVG). Die Kosten der Leistungen, die von einem zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt und zugleich Pflichtleistungen darstellen, werden von den Versicherern zurückerstattet (sog. Kostenerstattungsprinzip). Die Leistungserbringer sind in Artikel 35 KVG und den Ausführungsverordnungen abschliessend aufgezählt. Öffentliche kantonale Spitäler oder kantonale ärztliche Dienste können zwar dieselben Leistungen wie eine private Arztpraxis erbringen. Dennoch ist auf Gesetzesebene den Kantonen im Bereich der Erbringung von Leistungen keine eigentliche Rolle zugedacht. Gerade im Bereich der Prävention ist es indessen zur Erfüllung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» der Leistungen (Art. 32 KVG) sowie zur zielorientierten und erfolgreichen Durchführung von bestimmten Massnahmen notwendig, die Kantone einzubeziehen. Zu solchen Massnahmen gehören insbesondere solche, die wie z.B. die Pandemieimpfung oder das Mammografie-Screening eine grosse Zahl von Personen erreichen sollten. Nur so kann eine genügende Vernetzung zwischen Finanzierung der medizinischen Leistungen und Sicherstellung der Erreichung der Präventionsziele durch Information der Bevölkerung und Versorgung erreicht werden. Bereits heute sieht das KVG (Art. 64 Ziff. 6 Buchstabe d) eine entsprechende Rolle der Kantone vor, indem Präventionsleistungen von der Franchise befreit werden können, wenn diese im Rahmen von national oder kantonale organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden. Des Weiteren werden auf Ebene der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995²²⁰ (KLV) die Kantone zur Durchführung von Programmen im Präventionsbereich verpflichtet, wenn die Kostenübernahme der Leistungen durch die Krankenversicherung erfolgen soll. Dies wird damit begründet, dass nur so die Leistungsvoraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden können. Um diese Rolle der Kantone auch auf gesetzlicher Ebene sichtbar zu machen, soll Artikel 33 KVG entsprechen ergänzt werden.

3.7.2 2. Abschnitt: Übergangbestimmungen

Art. 42 Übergang von Rechten und Pflichten auf das Institut

Mit Inkrafttreten des Gesetzes erhält das Institut als Anstalt des öffentlichen Rechts eigene Rechtspersönlichkeit und kann sich somit in eigenem Namen rechtsgeschäftlich verpflichten, klagen und verklagt werden. Der Bundesrat wird den Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bestimmen. Mit Vorteil legt er gleichzeitig auch die Errichtung des Instituts, den Zeitpunkt der Übertragung der Aktiven und Passiven sowie der Rechte und Pflichten fest. Zusätzlich genehmigt er das Übernahmeinventar und die Eröffnungsbilanz. Erfahrungsgemäss entsteht in der Konkretisierungs-

²²⁰ SR 832.112.31

phase der Errichtung von dezentralen Verwaltungseinheiten häufig ein nicht voraussehbarer Regelungsbedarf.

Aus diesem Grund wird dem Bundesrat die zusätzliche Kompetenz eingeräumt, die für den Übergang notwendigen Vorkehren und Vorschriften zu erlassen (*Abs. 1*).

Die im Zeitpunkt des Inkrafttretens vorhandenen Aktiven und Passiven des TPF sollen im Rahmen einer Universalsukzession auf das Institut übertragen werden (*Abs. 2*). Das Fusionsgesetz vom 3. Oktober 2003²²¹ ist nicht anwendbar.

Es ist der Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» freigestellt, wie sie sich nach Inkrafttreten des Gesetzes und somit der Streichung des Artikels 19 KVG²²², neu organisieren und finanzieren will (vgl. dazu auch Ziff. 2.4.6). Der Bundesrat erhält für den Fall einer Auflösung der Stiftung die Kompetenz, eine entsprechende Vereinbarung über die Übernahme eines allfälligen Vermögens abzuschliessen (*Abs. 3*). Dies schliesst die Möglichkeit ein, dass die finanziellen Mittel zugunsten einer Zweckverwendung im Rahmen der Artikel 12 und 13 auf das Institut übertragen werden.

Mit *Absatz 4* wird sichergestellt, dass das Institut auch während der Übergangsphase stets über die erforderlichen Mittel zur Aufrechterhaltung des Betriebs verfügt.

Sofern sich ergibt, dass das Institut kurzfristig für den Aufbau über zusätzliche Mittel verfügen muss, soll es der EFV möglich sein, mit dem Institut einen entsprechenden Darlehensvertrag abzuschliessen (*Abs. 5*).

Art. 43 Übergang der Arbeitsverhältnisse auf das Institut

Das Institut wird für Aufgaben zuständig sein, die heute in der zentralen Bundesverwaltung durch einzelne Einheiten des BAG und die Fachstelle «Tabakpräventionsfonds» erfüllt werden. Diese Arbeitsverhältnisse werden von Gesetzes wegen an das Institut übergehen (*Abs. 1*). Da die Arbeitsverhältnisse des Personals des Instituts nach Artikel 30 dem BPG²²³ unterstehen, muss das BAG den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern weder kündigen, noch muss das Institut sie neu anstellen. Die vom Übergang betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben nach Artikel 333 Absatz 2 OR die Möglichkeit, den Übergang ihres Arbeitsverhältnisses abzulehnen. Diesfalls endet das Arbeitsverhältnis auf Ablauf der gesetzlichen Kündigungsfrist, welche sich nach dem BPG richtet.

Das Institut weist eine neue Organisationsstruktur auf. Dies hat zur Folge, dass sich die einzelnen Arbeitsbereiche und Funktionen unter Umständen ändern. Die Betroffenen können daraus keine Ansprüche an den ehemaligen Arbeitgeber ableiten (*Abs. 2*). In Anlehnung an Artikel 52a Bundespersonalverordnung vom 3. Juli 2001²²⁴ (BPV) besteht während der Dauer von zwei Jahren ein Anspruch auf den bisherigen Lohn.

²²¹ SR 221.301

²²² SR 832.10

²²³ SR 172.220.1

²²⁴ SR 172.220.111.3

3.7.3

3. Abschnitt: Referendum und Inkrafttreten

Art. 44

Das Gesetz untersteht nach Artikel 141 Absatz 1 Buchstabe a BV dem fakultativen Referendum. Der Bundesrat bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens.

4 Auswirkungen

4.1 Auswirkungen auf den Bund

Mit dem Präventionsgesetz werden die gesetzlichen Grundlagen für die Koordination und Steuerung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz spürbar verbessert und neue gesetzliche Grundlagen für die Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten geschaffen. Dabei soll der Bund auf der strategischen Ebene eine Führungsrolle übernehmen.

Der Gesetzesentwurf sieht vor, dass der Bund die neue Aufgabe erhält, gemeinsam mit den Kantonen nationale Ziele für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung zu formulieren (Art. 4) und deren Umsetzung zu überprüfen. Zudem soll er im Hinblick auf die Erreichung dieser nationalen Ziele die Massnahmen und Aktivitäten aller betroffenen Bundesstellen alle vier Jahre durch eine bundesrätliche Strategie (Art. 5) koordinieren. Bei beiden Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten wie auch deren Evaluation (vgl. dazu auch Art. 38) wird das EDI/BAG eine zentrale Rolle in der Prozessführung übernehmen. Die dazu notwendigen personellen und finanziellen Ressourcen sind aus den ordentlichen Budgets des BAG zu finanzieren.

In Ergänzung dazu wird das Institut für die Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation der nationalen Programme (Art. 6 und Art. 20 Abs. 3), die Erbringung fachlicher und methodologischer Unterstützungsmassnahmen zugunsten der Kantone und Dritter (Art. 8) sowie die Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben für Einzelprojekte und kantonale Programme (Art. 13) zuständig sein.

Das Budget des Instituts wie auch der Finanzbedarf für die weiteren neuen Aufgaben, die für den Bund aus der Umsetzung des Präventionsgesetzes resultieren, lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt wie unten dargestellt beziffern (vgl. dazu auch Tabelle 7). Dabei gilt es zu beachten, dass die definitive Bewertung und Gewichtung der einzelnen Aufgaben und der dazu notwendigen Finanzmittel erst im Rahmen der Verabschiedung der ersten strategischen Vorgaben des Bundesrates für das Institut (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 5) erfolgen wird. Mit den bundesrätlichen Vorgaben soll auch – unter Vorbehalt der Budgetentscheide des Parlaments – eine Abstimmung zwischen Aufgaben und Finanzen (vgl. oben Ziff. 2.5) gewährleistet werden. Der Bundesrat soll insbesondere festlegen, welche Anteile aus den Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) dem Institut für die Planung und Umsetzung von nationalen Programmen nach Artikel 6 zur Verfügung gestellt werden (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. d). Die verbleibenden Einnahmen aus den Präventionsabgaben sind vom Institut nach den Artikeln 12 und 13 für Beiträge an Programme und Einzelprojekte der Kantone und Dritter zu verwenden.

- 16,2 Millionen Franken für die Finanzierung des Betriebskredits des Instituts (vgl. auch Erläuterungen zu Art. 32). Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Personalkosten: 9 Millionen Franken, entspricht ca. 60 Vollzeitstellen²²⁵; Arbeitsplatzkosten: 1,2 Millionen Franken (ca. 80 Mitarbeitende); Sachmittel zur Erfüllung der Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 8 sowie Ressortforschungsaktivitäten: 6 Millionen Franken²²⁶;
- 11 Millionen Franken als Beitrag aus dem Bundeshaushalt an die Planung, Durchführung und Evaluation von nationalen Programmen nach Artikel 6 (zu den Beiträgen aus den Präventionsabgaben vgl. unten sowie Erläuterungen zu Art. 12);
- 4 Millionen Franken für den Ausbau der Gesundheitsstatistik (Art. 17), die Förderung der Vereinheitlichung, der Qualität und der zentralen Auswertung der Diagnoseregisterdaten (Art. 18) sowie die Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung (Art. 19).

Die nach diesem Beispiel bei einer haushaltneutralen Umsetzung verbleibenden 8 Millionen Franken können für die Gewährung von Finanzhilfen an national tätige Präventions- und Gesundheitsorganisationen nach Artikel 14 eingesetzt werden.

Die Gesamtaufwendungen des Bundes für die Umsetzung des Präventionsgesetzes belaufen sich somit auf jährlich 39,2 Millionen Franken. Wie in Tabelle 7 dargestellt kann die Finanzierung dieser Leistungen durch einen Transfer der heute beim BAG für die entsprechenden Aufgaben eingestellten Mittel (inkl. Personalaufwand) sichergestellt werden (haushaltneutrale Umsetzung).

²²⁵ Als Berechnungsgrundlage wurde die Anzahl und die Lohnklassenverteilung des heute beim BAG für Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung (ohne Epidemienbekämpfung und Pandemievorbereitung) zuständigen Personals beigezogen.

²²⁶ Dies entspricht dem Jahresbudget ähnlicher Organisationen wie z.B. der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA) oder der Stiftung Radix.

Finanzierung Umsetzung Präventionsgesetz und aktuelle Aufwendungen des BAG für Präventionsmassnahmen

Heutige Aufgaben des BAG	Ausgaben 2008 in Mio. Franken	Zukünftige Aufgaben nach Präventionsgesetz	Budget in Mio. Franken		
			Institut	BAG	Total
Personalaufwand (ca. 60 Vollzeitstellen, ohne Arbeitsplatzkosten)	9,0	Betriebskosten Institut, davon: – Personalaufwand – Arbeitsplatzkosten – Sachmittel ²	16,2		
Ressortforschung ¹	1,8				
Präventionsprogramme inkl. Evaluation (Präventionskredit)	24,7	Nationale Programme inkl. Evaluation ³	11,0		
Beitrag an kantonale Krebsregister und NICER	1,2	Weiterentwicklung Gesundheitsstatistik und Diagnoseregister		4,0	
Beiträge an Präventions- und Gesundheitsorganisationen	1,3	Finanzhilfen nach Artikel 14		8,0	
Total	38,0	Total	27,2	12,0	39,2

¹ gemäss ARAMIS-Datenbank

² Aufwendungen für Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 8 und Ressortforschung (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 32).

³ Bundesbeitrag; zusätzlich kann im Rahmen der bundesrätlichen Strategie ein Teil der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und KVG-Prämienzuschlag) für die Finanzierung von Nationalen Programmen nach Artikel 6 eingesetzt werden.

Gleichzeitig ist auch davon auszugehen, dass für die Erreichung der nationalen Ziele längerfristig zusätzliche Mittel für die Finanzierung von nationalen Programmen nach Artikel 6 – insbesondere zu wichtigen nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten wie z.B. Krebs oder Depression –, wie auch der Beiträge an Programme und Einzelprojekte der Kantone und Dritter im Sinne von Artikel 12 Absatz 3 benötigt werden. Die jährlichen Einnahmen bei den Präventionsabgaben belaufen sich heute auf ca. 16 Millionen Franken bei der Tabakpräventionsabgabe und auf ca. 18 Millionen Franken beim KVG-Prämienzuschlag. Sollte der Mittelbedarf für die Präventionsanstrengungen auf längere Sicht zunehmen, wird dies eine Erhöhung des aktuell bei 2.40 Franken pro Person und Jahr liegenden KVG-Prämienzuschlags zur Folge haben (vgl. dazu Ziff. 4.3).

Sollte der Bundesrat als Konsequenz der am 9. April 2008 vom Bundesrat verabschiedeten Reformstossrichtungen zur Aufgabenüberprüfung im Aufgabenbereich «Gesundheit von Mensch und Tier»²²⁷ Einsparungen im Präventionsbereich vorse-

²²⁷ Vgl. Ergänzungsbericht des Bundesrates zum Legislaturfinanzplan 2009-2011 vom 9. April 2008; S. 9 – einsehbar unter: www.efv.admin.ch/d/dokumentation/downloads/themen/bundesfinanzen/finanzplan/Ergaenzungsbericht_Legislaturfinanzplan_2009_2011_d.pdf.

hen, so ist dies über eine Kürzung des Bundesbeitrages an die nationalen Programme nach Artikel 6 (vgl. Erläuterungen zu Art. 32) und einen Ausbau der Beiträge aus den Präventionsabgaben (insbesondere KVG-Prämienzuschlag) an die nationalen Programme zu erreichen (vgl. Erläuterungen zu Art. 32). Alternativ ist auch ein Verzicht auf den vorgesehene Ausbau der Finanzhilfen an nationale Dachorganisationen in Betracht zu ziehen. Zudem sind aus der Optimierung der organisatorischen Strukturen im Präventionsbereich gewisse Einsparungen zu erwarten. Auch hier sollen die definitiven Entscheide erst im Rahmen der Verabschiedung der ersten bundesrätlichen Strategie gefällt werden.

Wie in Ziffer 2.4.4 ausgeführt, kann zum aktuellen Zeitpunkt (September 2009) keine Aussage darüber gemacht werden, ob der Stiftungsrat von «Gesundheitsförderung Schweiz» einer Integration des Stiftungsvermögens in das Institut – wie in Artikel 42 Absatz 3 vorgesehen – zustimmen wird. Somit können die für den Institutsgründungsprozess notwendigen Ressourcen zum aktuellen Zeitpunkt (September 2009) nicht beziffert werden. Gleichzeitig hängen die genauen organisatorischen Konsequenzen der Schaffung des Instituts auf das BAG und allfällige weitere Bundesstellen von den definitiven gesetzlichen Rahmenbedingungen ab und können somit erst nach Verabschiedung der Vorlage durch die Eidg. Räte im Detail dargestellt werden.

4.2 Auswirkungen auf Kantone und Gemeinden

Das Präventionsgesetz schafft neue Mitwirkungsmöglichkeiten für die Kantone und somit auch für die Gemeinden und Städte. Gleichzeitig ergeben sich aus dem Gesetzesentwurf für die Kantone keine Vollzugsaufgaben im engeren Sinne.

Der E-PrävG trägt dem föderalistischen Staatsaufbau Rechnung und belässt oder überträgt den Kantonen verschiedene Aufgaben und Verpflichtungen:

- Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen unter spezieller Berücksichtigung von Massnahmen, die auf die nationalen Ziele ausgerichtet sind (Art. 11 Abs. 2);
- Erhebung von statistischen Daten in ausgewählten Themenbereichen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung (Art. 17 Abs. 1);
- Zur Verfügung stellen von statistischen Daten für die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung (Art. 19 Abs. 2).

Je nach bereits bestehendem Engagement im Bereich von Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung kann die Einrichtung oder der Ausbau der in Artikel 11 aufgeführten Angebote für die Kantone, Städte und Gemeinden einen personellen wie auch finanziellen Mehraufwand bedeuten. Die vorhandenen statistischen Angaben zu den Ausgaben der Kantone für Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Ziff. 1.1.2) lassen aufgrund des veralteten Erfassungssystems keine quantitativen Aussagen über den Mehraufwand zu, der für die einzelnen Kantone aus der Umsetzung des Präventionsgesetzes resultiert.

Andererseits gibt das Gesetz den Kantonen die Möglichkeit, die Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen gemeinsam zu organisieren und anzubieten (vgl. Art. 11 Abs. 1). Entlastet werden die Kantone zudem durch die vom Bund geführten übergeordneten Steuerungs- und Koordinationsprozesse

300 Franken) von 3874.32 Franken²²⁹ macht die Abgabe heute gut 0,06 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie aus. Mit der Änderung von Artikel 20 Absatz 2 KVG wird die Obergrenze für den Prämienzuschlag auf 0,125 Prozent der durchschnittlichen Jahresprämie eines oder einer erwachsenen Versicherten im Sinne von Artikel 61 Absatz 3 KVG festgelegt. Somit wäre zum aktuellen Zeitpunkt höchstens eine Verdoppelung auf 4.80 Franken pro versicherter Person und Jahr möglich. Auch in diesem Falle liegt der Zuschlag prozentual weiterhin deutlich unter den Zuschlägen, die im Bereich der Nichtberufsunfallprävention (nach Art. 2 der VO vom 6. Juli 1983²³⁰ über die Festsetzung der Prämienzuschläge für die Unfallverhütung 0,75 % der durchschnittlichen Nettoprämie der Nichtberufsunfallversicherung) bzw. der Strassenverkehrsprävention (nach Art. 1 der VO vom 13. Dezember 1976²³¹ über einen Beitrag für die Unfallverhütung im Strassenverkehr ebenfalls 0,75 % der Nettoprämie der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung) erhoben werden.²³²

Der E-PrävG enthält keine Massnahmen, die sich direkt an Unternehmen richten. Hingegen kann insbesondere die Kommunikationsbranche durch allfällige zusätzliche Aufträge für Informationstätigkeiten, insbesondere massenmediale Kampagnen von einem verstärkten Engagement des Staates im Bereich der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung profitieren.

Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft

Zusammen mit der Bildung fördert der Gesundheitszustand die Akkumulation und den Abruf des vorhandenen Erfahrungs-, Fähigkeits- und Wissenspotenzials (Humankapital oder Humanvermögen) einer Bevölkerung. Mit dem technischen Fortschritt und dem (privaten und öffentlichen) Kapital gehört das Humankapital heute zu den für das Wirtschaftswachstum entscheidenden Faktoren. Die individuelle Gesundheit und der Gesundheitszustand der Bevölkerung haben daher einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Wirtschaftslage eines Landes. Zum einen bremsen ein besserer Gesundheitszustand das Anwachsen der Gesundheitsausgaben. Zum anderen erhöht er durch eine verlängerte Gesundheitserwartung und entsprechend verbesserte Partizipationsmöglichkeiten am Arbeitsplatz das Produktionspotenzial der Bevölkerung. Dies ist angesichts der demografischen Herausforderungen («demografische Schrumpfung») wünschenswert. Es sind daher längerfristig positive fiskalische und nicht fiskalische Auswirkungen auf die Volkswirtschaft zu erwarten.

Erhöhte Gesundheitsrisiken gehen nicht nur mit höheren Krankheitsbehandlungskosten (direkte Kosten), sondern auch mit Folgekosten z.B. durch Arbeitsausfall (indirekte volkswirtschaftliche Kosten) einher (siehe Tabelle 8).

Es liegt inzwischen eine Reihe gesundheitsökonomischer Studien vor, welche – wie in Tabelle 8 dargestellt – die direkten oder indirekten Kosten der durch Prävention teilweise vermeidbaren Krankheiten bestimmen und/oder die Wirtschaftlichkeit von Präventions- und Früherkennungsmassnahmen beurteilen. Dabei werden sowohl

²²⁹ vgl. www.praemien.admin.ch

²³⁰ SR **832.208**

²³¹ SR **741.811**

²³² Der Prämienzuschlag für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten beläuft sich nach Art. 1 der Verordnung vom 6. Juli 1983 über die Festsetzung der Prämienzuschläge für die Unfallverhütung (SR **832.208**) auf 6,5 Prozent der Nettoprämie der Berufsunfallversicherung.

verschiedene Massnahmen miteinander als auch deren Kosten mit den gesundheitlichen Effekten verglichen; zugleich werden die Kosten des Nicht-Handelns (d.h. der Verzicht auf Präventionsmassnahmen) erfasst. Für die Schweiz fehlt derzeit ein breit akzeptierter Ansatz, der es erlaubt, die verschiedenen Massnahmen mit einer einheitlichen Methode zu beurteilen.

Tabelle 8

Folgekosten von Krankheiten und Unfällen (Daten für 2003 in Milliarden Franken)²³³

Risikofaktor	gesamte soziale Kosten	direkte Kosten im Gesundheitswesen (Anteil an den Gesundheitskosten)	indirekte volkswirtschaftliche Kosten	immaterielle Kosten
Berufsunfälle und Berufskrankheiten	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	nicht beziffert
Arbeitsbedingter Stress	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
Strassenverkehrsunfälle	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
Tabakkonsum	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
Psychische Störungen	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	nicht beziffert
Alkoholmissbrauch	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
Drogenmissbrauch	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
Übergewicht	2,85	1,20–1,70 (2,4–3,4 %)	1,14–1,65	nicht beziffert

Aussagen zum kurzfristigen Kostenreduktionspotenzial von Präventions-, Früherkennungs- und Gesundheitsförderungsmassnahmen werden durch die lange Latenzzeit zwischen Massnahme und Wirkung und die komplexen Interaktionen von Verhaltens- und Verhältnisprävention erschwert. Die von der EFV (in Zusammenarbeit mit dem BAG) als Ergänzung des Legislaturfinanzplans 2009–2011 erarbeiteten Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen ermöglichen jedoch eine Abschätzung des Einflusses des Gesundheitszustandes auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem in den nächsten 50 Jahren.²³⁴ Dabei werden drei Szenarien unterschieden:

- *Referenz-Szenario*: Die Hälfte der aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung zusätzlichen Lebensjahre kann die Bevölkerung in einem guten Gesundheitszustand verbringen (teilweise Ausweitung der Morbidität).
- *«Pure-Ageing-Szenario»*: Die aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung zusätzlichen Lebensjahre erlebt die Bevölkerung in einem schlechten Gesundheitszustand (Ausweitung der Morbidität).

²³³ Quelle: BAG, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004

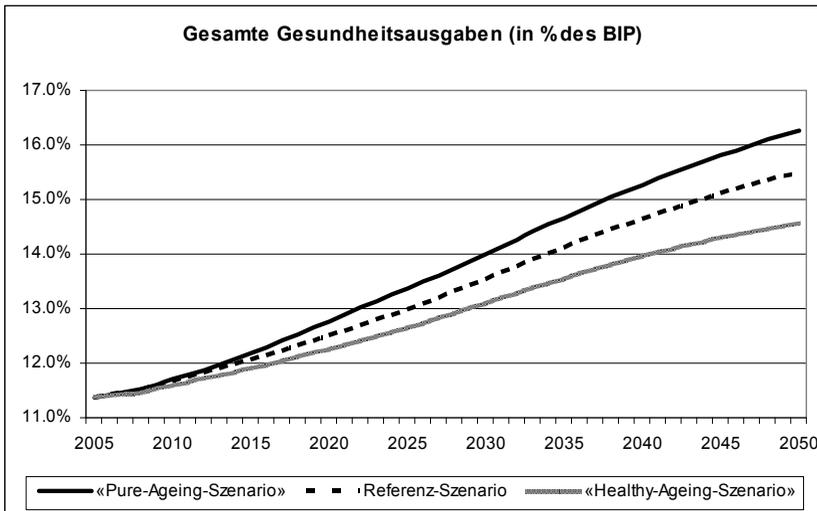
²³⁴ Eidg. Finanzverwaltung: Legislaturfinanzplan 2009–2011, Bern, Februar 2008, Seiten 115ff.

- «Healthy-Ageing-Szenario»: Alle der aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung zusätzlichen Lebensjahre kann die Bevölkerung in einem guten Gesundheitszustand verbringen (Verringerung der Morbidität).

Wie in Abbildung 2 dargestellt werden im Referenz-Szenario – primär bedingt durch die demografische Entwicklung – die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung von heute 52,76 Milliarden Franken (Basisjahr 2005; entspricht einem BIP-Anteil von 11,4 Prozent) auf 220,89 Milliarden Franken (BIP-Anteil von 15,5 Prozent) im Jahr 2050 ansteigen.²³⁵ Im «Pure-Ageing-Szenario» würde das Wachstum gar auf 232,07 Milliarden Franken (BIP-Anteil von 16.3 Prozent) steigen. Gelingt es jedoch durch Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung zu verbessern («Healthy-Ageing-Szenario»), reduzieren sich die im Jahre 2050 zu erwartenden Kosten um 13,30 Milliarden Franken und resultieren in einem BIP-Anteil von 14,6 Prozent.

Abbildung 2

Entwicklung der Gesundheitskosten in Prozentanteilen des BIP zwischen 2005 und 2050²³⁶



Da nach dem heutigen Finanzierungssystem ein Grossteil dieser Kosten von den öffentlichen Haushalten getragen wird (Kantonsbeiträge an die Spitalpflege, Bundes- und Kantonsbeiträge an die individuelle Prämienverbilligung), hat diese Entwicklung auch massgebliche Auswirkungen auf die für die öffentliche Hand zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen (siehe Abbildung 3). Hier kann im «Healthy-Ageing-Szenario» verglichen mit dem Referenz-Szenario der BIP-Anteil

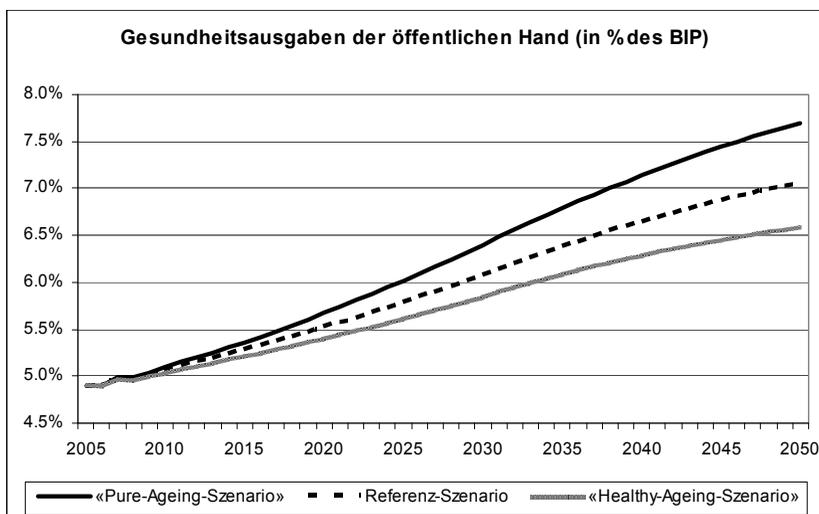
²³⁵ In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die aus der allgemeinen Einkommensentwicklung resultierenden Nachfrage- und Angebots effekte im Gesundheitswesen im Referenzszenario etwa knapp die Hälfte des realen Wachstums der gesamten Gesundheitsausgaben erklären.

²³⁶ Quelle: Eidg. Finanzverwaltung

um 0,5 Prozentpunkte reduziert werden (6,6 Prozent anstelle von 7,1 Prozent – in absoluten Zahlen beträgt diese potenzielle Einsparung 6,90 Milliarden Franken). Die Studie der EFV kommt deshalb auch zum Schluss, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung eine wirkungsvolle Massnahme darstellen könnten, um die im Referenzszenario zu erwartende Kostenentwicklung zu dämpfen. Da Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigen, können sie zu einer weiteren – in den dargestellten Szenarien nicht enthaltenen – Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen.

Abbildung 3

Entwicklung der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand in Prozentanteilen des BIP zwischen 2005 und 2050²³⁷



Eine vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im April 2008 publizierte Studie zur Kostenentwicklung in der Langzeitpflege kommt zu einem ähnlichen Schluss:²³⁸ Werden die 65-jährigen und Älteren auch in Zukunft trotz zunehmender Lebenserwartung nicht später, sondern nur länger pflegebedürftig als heute, so steigen die Kosten für die Langzeitpflege von heute 7,3 Milliarden Franken (Basisjahr 2005) auf 17,8 Milliarden Franken im Jahr 2030 an.²³⁹ Tritt die Pflegebedürftigkeit hingegen später auf (Abnahme der Inanspruchnahme), so werden sich die Kosten auf 16,2 Milliarden Franken belaufen, was einer Kosteneinsparung von

²³⁷ Quelle: Eid, Finanzverwaltung

²³⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Arbeitsdokument 34, Neuenburg, April 2008 – einsehbar unter www.obsan.admin.ch.

²³⁹ Ein Grossteil des Kostenwachstums, das direkt mit der aufgrund der demografischen Entwicklung wachsenden Anzahl der über 80-jährigen Personen zusammenhängt, ist unvermeidbar.

1,6 Milliarden Franken pro Jahr entspricht. Diese Ergebnisse zeigen gemäss Aussagen der Autorinnen und Autoren der Studie deutlich, welchen Stellenwert Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung und zur Wahrung der Selbstständigkeit im Alter beitragen, bei der Eindämmung des Kostenanstiegs in der Langzeitpflege haben könnten.

Die finanziellen Auswirkungen der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit) auf die IV lassen sich aufgrund der Komplexität der unterschiedlichen Einflussfaktoren (Alter bei Verrentung, Erfolgchancen für Wiedereingliederung etc.) nicht mit ausreichender Genauigkeit beziffern.

Wie unter Ziffer 1.2.3 ausgeführt beliefen sich die statistisch erfassten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 2007 auf 1,28 Milliarden Franken. Dies entspricht 2,3 Prozent der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Damit liegt die Schweiz unter dem Durchschnitt der OECD von 2,7 Prozent. In diesem Betrag nicht enthalten sind die Aufwendungen für Massnahmen der medizinische Prävention und der Früherkennung, welche auf der Grundlage von Artikel 26 KVG²⁴⁰ durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung getragen werden, da hierzu keine statistischen Angaben der Krankenversicherer vorliegen. In diesem Betrag ebenfalls nicht enthalten sind die Ausgaben für Medikamente, welche wie z.B. blutdrucksenkende Mittel oder Medikamente zur Regulation des Fettstoffwechsels, mit sekundärpräventiver Absicht verschrieben werden. Auf Bundesebene werden heute neben den Bundesmitteln (ohne Personalausgaben ca. 27,6 Mio. Franken pro Jahr) primär die Präventionsabgaben, d.h. die Tabakpräventionsabgabe (Einnahmen in der Höhe von 16 Millionen Franken pro Jahr) und der KVG-Prämienzuschlag (Einnahmen in der Höhe von 18 Millionen Franken pro Jahr), zur Finanzierung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen eingesetzt (siehe dazu auch Tabelle 4 unter Ziff. 1.2.3).²⁴¹

Diesen Ausgaben stehen, wie in Tabelle 8 dargestellt, jährliche Gesamtaufwendungen für potenziell vermeidbare Krankheiten von über 30 Milliarden Franken entgegen.

Basieren Präventionsbemühungen auf strukturellen Massnahmen – wie z.B. ein Verbot des Verkaufs von Süssgetränken an öffentlichen Schulen – können sie zu finanziellen Einbussen für die betroffenen Unternehmen führen. Strukturelle Präventionsmassnahmen lassen sich aber nicht direkt auf das Präventionsgesetz abstützen, sondern bedingen eine Änderung oder Ergänzung der bestehenden Spezialgesetze auf Bundes- und/oder Kantonebene (vgl. Erläuterungen zu Art. 2 Abs. 2 Bst. b). Sollte der Bundesrat die Einführung struktureller Massnahme als ein zweck- und verhältnismässiges Vorgehen zur Erreichung der nationalen Ziele erachten, so wird er diese im Rahmen der Verabschiedung der jeweils für vier Jahre geltenden bundesrätlichen Strategie vorschlagen (siehe Erläuterungen zu Art. 5 Abs. 1). Somit können die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen für die Unternehmen zum

²⁴⁰ SR 832.10

²⁴¹ Im Bereich der Unfallprävention (Berufs- und Nichtberufsunfall sowie Verkehrsunfälle) stehen mit den Zuschlägen auf der Berufsunfallversicherungsprämie (ca. 100 Millionen Franken pro Jahr), auf der Nichtberufsunfallversicherungsprämie (ca. 24 Millionen Franken pro Jahr) sowie auf der Prämie der Motorfahrzeughaftpflichtversicherung (ca. 18 Millionen) jährlich insgesamt gut 140 Millionen Franken für Präventionsmassnahmen zur Verfügung (siehe Tabelle 5 unter Ziff. 1.2.3).

aktuellen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden. Der E-PrävG sieht jedoch in Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe a vor, dass die Auswirkungen der bundesrätlichen Strategie auf Gesellschaft, Wirtschaft und Umwelt prospektiv abgeschätzt werden. Als zentraler Aspekt dieser Abschätzungen sind dabei die Interessenskonflikte zwischen dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und der möglichen Einschränkung der individuellen wie aber auch der unternehmerischen Freiheit anzusprechen und auszuloten. Dabei sind allerdings ideelle Einschränkungen der individuellen Freiheit von den allenfalls damit verbundenen kommerziellen Einbussen einzelner Wirtschaftszweige zu trennen. Auch wenn durch strukturelle Präventionsmassnahmen der Absatz einzelner Produkte eingeschränkt wird, darf davon ausgegangen werden, dass sich diese Einschränkungen nicht in vollem Umfang negativ auf die Gesamtnachfrage nach Gütern und Dienstleistungen niederschlagen, da die Konsumentinnen und Konsumenten anstelle der eingeschränkten Produkte andere Produkte nachfragen werden.

4.4 Auswirkungen auf die Gesellschaft und Nachhaltigkeitsbeurteilung (NHB)

Nach Artikel 141 Absatz 2 Buchstabe g ParlG²⁴² sind in Botschaften zu Erlassentwürfen die Auswirkungen des Erlasses auf Wirtschaft, Gesellschaft, Umwelt und künftige Generationen darzustellen. Dazu wurde in Ergänzung zur RFA (vgl. oben Ziff. 4.3) eine grobe NHB des E-PrävG gemäss Leitfaden des Bundesamtes für Raumentwicklung²⁴³ durchgeführt.²⁴⁴ Die NHB dient der frühzeitigen Abschätzung der Auswirkungen eines Vorhabens auf alle Dimensionen der nachhaltigen Entwicklung (Gesellschaft, Umwelt, Wirtschaft) und der Erkennung von Zielkonflikten.

Bei den Auswirkungen des E-PrävG auf die Wirtschaft decken sich die Ergebnisse der NHB mit denjenigen der RFA, diese sind unter Ziffer 4.3 dargestellt. Sie können insgesamt als klar positiv bezeichnet werden, da die durch Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung ermöglichte Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der (arbeitsfähigen) Bevölkerung die Arbeitsproduktivität steigert und zu einer Dämpfung der Entwicklung der Gesundheitskosten führt (vgl. dazu auch die Abbildungen 2 und 3).

Auf die Umwelt hat der E-PrävG keinen relevanten Einfluss.

Im Bereich Gesellschaft führt der E-PrävG insgesamt ebenfalls zu positiven Effekten. So wird nicht nur der Gesundheitszustand der Bevölkerung erhalten und verbessert, sondern auch die Chancengleichheit und die Solidarität zwischen den Gesellschaftsschichten gestärkt, sofern es gelingt, allen Gesellschaftsschichten einen besseren Zugang zu gesundheitsrelevanten Informationen sowie zu zielgruppenspezifischen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zu verschaffen.

²⁴² SR 171.10

²⁴³ Bundesamt für Raumentwicklung: Nachhaltigkeitsbeurteilung. Leitfaden für Bundesstellen und weitere Interessierte, Bern, November 2008 – einsehbar unter www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00270/03005/index.html?lang=de.

²⁴⁴ Ecoplan: Nachhaltigkeitsbeurteilung NHB zum Präventionsgesetz, Bern, September 2009 – einsehbar unter www.bag.admin.ch/pgf2010.

5 Verhältnis zur Legislaturplanung

Die Vorlage ist in der Botschaft vom 23. Januar 2008²⁴⁵ über die Legislaturplanung 2007–2011 und im Bundesbeschluss vom 18. September 2008²⁴⁶ über die Legislaturplanung 2007–2011 angekündigt.

6 Rechtliche Aspekte

6.1 Verfassungsmässigkeit

Der E-PrävG stützt sich einerseits auf Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV; für die Erhebung des KVG-Prämienzuschlags ist Artikel 117 Absatz 1 BV die verfassungsrechtliche Grundlage.

Gemäss Artikel 118 Absatz 2 BV erlässt der Bund Vorschriften in spezifischen gesundheitsrelevanten Bereichen. Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV räumt dem Bund die Kompetenz ein, Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren zu erlassen. Das staatliche Instrumentarium zur Bekämpfung von Krankheiten ist auf Verfassungsebene nicht bestimmt. Der Begriff «Bekämpfung» wurde zunehmend ausgeweitet, und ist heute nicht nur auf Massnahmen zur «Abwehr» von Krankheiten beschränkt. Es ist deshalb unumstritten, dass der Bund alle geeigneten und notwendigen Regelungen, die auf die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten abzielen, erlassen kann. Er ist somit nicht einzig auf die Regelung gesundheitspolizeilicher Instrumente wie Verbote, Gebote, Bewilligungspflichten beschränkt. Vielmehr kann er auch Regelungen über die Verhütung und die Behandlung bestimmter Krankheiten einschliesslich der damit verbundenen Forschung erlassen. Gesundheitsförderung kann er indessen nur soweit betreiben oder diesbezüglich gesetzgeberisch tätig werden, als ein genügend enger Sachzusammenhang mit der Verhütung der genannten Krankheiten besteht. «Gesundheit» kann umfassender verstanden werden, als bloss im Sinn der Abwesenheit von Krankheit, und entsprechend kann Gesundheit als Gut auch in viel weiterem Ausmass gefördert werden. Eine solch weitgehende Gesundheitsförderung wird von der Bundeskompetenz nicht erfasst, sondern liegt in der Kompetenz der Kantone. Folglich ist es dem Bund verwehrt, eine umfassende, nicht krankheitsspezifische Gesundheitsförderung zu betreiben. Wo durch Private zu erbringende Leistungsangebote für die Bekämpfung der in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV genannten Krankheiten fehlen, kann der Bund finanzielle Anreize schaffen. Schliesslich kann er auch Regelungen erlassen zur Information der Öffentlichkeit über die Problematik gewisser Krankheiten oder über die Durchführung verhaltenslenkender Kampagnen. Entscheidend ist, dass diese Massnahmen in einem Bezug zu den in Buchstabe b zu «bekämpfenden» Krankheiten stehen oder zumindest die für diese Krankheiten anerkannten Risikofaktoren (Adipositas, Bluthochdruck, übermässiger Alkoholkonsum, Rauchen, etc.) reduzieren. Die Massnahmen können also entweder dazu dienen, eine Krankheit nicht entstehen zu lassen oder ein Mittel für die Krankheitsbekämpfung zu schaffen. Ebenfalls können Massnahmen der Gesundheitsförderung darunter fallen, sofern sie dazu dienen, bestimmte Krankheiten nicht entstehen zu lassen.

²⁴⁵ BBl 2008 798, 824

²⁴⁶ BBl 2008 8547

Unter übertragbaren Krankheiten werden Krankheiten nach EpG²⁴⁷ verstanden (vgl. Art. 3 Bst. e E-PrävG). Zu diesen Krankheiten gehören etwa Tuberkulose oder HIV/Aids. Stark verbreitet sind Krankheiten, die häufig sind und überregional auftreten (vgl. Art. 3 Bst. f E-PrävG). Als stark verbreitete Krankheiten gelten namentlich nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes oder Herz-Kreislaufkrankungen, suchtbedingte Störungen sowie psychische Krankheiten. Das Merkmal der Bösartigkeit bezieht sich schliesslich auf Krankheiten, die das Leben bedrohen oder erhebliche Beeinträchtigungen der Gesundheit nach sich ziehen (vgl. Art. 3 Bst. g E-PrävG). Bösartige Krankheiten sind beispielsweise Krebskrankheiten. Was die Prävention, die Früherkennung und die Gesundheitsförderung bezüglich der genannten Krankheiten im E-PrävG anbelangt, stützen sich die entsprechenden Massnahmen auf Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV.

Artikel 117 Absatz 1 BV erteilt dem Bund einen umfassenden Gesetzgebungsauftrag im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Prävention kann im Sinne einer generellen präventiven Schadenminderung als Teil der KV gelten. Weil die Versicherungstätigkeit über Prämien finanziert wird, können auch Regelungen über die allgemeine Krankheitsprävention als Teil der Krankenversicherungstätigkeit und ihre Finanzierung aus Prämienzuschlägen als Bestandteil der Bundeskompetenz nach Artikel 117 BV gelten. Die Erhebung eines Prämienzuschlags für allgemeine Krankheitsprävention lässt sich aufgrund des Sachzusammenhangs auf Artikel 117 BV stützen und bedarf keiner expliziten und spezifischen Verfassungsgrundlage, soweit ein genügend enger Zurechnungszusammenhang – d.h. eine qualifizierte Gruppenäquivalenz – zwischen dem Kreis der Versicherungsnehmer als Abgabepflichtigen und dem Kreis der Personen, denen die Abgabeverwendung zugute kommt, bejaht werden kann, d.h. soweit die Präventionsmassnahme geeignet ist, die durch die Versicherung zu deckenden Kosten zu mindern (vgl. Erläuterungen zu Art. 12). Die Erhebung eines KVG-Prämienzuschlags nach Artikel 20 KVG²⁴⁸ und die Zweckbindung dieser Abgabe nach Artikel 12 Absatz 1 E-PrävG sind damit verfassungskonform.

6.2 Vereinbarkeit mit internationalen Verpflichtungen

Die Vorlage berührt keine internationalen Verpflichtungen der Schweiz. Im Bereich der nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten bestehen für die Schweiz noch keine rechtlichen Verpflichtungen gegenüber der Europäischen Union (EU). Das BAG führt im Auftrag des Bundesrates mit der Europäischen Kommission Verhandlungen im Hinblick auf ein mögliches Gesundheitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU. Gegenstand dieser Verhandlungen ist auch die Teilnahme der Schweiz an den Aktionsprogrammen der EU im Bereich Gesundheit (vgl. Ziff. 2.6.3).

Das Präventionsgesetz stellt eine adäquate Rechtsgrundlage zur Zusammenarbeit mit den EU-Strukturen im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten sowie der Gesundheitsförderung dar. Für die Zusammenarbeit mit der europäischen Exekutivagentur für Gesundheit und Verbraucher (vgl. Ziff. 2.6.2 und 2.6.3) ist es keine Voraussetzung, dass auf nationaler

²⁴⁷ SR 818.101

²⁴⁸ SR 832.10

Ebene eine rechtlich verselbstständigte Verwaltungseinheit auftritt (vgl. dazu auch Erläuterungen zu Art. 37).

6.3 Erlassform

Die Vorlage beinhaltet wichtige rechtsetzende Bestimmungen, die nach Artikel 164 Absatz 1 BV in der Form des Bundesgesetzes zu erlassen sind. Das vorliegende PräVG folgt demzufolge dem Verfahren der einfachen Gesetzgebung.

6.4 Unterstellung unter die Ausgabenbremse

Die Vorlage untersteht nicht der Ausgabenbremse nach Artikel 159 Absatz 3 Buchstabe b BV, da sie weder neue einmalige Ausgaben von mehr als 20 Millionen Franken, noch neue wiederkehrende Ausgaben von mehr als 2 Millionen Franken nach sich zieht.

6.5 Vereinbarkeit mit dem Subventionsgesetz

6.5.1 Bundesbeitrag an das Institut

Bedeutung der Subvention für die Erreichung der angestrebten Ziele

Der Bundesbeitrag an das Institut dient einerseits der Finanzierung der in Artikel 32 Absatz 1 abschliessend aufgeführten Aufgaben des Instituts wie auch zur Abgeltung der für die Aufgabenerfüllung notwendigen Betriebskosten (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 32 Abs. 1). Andererseits dient er – nach Massgabe der bundesrätlichen Strategie – zur Teilfinanzierung der Erarbeitung und Umsetzung nationaler Programme nach Artikel 6 (vgl. dazu Erläuterungen zu Art. 32 Abs. 2).

Materielle und finanzielle Steuerung

Nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstaben a und d legt der Bundesrat alle vier Jahre basierend auf den nationalen Zielen nach Artikel 4 sowohl die strategischen Ziele des Instituts, die Vorgaben für die nationalen Programme wie auch die Vorgaben für die Verwendung der Präventionsabgaben nach Artikel 12 fest. Basierend auf diesen Vorgaben wird der Bundesrat auch den jährlichen Bundesbeitrag an das Institut im Voranschlag und in den Finanzplänen als Globalbetrag einstellen. Dadurch wird die Abstimmung zwischen Aufgaben und Finanzen sichergestellt. Die Finanzhoheit des Parlamentes wird dadurch nicht tangiert.

Die Leistungsmessung erfolgt nach Artikel 27 Absatz 2 Buchstabe a aufgrund der jährlichen Berichterstattung des Institutsrates.

6.5.2

Finanzhilfen an gemeinnützige Organisationen

Bedeutung der Subventionen für die Erreichung der angestrebten Ziele

Der Bund unterstützt gemeinnützige Organisationen aus den Bereichen Gesundheit, Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung und Selbsthilfe (Präventions- und Gesundheitsorganisationen) mit Strukturbeiträgen für Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen von gesamtschweizerischer Bedeutung.

Aufgrund der demografischen Alterung der Gesellschaft ist in den nächsten Jahren und Jahrzehnten mit einer weiteren Zunahme bei den chronischen nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und andere Folgekrankheiten von Übergewicht oder Depressionen zu rechnen (vgl. oben Ziff. 1.1).

Präventions- und Gesundheitsorganisationen wie Gesundheitsligen oder Patienten- und Selbsthilfeorganisationen nehmen wichtige Aufgaben in der Prävention und Früherkennung chronischer Krankheiten wahr, in dem sie über Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten aber auch über gesundheitsförderliche Lebens- und Verhaltensweisen informieren. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zu Reduktion der Krankheitsfälle. Gleichzeitig engagieren sie sich auch in der Beratung, Betreuung und Unterstützung Chronischkranker. Sie tragen unter anderem zur Verbesserung von deren Gesundheitskompetenz im Umgang mit der eigenen Krankheit bei, und fördern damit eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems. Damit leisten Präventions- und Gesundheitsorganisationen nicht nur einen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Schweiz, sondern tragen langfristig auch zur Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitskosten bei (vgl. dazu auch oben Ziff. 4.3).

Aufgrund der demografischen Alterung der Bevölkerung wird die Nachfrage nach Informationen über chronische Krankheiten sowie die diesbezügliche Beratung und Unterstützung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter zunehmen. Ohne Bundesbeiträge können die Präventions- und Gesundheitsorganisationen diese zusätzlichen Leistungen nicht erbringen. Eine Reduktion der Finanzhilfen würde eine entsprechende Reduktion der Leistungen der unterstützten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zur Folge haben, wenn nicht vermehrt Drittmittel, d.h. insbesondere private Spendengelder generiert werden können.

Materielle und finanzielle Steuerung

Für die als Globalbeiträge auszurichtenden Finanzhilfen werden mit den begünstigten Präventions- und Gesundheitsorganisationen vierjährige Leistungsverträge sowie jährliche Leistungsvereinbarungen abgeschlossen. Darin werden die von der Empfängerin oder vom Empfänger der Finanzhilfe zu erreichenden Ziele samt Indikatoren und Standards sowie die Verwendung der ausgerichteten Mittel festgelegt. Werden die vertraglich vorgegebenen bzw. vereinbarten Ziele nicht erreicht oder andere Pflichten verletzt, besteht die Möglichkeit, die Finanzhilfen zu kürzen oder gegebenenfalls zurückzufordern.

Die Leistungsmessung (bezüglich Einhaltung der vertraglichen Vorgaben) erfolgt durch jährliche Berichterstattung. Artikel 14 führt zu keinem Rechtsanspruch von gemeinnützigen Organisationen auf Finanzhilfen. Durch den Kreditvorbehalt wird zudem den Erfordernissen der Finanzpolitik Rechnung getragen.

Die mit den Finanzhilfen insgesamt erzielten Wirkungen werden im Rahmen der Evaluation des Gesetzes nach Artikel 38 periodisch überprüft.

Die Obergrenze der Finanzhilfen nach Artikel 14 sowie weitere strategische Vorgaben, welche bei der Vergabe zu berücksichtigen sind, werden vom Bundesrat – unter Vorbehalt der Budgetentscheide des Parlaments – im Rahmen der Verabschiedung der bundesrätlichen Strategie nach Artikel 5 festgelegt werden (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 5 Abs. 1 Bst. d). Da die inhaltliche Ausrichtung der strategischen Vorgaben des Bundesrates massgeblich von den nationalen Zielen nach Artikel 4 abhängt, können zum aktuellen Zeitpunkt weder konkrete Aussagen über den Kreis der Begünstigten noch über die absolute Höhe des Finanzbedarfs gemacht werden. Eine mögliche Gewichtung der Finanzhilfen im Vergleich zu den übrigen Aufwendungen nach Präventionsgesetz kann der Tabelle 7 in Ziffer 4.1 entnommen werden.

Durch die Festlegung einer Obergrenze der für die Berechnung der Finanzhilfe anrechenbaren Ausgaben im Ausführungsrecht zum E-PrävG soll der in Artikel 7 Buchstabe c SuG²⁴⁹ enthaltene Forderung, dass die Empfängerinnen und Empfänger von Finanzhilfen entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Eigenleistungen zu erbringen haben, Rechnung getragen werden.

Verfahren der Beitragsgewährung

Die Präventions- und Gesundheitsorganisationen reichen dem BAG ein Unterstützungsgesuch ein. Bei der Gesuchsprüfung sind insbesondere die strategischen Vorgaben des Bundesrates nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe d von Bedeutung. Diese sollen insbesondere sicherstellen, dass die Aktivitäten der vom Bund unterstützten Organisationen einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele nach Artikel 4 leisten. Zudem fördern sie den koordinierten Mitteleinsatz.

Die Transparenz über die Mittelvergabe wird im Rahmen der Finanzberichterstattung des Bundes sichergestellt.

Die Empfängerinnen und Empfänger der Finanzhilfen haben bei der Verwendung der Finanzhilfen die Gesetzgebung im Bereich des öffentlichen Beschaffungswesens zu berücksichtigen.

Degressive Ausgestaltung der Finanzhilfen

Eine Befristung oder degressive Ausgestaltung der Finanzhilfen ist nicht vorgesehen, da es sich bei den nach Artikel 14 Absatz 2 besonders unterstützungswürdigen Tätigkeiten der Präventions- und Gesundheitsorganisationen, welche gesamtschweizerisch tätig sind, um Daueraufgaben handelt. Die Gewährung von Beiträgen an lokale, kantonale aber auch nationale Einzelprojekte erfolgt nach Massgabe der Artikel 12 und 13.

6.6 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen

Der Gesetzesentwurf enthält neben Artikel 39, welcher dem Bundesrat die Kompetenz zum Erlass von Ausführungsbestimmungen gibt, auch in Artikel 40 Absatz 3 eine Delegationsnorm zum Erlass von Verordnungsrecht. Der Bundesrat darf damit innerhalb der vom Gesetz beschriebenen Grenzen gesetzsergänzendes Verord-

²⁴⁹ SR 616.1

nungsrecht erlassen. Diese Delegationen betreffen Regelungen, deren Details den Konkretisierungsgrad der Gesetzesebene wesentlich überschreiten würden. Verfassungsrechtlich müssen sich Delegationsermächtigungen auf einen bestimmten Regelungsgegenstand beschränken, dürfen also nicht unbegrenzt sein. Die Rechtsetzungsermächtigungen beschränken sich deshalb jeweils auf einen bestimmten Regelungsgegenstand und sind nach Inhalt, Zweck, und Ausmass hinreichend konkretisiert. Die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen wird damit dem Bestimmtheitsgrundsatz gerecht und ist somit verfassungsrechtlich ausreichend umrissen.

Weitere Delegationsnormen finden sich in den organisationsrechtlichen Bestimmungen zum Institut. Im Einzelnen hat der Bundesrat die folgenden Kompetenzen:

- Übertragung weiterer Aufgaben an das Institut (Art. 22 Abs. 2);
- Erlass von Vorschriften zur Rechnungslegung (Art. 34 Abs. 5).

