



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Indikatoren «Gesundheit 2020»

Aktualisierung 2017

Erstellt vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in Zusammenarbeit
mit dem Bundesamt für Gesundheit

Neuchâtel, 2017

Impressum

Auftraggeber

Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern GS-EDI und Bundesamt für Gesundheit BAG

Projektleitung

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Nicole Ruch, Monika Diebold

Bundesamt für Gesundheit BAG: Jeremy Koch, Pinky Girardin, Claude Vuffray

Autorenschaft (pro Institution in alphabetischer Reihenfolge)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Laila Burla, Monika Diebold, Laure Dutoit, Damian Hedinger, Dimitri Kohler, Clémence Merçay, Sacha Roth, Nicole Ruch, Isabelle Sturny, Marcel Widmer

Bundesamt für Gesundheit BAG: Homa Attar Cohen, Martin Gebhardt, Pinky Girardin, Jörg Indermitte, Jeremy Koch, Virginie Masserey Spicher, Hans Matter, Stefan Otto, Jean-Luc Richard, Reto Treier

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze.....	5
A) Einleitung	5
B) Übersicht über die Indikatoren nach Zielen «Gesundheit 2020»	8
C) Indikatoren im Detail	10
1 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	11
2 Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt	13
3 Kosten des Gesundheitswesens in Prozent des BIP	15
4 Anteil der zu Hause Verstorbenen an allen Verstorbenen	17
5 Rate der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen ab 65 Jahren	19
6 Rate der Klientinnen und Klienten der Spitex ab 65 Jahren, die Pflegeleistungen beziehen	21
7 Anteil Pflegefachpersonal am gesamten Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen	23
8 Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: COPD.....	25
9 Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: Diabetes.....	27
10 Mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern.....	29
11 Symptomreduktion bei stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken	31
12 Medizinische Strahlenbelastung pro Person.....	33
13 Relevante Antibiotika-Resistenzen bei wichtigen klinischen Keimen.....	35
14 Infektionen nach Coloneingriffen	37
15 Durchimpfungsquote Masern	39
16 Neue HIV Diagnosen	41
17 Anteil Frauen ab 50 Jahren mit einer Mammografie im Rahmen eines Früherkennungsprogramms.....	43
18 Anteil Personen von 50 bis 69 Jahren mit einer Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung.....	45
19 Anteil tägliche Raucherinnen und Raucher.....	47
20 Anteil körperlich inaktive Personen.....	49
21 Anteil Personen mit Adipositas.....	51
22 Suizidraten	53
23 Anteil Personen mit Depression bei Arbeitslosigkeit.....	55
24 Anteil Personen, die chronisch risikoreiche Alkohol trinken	57
25 Anteil Personen mit episodisch risikoreichem Alkoholkonsum.....	59
26 Monatsprävalenz Cannabiskonsum	61
27 Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln.....	63
28 Gesundheitszustand bei tiefem vs. hohem Einkommen	65
29 Anteil Personen die aus finanziellen Gründen eine Gesundheitsleistung nicht beziehen	67
30 Mittlere Prämienbelastung vor und nach Prämienverbilligung.....	69
31 Potentiell vermeidbare Rehospitalisierungen	71
32 OKP Kosten der Medikamente im ambulanten Bereich (teuerungsbereinigt).....	73
33 Überprüfte Arzneimittel auf Spezialitätenliste und Anteil Preissenkungen	75
34 Anteil der Generika am generikafähigen Markt	77
35 OKP Kosten pro versicherte Person (teuerungsbereinigt).....	79
36 Leistungserbringer in der hochspezialisierten Medizin vor vs. nach HSM-Zuteilungsentscheid..	81
37 Meinung der Bevölkerung zum Gesundheitssystem	83
38 Patientenzufriedenheit im Akutspital	85
39 Patientenzufriedenheit in Kliniken der Rehabilitation.....	87

40	Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen) im Akutspital.....	89
41	Prävalenz von Stürzen im Akutspital.....	91
42	Anzahl überprüfte Leistungen, die nach KVG vergütet werden	93
43	Rate der postmortalen Organspenderinnen und -spender pro Million Einwohnerinnen und Einwohner	94
44	Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die mit eMedikation arbeiten	96
45	Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die ein elektronisches Patientendossier führen.....	98
46	Ausbildungsabschlüsse in Humanmedizin	100
47	Ausbildungsabschlüsse von Pflegefachpersonal.....	102
48	Wanderungssaldo ausländischer Ärztinnen und Ärzte.....	104
49	Wanderungssaldo Pflegefachpersonal.....	106
50	Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger in ländlichen vs. städtischen Regionen	108
51	Prämien in Bezug auf Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)	110
52	Anteil aller Versicherten die bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind.....	112

Das Wichtigste in Kürze

- Der Bericht stellt 52 Indikatoren dar, die Messungen zu zehn der zwölf Ziele von «Gesundheit2020» enthalten. Die zehn Ziele sind unterschiedlich gut abgebildet mit minimal zwei, maximal elf Indikatoren.
- Bei 31 Indikatoren liegen neue Daten vor, die eine Aktualisierung erlaubten.
- Internationale Vergleiche wurden – wo vorhanden – bei allen Indikatoren ergänzt.
- Die Aktualisierung der Indikatoren zeigt generell ein stabiles Bild. Die meisten Veränderungen im Vergleich zum letzten Datenerhebungs-Jahr sind gering. Die Zeitspanne ab dem Beginn von «Gesundheit2020» ist noch immer zu kurz, um allfällige Trendänderungen zu erkennen.
- Der grösste Anteil der aktualisierten Indikatoren, nämlich 18, findet sich in derselben Kategorie wieder wie im vergangenen Jahr. Bei fünf Indikatoren hat sich Kategorieneinteilung gegenüber der Ausgangslage vor einem Jahr verbessert, bei acht Indikatoren verschlechtert.
- Der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Ziel 1.3) weist praktisch keine neuen Daten auf, weil die grossen Befragungen in mehrjährigem Abstand durchgeführt werden.
- Eine Weiterführung der Auswertungen über die kommenden Jahre – mit gewissen Ergänzungen und Adaptationen – ist nach wie vor notwendig, wenn der Zweck dieses Indikatorensystems erreicht werden soll.
- Dieses Dokument setzt sich zusammen aus (A) der Einleitung, (B) einer Übersichtstabelle über alle Indikatoren und (C) 52 Doppelseiten mit Beschreibung, Auswertung und weiterführenden Informationen zu den einzelnen Indikatoren.

A) Einleitung

Ausgangslage und Umsetzung

Der Bundesrat hat im Januar 2013 die Strategie «Gesundheit2020» verabschiedet. Mit insgesamt 36 Massnahmen in allen Bereichen des Gesundheitssystems soll die Lebensqualität gesichert, die Chancengleichheit gestärkt, die Versorgungsqualität erhöht und die Transparenz verbessert werden. Die Massnahmen werden bis 2020 schrittweise und unter Einbezug aller wichtigen Akteure umgesetzt mit dem Ziel, das Schweizer Gesundheitssystem optimal auf die kommenden Herausforderungen auszurichten und gleichzeitig bezahlbar zu halten.

Das vorliegende Indikatorenset wurde im Auftrag des Generalsekretariats des Departements des Inneren (GS-EDI) erstellt, um Messungen zur Zielerreichung über die nächsten Jahre zur Verfügung zu haben. Die Konzeptarbeiten und die Basisauswertungen der vorgeschlagenen Indikatoren wurden vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit BAG durchgeführt.

Dieser Bericht enthält die erste Aktualisierung der Indikatoren. Aufgrund der kurzen Zeitspanne zwischen der Erstauswertung und dieser Aktualisierung sind nicht bei allen Indikatoren neue Daten verfügbar. Dies ist vor allem der Fall bei den Indikatoren zum Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren». Diese Daten stammen zum grossen Teil aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und der Befragung zum «Health Behaviour of School Aged Children» HBSC. Beide grossen Befragungen finden in mehrjährigen Abständen statt, die SGB nächstes Mal 2017, die HBSC 2018. Insgesamt konnten 31 Indikatoren der 52 aktualisiert werden.

Der Auswertungsbericht soll jedes Jahr alle ausgewählten 52 Indikatoren enthalten, auch diejenigen, die nicht aktualisiert werden konnten. Die Indikatoren sind zehn der zwölf Ziele von «Gesundheit2020» zugeordnet. Aus praktischen Gründen existieren nicht zu jedem Ziel gleich viele Indikatoren. Für zwei Ziele wurden bereits während der Konzeptarbeit keine Indikatoren, sondern nur eine Beurteilung mittels Evaluationsprogrammen vorgeschlagen.

Gewisse Indikatoren können im Lauf der Weiterentwicklung verbessert oder ersetzt werden, sobald entsprechende Daten zur Verfügung stehen. Eine Beurteilung von «Gesundheit2020» anhand der vorliegenden Indikatorensammlung ist grundsätzlich nicht vollständig möglich. Qualitative Aussagen, bzw. eine Evaluation müssen sie vor allem da ergänzen, wo die Auswahl der quantitativen Indikatoren den Bereich zu wenig breit abdeckt.

Internationale Vergleiche wurden – wo vorhanden – in den Bericht integriert. Es ist zu beachten, dass die Methoden, die im internationalen Umfeld verwendet werden, nicht immer eins zu eins mit den Schweizer Auswertungen vergleichbar sind, doch ein Gegenüberstellung der Schweiz mit anderen Ländern kann bei den präsentierten internationalen Resultaten trotzdem vorgenommen werden.

Resultate

Die Indikatoren wurden wie im Vorjahr nach der Tendenz in Bezug auf die Zielerreichung in Kategorien eingestuft. Grün bedeutet dabei, dass der Trend in Richtung des entsprechenden Ziels der Strategie «Gesundheit2020» geht oder das Ziel erreicht ist. Rot signalisiert einen negativen Trend, d.h. einen, der entgegen der Richtung des Ziels aus der Strategie «Gesundheit2020» zeigt. Gelb liegt dazwischen. Von den 31 Indikatoren, für welche neue Daten zur Verfügung standen, findet sich der grösste Anteil, nämlich 18, in derselben Kategorie wieder wie im vergangenen Jahr. Bei fünf Indikatoren hat sich die Kategorieneinteilung gegenüber der Ausgangslage vor einem Jahr verbessert, bei acht Indikatoren verschlechtert. Die Veränderungen sind zum Teil marginal, so dass möglicherweise ein erneuter Wechsel der Kategorie bevorsteht in den kommenden Jahren.

Im Einzelnen zeigen die folgenden Indikatoren einen Kategoriensprung in die positive Richtung:

- Indikator 2: Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt: Seit der Verabschiedung von «Gesundheit2020», zwischen 2013 und 2014 sind diese Kosten weniger gewachsen als im Durchschnitt der Jahre 2000–2013, somit wurde die Zielvorgabe erreicht. Jedoch sind die Werte über die Jahre schwankend und das Resultat kann im Moment nicht als stabil bezeichnet werden.
- Indikator 4: Anteil der zu Hause Verstorbenen: Dieser Anteil war seit Beginn der Messung 2006 jährlich gesunken und ist von 2013 auf 2014 stabil geblieben. Daher wird das Resultat neu in die gelbe statt in die rote Kategorie eingeteilt.
- Indikator 6: Rate der Klientinnen und Klienten der Spitex ab 65 Jahren: Nach einer stabilen Phase folgte ein geringer Anstieg von 2014 auf 2015, womit der „Trend“ seit 2013 in Richtung des Ziels geht und der Indikator aktuell in die grüne Kategorie fällt.
- Indikator 7: Anteil Pflegefachpersonal an gesamtem Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen: Dieser Anteil hat sich im letzten Jahr stabilisiert nach einem leichten Rückgang in den Vorjahren. Damit wird die Zielerreichung für «Gesundheit2020» vorläufig neutral beurteilt, d.h. der Indikator wird der gelben statt der roten Kategorie zugeteilt.
- Indikator 49: Wanderungssaldo ausländisches Pflegefachpersonal: Der Saldo ist im letzten Jahr deutlich zurückgegangen und liegt auch tiefer als 2013. Das bedeutet, dass der Indikator neu der grünen Kategorie zugewiesen wird. Jedoch ist der sinkende Saldo vor allem auf eine verstärkte Auswanderung zurückzuführen, während die Einwanderungen geringfügig zunahmen.

Eine Veränderung in die negative Richtung weisen folgende Indikatoren auf, die damit in den Kategorien abgestiegen sind:

- Indikatoren 8 und 9: Rate der vermeidbaren Spitaleintritte bei COPD und Diabetes: Die Raten sind im vergangenen Jahr generell etwas angestiegen (COPD weist jedoch bei Männern denselben Wert auf wie 2013). Die Indikatoren finden sich demzufolge neu in der roten Kategorie wieder. Dazu muss jedoch bemerkt werden, dass die Schweiz im internationalen Vergleich bei beiden Indikatoren tiefe Werte aufweist.

- Indikator 15: Durchimpfungsquote Masern: Bei diesem Indikator zeigt sich ein stabiler Wert in den letzten Jahren, der jedoch noch immer deutlich unterhalb des gewünschten Zielwerts liegt. Damit erhält der Indikator die Farbe Gelb.
- Indikator 29: Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen eine Gesundheitsleistung nicht beziehen: Dieser Anteil hat im letzten Jahr (von 2013 auf 2014) zugenommen. Obwohl berücksichtigt werden muss, dass der Stichprobenrahmen geändert hat und dass das Ergebnis nicht signifikant ist, wird der Indikator neu der roten Kategorie zugeteilt.
- Indikatoren 32 und 35: OKP-Kosten der Medikamente im ambulanten Bereich und pro versicherte Person, teuerungsbereinigt: Im letzten Jahr (2014–2015) sind beide Werte angestiegen, nachdem sie zwischen 2013 und 2014 nur marginal zugenommen hatten. Somit werden sie neu der roten Kategorie zugewiesen.
- Indikator 51: Prämien in Bezug auf Kosten in der OKP: Die Werte des letzten Messjahres sind im Vergleich zum Vorjahr minimal näher, im Vergleich zu 2013 etwas weiter entfernt von der Zielvorgabe. Der Indikator wechselt von der grünen zur gelben Kategorie.
- Indikator 52: Anteil der Versicherten, die bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind: Bei diesem Indikator wird ein Sprung des Anteils nach oben beobachtet, womit das Ziel nicht nur gegenüber 2015, sondern auch gegenüber 2014 und 2013 deutlich verfehlt wird. Der Indikator fällt neu in die rote Kategorie.

Beurteilung

Die Aktualisierung der Indikatoren zeigt generell ein stabiles Bild. Die meisten Veränderungen im Vergleich zum letzten Datenerhebungs-Jahr sind gering. Die Zeitspanne ab der Einführung von «Gesundheit2020» ist noch immer zu kurz, um allfällige Trendänderungen zu erkennen.

Typisch zeigt sich dies bei den Kosten des Gesundheitswesens pro Person: Sie sind von 2013 auf 2014 um 1,8% und damit geringer gewachsen sind als im Durchschnitt seit 2000. Betrachtet man die jährlichen Veränderungen im ganzen Zeitraum einzeln, bewegen sich diese zwischen -0,2% (2006) und 4,6% (2001). Es lässt sich unmöglich beurteilen, ob der Wert 2014 auf eine Trendumkehr hindeutet oder ob es ein Zufallswert ist. Der Blick auf die übrigen Kostenindikatoren lässt an einer Trendumkehr zweifeln. Der Kostenanstieg als Anteil des BIP liegt über dem Durchschnitt der zwölf Vorjahre. Weitere Kostenindikatoren in Teilbereichen zeigen ebenfalls eine Zunahme an: Die OKP-Medikamentenkosten und die OKP-Kosten pro Person sind auch seit 2013 stärker gestiegen als die Teuerung, wie schon früher. Ein abschliessendes Urteil vorzunehmen wäre somit vermessen.

Zu berücksichtigen ist bei der aktuellen Berichterstattung auch, dass der Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention praktisch keine neuen Daten aufweist. Dies ist aus fachlicher Sicht vertretbar, denn das Verhalten der Bevölkerung lässt sich kaum innerhalb eines Jahres verändern.

Eine Beobachtung über die kommenden Jahre wird klarer aufzeigen, ob sich angedeutete Trends weiter fortsetzen.

B) Übersicht über die Indikatoren nach Zielen «Gesundheit 2020»

	Der Trend ist negativ, zeigt in eine Richtung entgegen dem Ziel aus Strategie Gesundheit2020.
	Die Werte sind unverändert.
	Der Trend geht in Richtung des Ziels Gesundheit2020 oder das Ziel ist erreicht.
	Es gibt noch keinen Trend (nur eine Messung).
2014	Der Indikator wurde mit Daten bis 2014 aktualisiert.
2015	Der Indikator enthält Daten bis 2015, konnte aber nicht aktualisiert werden.

Nr	Titel	Trend ¹
Ziel 1.1: Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern		
1	Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren	2014
2	Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt	2014
3	Kosten des Gesundheitswesens in Prozent des BIP (Legislaturindikator)	2014
4	Anteil der zu Hause Verstorbenen an allen Verstorbenen	2014
5	Rate der Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen ab 65 Jahren	2015
6	Rate der Klientinnen und Klienten der Spitex ab 65 Jahren	2015
7	Anteil Pflegefachpersonal am gesamten Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen	2015
8	Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: COPD	2015
9	Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: Diabetes	2015
10	Mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern	2015
11	Symptomreduktion bei stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken	2014
Ziel 1.2: Gesundheitsschutz komplettieren		
12	Medizinische Strahlenbelastung pro Person	2013
13	Relevante Antibiotika-Resistenzen bei wichtigen klinischen Keimen	2016
14	Infektionen nach Coloneingriffen	2014
15	Durchimpfungsquote Masern	2015
16	Neue HIV-Diagnosen	2015
Ziel 1.3: Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren		
17	Anteil Frauen ab 50 Jahren mit Mammografie im Rahmen eines Früherkennungsprogramms	2012
18	Anteil Personen von 50 bis 69 Jahren mit einer Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung	2012
19	Anteil tägliche Raucher/innen (Erwachsene / Jugendliche)	2012 2014
20	Anteil körperlich inaktive Personen (Erwachsene / Jugendliche)	2012 2014
21	Anteil Personen mit Adipositas (Erwachsene / Jugendliche)	2012 2014
22	Suizidraten	2014
23	Anteil Personen mit Depression bei Arbeitslosigkeit	2012
24	Anteil Personen, die chronisch risikoreich Alkohol trinken	2012

¹ und Jahr der letzten Messung

Nr	Titel	Trend ¹	
		2012	2014
25	Anteil Personen, die episodisch risikoreich Alkohol trinken (Erwachsene / Jugendliche)	2012	2014
26	Monatsprävalenz Cannabiskonsum (Erwachsene / Jugendliche)	2012	2014
27	Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln	2012	
Ziel 2.1: Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken			
28	Gesundheitszustand bei tiefem vs. hohem Einkommen	2014	
29	Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen eine Gesundheitsleistung nicht beziehen	2014	
30	Mittlere Prämienbelastung vor und nach Prämienverbilligung	2015	
Ziel 2.2: Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten			
31	Potentiell vermeidbare Rehospitalisierungen	2012	
32	OKP-Kosten der Medikamente in der ambulanten Bereich, teuerungsbereinigt	2015	
33	Anteil überprüfte Medikamente auf Spezialitätenliste	2014	
34	Anteil der Generika am generikafähigen Markt	2015	
35	OKP-Kosten pro versicherte Person, teuerungsbereinigt	2015	
36	Leistungserbringer, die in der hochspezialisierten Medizin Leistungen erbringen nach vs. vor HSM-Zuteilungsentscheid	2015	
Ziel 2.3: Versicherte und Patienten/-innen stärken			
37	Meinung der Bevölkerung zum Gesundheitssystem	2016	
38	Patientenzufriedenheit im Akutspital	2015	
39	Patientenzufriedenheit in Kliniken der Rehabilitation	2015	
Ziel 3.1: Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern			
40	Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen) im Akutspital	2015	
41	Prävalenz von Stürzen im Akutspital	2015	
42	Anzahl überprüfte Leistungen, die nach KVG vergütet werden	noch keine Daten	
43	Rate der postmortalen Organspenderinnen und -spender pro Million Einwohnerinnen und Einwohner	2015	
Ziel 3.2: eHealth stärker einsetzen			
44	Anteil Grundversorger/innen, die mit eMedikation arbeiten	2015	
45	Anteil Grundversorger/innen, die ein elektronisches Patientendossier führen	2015	
Ziel 3.3: Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal			
46	Ausbildungsabschlüsse von Ärztinnen und Ärzten	2015	
47	Ausbildungsabschlüsse von Pflegefachpersonal	2015	
48	Wanderungssaldo ausländischer Ärztinnen und Ärzte (für 2014)	2015	
49	Wanderungssaldo ausländisches Pflegefachpersonal	2015	
50	Dichte der Grundversorger/innen in ländlichen vs. städtischen Regionen	2014	
Ziel 4.1: Das System vereinfachen und Transparenz schaffen			
51	Prämien in Bezug auf Kosten in der OKP	2015	
52	Anteil aller Versicherten, die bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind	2016	

¹ und Jahr der letzten Messung

C) Indikatoren im Detail

- Die Beschreibung jedes Indikators beginnt mit einem Ausschnitt aus dem Ziel zu «Gesundheit 2020».
- Anschliessend wird auf die Bedeutung des Indikators eingegangen.
- Es folgt eine quantifizierbare Zielvorgabe für den Indikator selbst.
- Kernstück ist die Grafik mit dem Zeitverlauf, gefolgt von ihrer Beschreibung.
- Im letzten Teil sind weitere Informationen zu Definitionen und Methoden, sowie weiterführende Links und Referenzen zu finden.

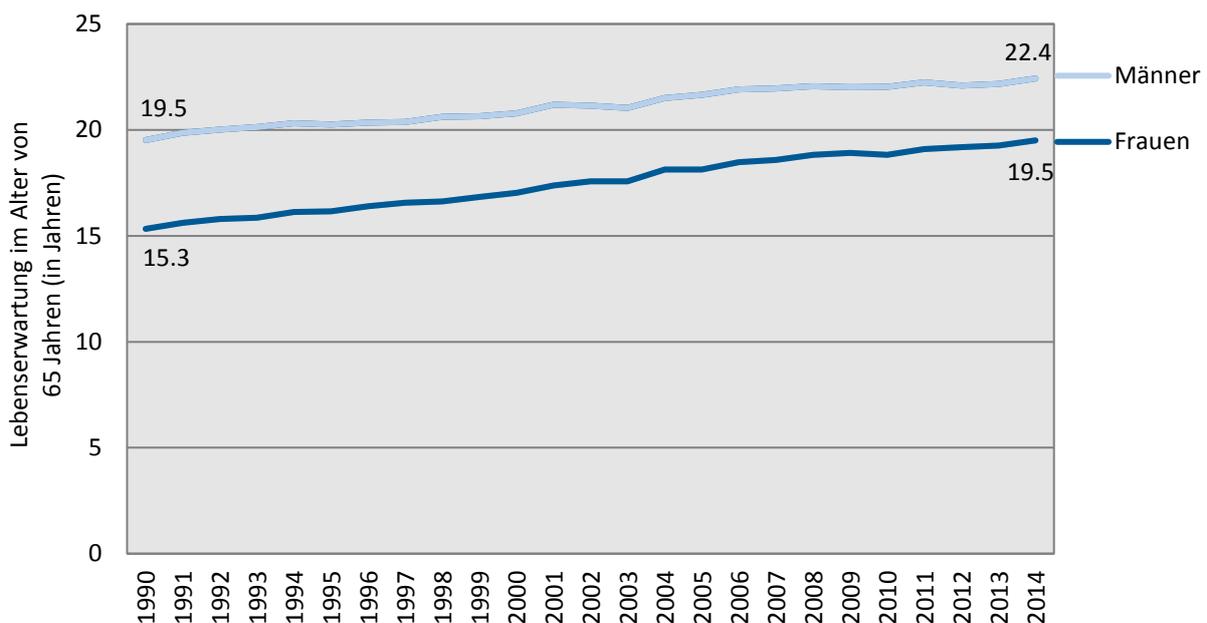
1 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren

Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator gibt über die Langlebigkeit und damit über die Gesundheit der Bevölkerung Auskunft. Zu den Faktoren, die die Erhöhung der Lebenserwartung *im Alter von 65 Jahren* erklären, zählen Fortschritte in der medizinischen Versorgung in Kombination mit einem breiteren Zugang zur Gesundheitsversorgung, einem gesünderen Lebensstil und besseren Lebensbedingungen vor und nach Erreichen des 65. Lebensjahrs (OECD, 2010). Somit gibt dieser Indikator einen groben Überblick, ob sich die Gesundheitsversorgung eines Landes in die richtige Richtung bewegt. Daneben liefert die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren auch Hinweise für die Versorgungsplanung, da damit eine Prognose der Zahl älterer Menschen erstellt werden kann.

Quantifizierbares Ziel: Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren bleibt mindestens gleich hoch wie in den letzten Jahren.

Abb. 1 Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren, nach Geschlecht, Schweiz, 1990–2014



Quellen: BFS – Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) und Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) /Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist in den letzten Jahrzehnten bei Frauen und Männern gestiegen, wobei Frauen ein höheres Ausgangsniveau zeigen. Eine 65-jährige Frau kann im Jahr 2014 damit rechnen, noch 22,4 Jahre zu leben, 2,9 Jahre länger als 1990. In den letzten Jahren haben die Männer jedoch aufgeholt: Die Zunahme der Lebenserwartung der Männer beträgt über dieselbe Zeitspanne 4,2 Jahre. Ein 65-jähriger Mann hat 2014 eine Lebenserwartung von 19,5 Jahren.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz vorne, jedoch vor allem bei den Frauen nicht mehr ganz an der Spitze. Gemäss Daten der OECD (2016)² für das Jahr 2014 nehmen die Schweizer Männer im Alter von 65 Jahren mit einer Lebenserwartung von 19,6 Jahren den zweitvordersten Rang nach Frankreich ein. Die Lebenserwartung der 65-jährigen Schweizer Frauen ist mit 22,7 Jahren die sechsthöchste der OECD-Länder hinter Japan, Frankreich, Spanien, Korea und Italien.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Lebenserwartung beschreibt das durchschnittliche Todesalter einer fiktiven Generation unter den heutigen/ gegenwärtigen Voraussetzungen. Eine fiktive Generation ist eine Generation, welche in jedem Lebensjahr dasselbe (fiktive) Sterberisiko aufweist wie die Personen, die heute im selben Alter sind.

Formel für die Berechnung der Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren:

$$0.5 + \sum_{i=65}^n S(i)$$

i = Alter

$S(i)$ = Überlebenswahrscheinlichkeit im Alter von $(i - 1)$ x Überlebenswahrscheinlichkeit im Alter von i

Links

[Zum Indikator auf der Obsan-Webseite](#) (letzter Zugriff, 23.12.2016)

[Zum Indikator auf der OECD-Webseite](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

Referenzen

OECD (2016), Life expectancy at 65 (indicator). doi: 10.1787/0e9a3f00-en
<https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm> (letzter Zugriff, 23.12.2016)

² Die Methode der OECD weicht von der Methode ab, die das Obsan für die Berechnung verwendet. Daher sind die internationalen Werte nicht mit den hier präsentierten Schweizer Werten vergleichbar.

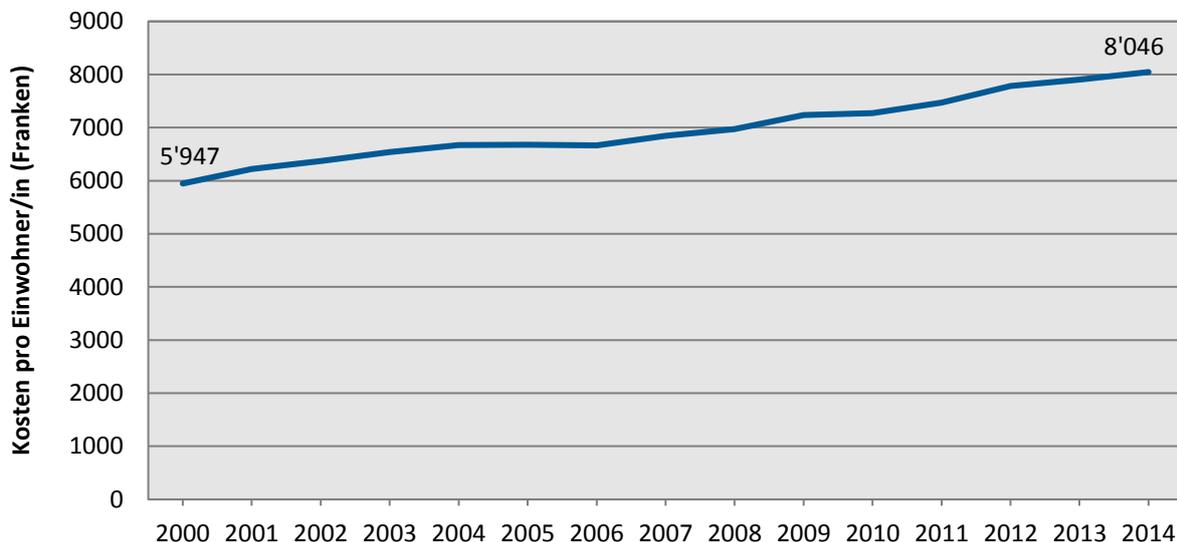
2 Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt

Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Verbesserung der integrierten Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und *unnötige Kosten zu vermeiden*.

Bedeutung des Indikators: Die teuerungsbereinigten Gesamtausgaben des Gesundheitssystems pro Kopf ermöglichen einen Vergleich zwischen Ländern. Wenn man davon ausgeht, dass von Experten des schweizerischen Gesundheitswesens dessen Effizienzreserven auf rund 20 Prozent geschätzt werden (Bericht zu Gesundheit2020), könnten dank einer besseren Koordination Kosten eingespart werden. Zu Bedenken: Hohe Kosten sind nur ein Hinweis auf mögliche unnötige Kosten, ihnen könnten u.a. auch Qualitätsunterschiede zugrunde liegen. Zudem ist die demografische Entwicklung der nächsten Jahre bei der Bewertung der Gesamtkosten zu berücksichtigen.

Quantifizierbares Ziel: Die teuerungsbereinigten Gesundheitskosten steigen weniger stark als vor der Einführung von Gesundheit2020.

Abb. 2 Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt, Schweiz, 2000–2014



Teuerungsbereinigung mittels Landesindex der Konsumentenpreise (Index 2000 = 100)

Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens; LIK / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

In der Schweiz werden im Jahr 2014 für die Gesundheit 8046 Franken pro Einwohnerin und Einwohner (teuerungsbereinigt) ausgegeben. Zwischen 2000 und 2014 sind diese Kosten in der Schweiz um jahresdurchschnittlich 2,2% von 5947 Franken auf 8046 Franken angestiegen. Die höchsten Zuwachsraten sind dabei in den Jahren 2001, 2009 und 2012 zu verzeichnen. Unterdurchschnittlich sind die Kosten in den Jahren 2005 und 2010 angestiegen, im Jahr 2006 kann sogar ein leichter Kostenrückgang festgestellt werden. Seit der Einführung von Gesundheit2020 sind für die Kosten im Gesundheitswesen leicht unterdurchschnittliche Wachstumsraten zu verzeichnen (1,5% im Jahr 2013, 1,8% im Jahr 2014).

Mit umgerechnet 5972 US\$ pro Einwohnerin und Einwohner weist die Schweiz im Jahr 2014 hinter den USA (8404 US\$) die zweithöchsten Gesundheitsausgaben der OECD-Länder aus. Die Nachbarländer der Schweiz verfügen mit zwischen 2933 US\$ (Italien) und 4684 US\$ (Deutschland) über deutlich tiefere Pro-Kopf-Kosten im Bereich Gesundheit. Zwischen 2000 und 2014 sind deren Kosten im Vergleich zur Schweiz zudem weniger stark angestiegen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Der Indikator zeigt die jährlichen teuerungsbereinigten Ausgaben, die mit der Produktion und dem Konsum von Gütern und Dienstleistungen des Gesundheitswesens verbunden sind, pro Einwohnerin und Einwohner in Franken. Die Schweizer Daten stammen aus der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des Bundesamtes für Statistik (BFS) und wurden mit dem Jahresdurchschnittswert des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK, BFS) teuerungsbereinigt (Index 2000 = 100). Für den internationalen Vergleich wurden die teuerungsbereinigten Daten aus der OECD-Gesundheitsstatistik herangezogen (in US\$, Index 2010 = 100). Es ist zu berücksichtigen, dass die Schweizer Werte der OECD-Statistik aufgrund unterschiedlicher Definitionen und Methoden nicht mit jenen der BFS-Statistik übereinstimmen.

Links

[Zur Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des BFS](#) (Zugriff am 08.12.2016)

[Zu den Daten auf der OECD-Webseite](#) (Zugriff am 08.12.2016)

[Zum Landesindex der Konsumentenpreise \(LIK\) des BFS](#) (Zugriff am 08.12.2016)

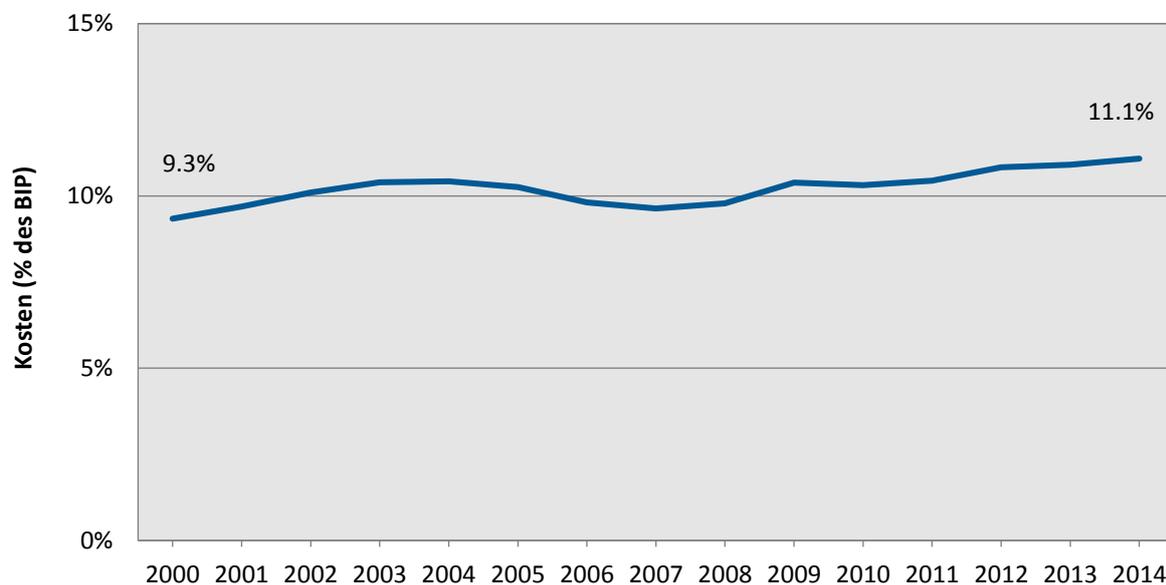
3 Kosten des Gesundheitswesens in Prozent des BIP

Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Verbesserung der integrierten Versorgung von der Früherkennung bis zur Palliative Care, um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und *unnötige Kosten zu vermeiden*.

Bedeutung des Indikators: Die Gesamtausgaben des Gesundheitssystems in Prozent des Bruttoinlandprodukts ermöglichen wie Indikator 2 (Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf, teuerungsbereinigt) einen Vergleich zwischen Ländern. Die hier vorliegende Sicht zeigt auf, welcher Anteil der wirtschaftlichen Ressourcen des Landes für die Gesundheitsausgaben verwendet wird. Auch hier gilt, dass hohe Gesamtausgaben nur ein Hinweis auf unnötige Kosten sein können.

Quantifizierbares Ziel: Die Kosten des Gesundheitswesens steigen als Anteil des BIP weniger stark als vor der Einführung von Gesundheit2020.

Abb. 3 Kosten des Gesundheitswesens in Prozent des BIP, Schweiz, 2000–2014



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

In der Schweiz beträgt der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) im Jahr 2014 11,1%. Somit wird gut ein Zehntel der wirtschaftlichen Ressourcen für das Schweizer Gesundheitswesen aufgewendet. In den Jahren 2000 bis 2004 stieg der Anteil der Gesundheitskosten am BIP von 9,3% auf 10,4% an. Von 2005 bis 2008 ist dieser Anteil aufgrund des allgemeinen Wirtschaftswachstums leicht gesunken, um danach bis 2014 auf den Höchstwert von 11,1% wieder anzusteigen.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz im Jahr 2014 hinter den USA (16,6%) auf dem zweiten Rang. Frankreich (11,1%) und Deutschland (11,0%) weisen ähnliche Anteile auf, während die anderen Nachbarländer Österreich (10,3%) und Italien (9,1%) im Vergleich zur Schweiz weniger wirtschaftliche Ressourcen für ihr Gesundheitswesen aufwenden.

Weiterführende Informationen

Dieser Indikator entspricht dem Indikator des Legislaturindikatorensets.

Definitionen

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) ist ein Mass für die wirtschaftliche Leistung einer Volkswirtschaft und misst den Wert der im Inland hergestellten Waren und Dienstleistungen. Der prozentuale Anteil der Gesundheitskosten am BIP gibt an, welcher Teil der wirtschaftlichen Ressourcen eines Landes für das Gesundheitswesen aufgewendet wird.

Für vorliegenden Indikator stammen die Schweizer Daten aus der Statistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des Bundesamtes für Statistik (BFS), jene zum internationalen Vergleich aus der OECD-Gesundheitsstatistik. Es ist zu berücksichtigen, dass die Schweizer Werte der OECD-Statistik nicht mit jenen der BFS-Statistik übereinstimmen.

Links

[Zu den Daten «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» des BFS](#) (Zugriff am 08.12.2016)

[Zu den Daten auf der OECD-Webseite](#) (Zugriff am 08.12.2016)

4 Anteil der zu Hause Verstorbenen an allen Verstorbenen

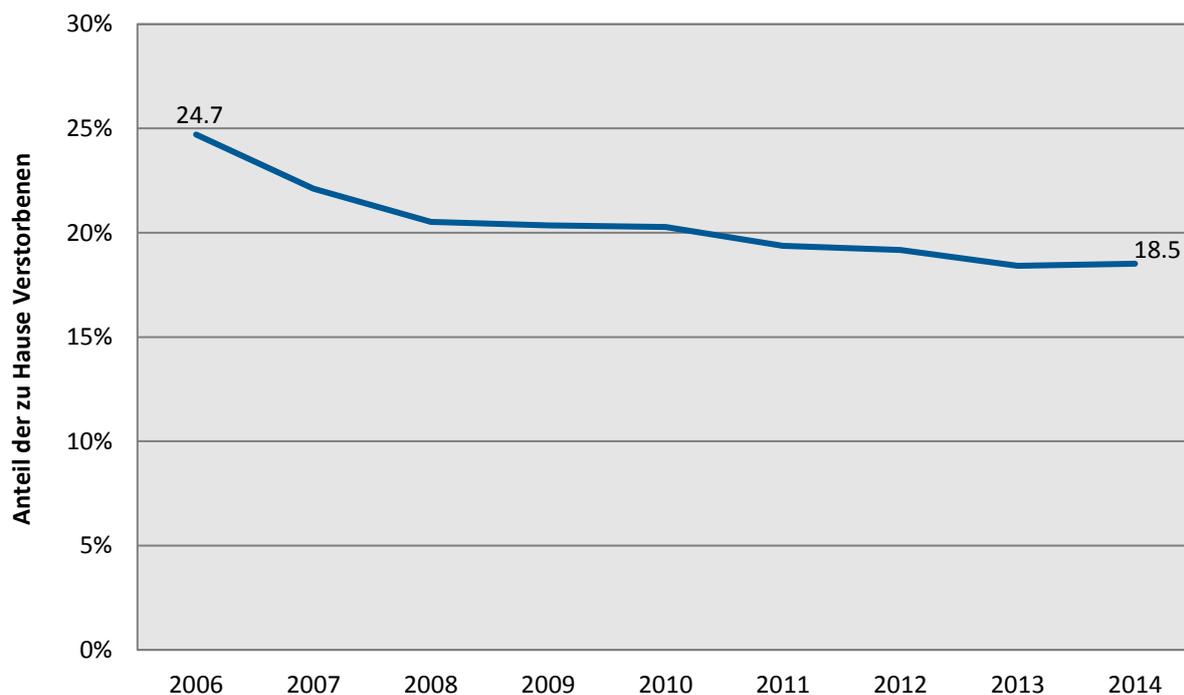
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Bildung integrierter Versorgungsmodelle wird in allen Bereichen unterstützt: von der Akutbehandlung über die Langzeitpflege bis zu Palliative Care.

- Verbesserung der integrierten Versorgung von der Früherkennung bis zur *Palliative Care* (insbesondere bei den wichtigsten Krankheiten wie bspw. Krebs, Demenz etc.), um die Qualität der Versorgung zu erhöhen und unnötige Kosten zu vermeiden.

Bedeutung des Indikators: Etwa drei Viertel der Bevölkerung (BAG/gfk 2009) möchten zu Hause sterben. Aktuell ist jedoch der Anteil der Personen, die zu Hause versterben, deutlich tiefer. Um zu Hause sterben zu können, sind integrierte Versorgungsstrukturen in Palliative Care hilfreich. Wird den Versorgungswünschen der Bevölkerung Rechnung getragen, steigt der Anteil der zu Hause Sterbenden. Im Indikator wird abgebildet, welcher Anteil Personen nicht in einem Spital oder Pflegeheim verstorben sind, was näherungsweise übereinstimmt mit dem Anteil Personen, die zu Hause verstorben sind.

Quantifizierbares Ziel: Anteil der zu Hause Verstorbenen an allen Verstorbenen steigt.

Abb. 4 Anteil der zu Hause Verstorbenen an allen Verstorbenen, Schweiz, 2006–2014



2006: n=59958, 2007: n=60796, 2008: n=60925, 2009: n=62139, 2010: n=62342, 2011: n=61786, 2012: n=63877, 2013: n=64641, 2014: n=63607

Quelle: OFS – Todesursachenstatistik ; Statistik der sozialmedizinischen Institutionen; Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Seit 2006 ist beim Anteil der zu Hause Verstorbenen ein Abwärtstrend zu verzeichnen. Zu Beginn des Beobachtungszeitraums starb fast jede vierte Person (14'800) zu Hause, 2014 betrug dieser Anteil lediglich noch 18,5% (11'773). Besonders ausgeprägt war der Rückgang des Anteils zu Hause

Verstorbener zwischen 2006 und 2008, als dieser auf 20,5% aller Todesfälle sank. Zwischen 2008 und 2014 schwächte sich der Abwärtstrend ab.

Eine internationale Studie in 14 Ländern (Cohen J. et al, 2015) fand sehr unterschiedliche Anteile an Todesfällen zu Hause, zwischen 14% in Kanada und 47% in Mexiko (eigene Berechnung anhand der dargestellten Daten), wobei die externen Todesursachen ausgeschlossen worden waren. In der Schweiz ist der Anteil an Todesfällen zu Hause im internationalen Vergleich eher tief.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen, die nicht im Spital oder in einem Alters- oder Pflegeheim sterben, an allen Verstorbenen. Für diese Schätzungen werden drei Statistiken verwendet: die Todesursachenstatistik, die Medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen.

Mit der Todesursachenstatistik lässt sich die Gesamtzahl der Verstorbenen nach Jahr in Erfahrung bringen. Die Medizinische Statistik der Krankenhäuser und die Statistik der sozialmedizinischen Institutionen werden herangezogen, um die Zahl der Todesfälle in den Spitälern bzw. in Alters- und Pflegeheimen zu bestimmen. Die Schätzung für die Zahl der zu Hause Verstorbenen ergibt sich schliesslich aus der Gesamtzahl der Todesfälle abzüglich der in Spitälern und Alters- und Pflegeheimen Verstorbenen.

Links

[Zum BFS: Statistik der Todesursachen](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[Zum BFS: Statistik der sozialmedizinischen Institutionen](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[Zum BFS: Medizinische Statistik der Krankenhäuser](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[Zum BAG: Strategie Palliative Care](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[Zum BAG: Datenlage Palliative Care](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

Referenzen

Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), 2012: Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015, Herausgeber: BAG und GDK. Bern, Oktober 2012.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html> (letzter Zugriff, 21.12.2016)

Cohen J, Pivodic L, Miccinesi G, Onwuteaka-Philipsen BD, Naylor WA, Wilson DM, Loucka M, Csikos A, Pardon K, Van den Block L, Ruiz-Ramos M, Cardenas-Turan M, Rhee Y, Aubry R, Hunt K, Teno J, Houttekier D, Deliens L, 2015: International study of the place of death of people with cancer: a population-level comparison of 14 countries across 4 continents using death certificate data. Br J Cancer. Nov 3;113(9):1397-404. doi: 10.1038/bjc.2015.312.

5 Rate der Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen ab 65 Jahren

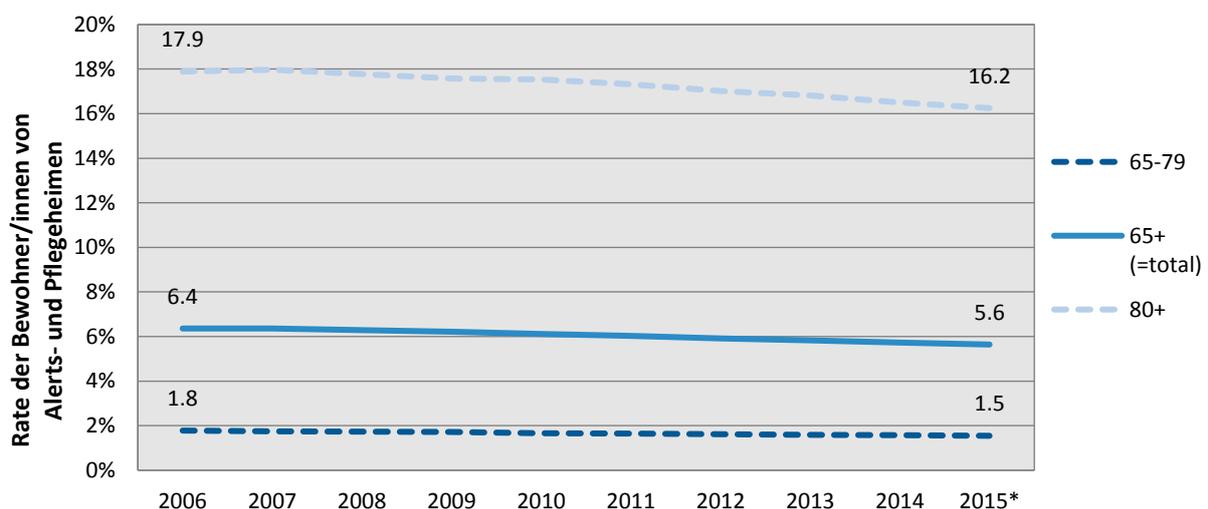
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden.

- *Anpassung der Versorgung bei der Langzeitpflege*, damit die dem Bedarf entsprechenden Pflegestrukturen und genügend Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

Bedeutung des Indikators: Die Rate der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner ab 65 Jahren zeigt, wie sich die Inanspruchnahme der Heime bezogen auf die Bevölkerung entwickelt. Veränderungen der Krankheitslast, vorhandene stationäre und ambulante Angebote (neben Pflegeheimen und Spitex auch neue Betreuungsformen, wie Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und andere) und die Nachfrage der Bevölkerung nach den verschiedenen Angeboten beeinflussen diese Rate vor allem. Eine Entwicklung des Bedarfs (wie im Ziel erwähnt) kann anhand dieser Rate nicht beurteilt werden: Der Bedarf entsteht vor allem aus der Kombination der Krankheitslast und der spezifischen Nachfrage, wobei die Alterung der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielt. Der Mehrbedarf aufgrund der Alterung ist in der Rate (Grafik) nicht direkt ersichtlich. Die Veränderung des Gesamtvolumens wird jedoch im Text beschrieben. Der Text weist auch auf den Anteil der Personen hin, welche nicht im Sinne des Krankenversicherungsgesetz (KVG) pflegebedürftig sind und trotzdem einen Heimplatz beanspruchen.

Quantifizierbares Ziel: Ein Grossteil der Bevölkerung möchte möglichst lange zuhause bleiben und letztendlich auch zuhause sterben (vgl. Indikator 4) und viele Kantone folgen explizit der Devise "ambulant vor stationär". Unter der Voraussetzung, dass die Devise ambulant vor stationär gilt, sollte die *Rate* der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner sinken.

Abb. 5 Rate der Bewohner/innen von Alters- und Pflegeheimen (Langzeitaufenthalte) ab 65 Jahren, nach Altersgruppe, Schweiz, 2006–2015



* Provisorische Daten

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) 2006–2015; Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes (ESPOP) 2006–2009; Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP) 2010–2015 / Auswertung Obsan © Obsan 2017

Weiterführende Informationen

Der Anteil von Personen ab 65 Jahren, die im Rahmen von Langzeitaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen (APH) wohnen, ist in der Schweiz von 6,4% im Jahr 2006 auf 5,6% im Jahr 2015 gesunken. Im gleichen Zeitraum hat die absolute Zahl der Personen ab 65 Jahren, die in APH wohnen, um 9,0% zugenommen. Die Zunahme ist jedoch geringer als diejenige der Bevölkerung ab 65 Jahren (+22,9%; siehe auch Füglistler-Dousse et al. 2015).

Der Anteil der Personen, die in APH leben, ist in der Altersgruppe ab 80 Jahren (16,2% im Jahr 2015) wesentlich grösser als bei den 65- bis 79-Jährigen (1,5%). Zwischen 2006 und 2015 ist der Anteil der Heimbewohnerinnen und -bewohner in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen auch stärker gesunken (-13,2%) als bei den Personen ab 80 Jahren (-9,2%).

Immer mehr Heimbewohnerinnen und -bewohner sind im Sinne des KVG pflegebedürftig. Der Prozentsatz an Personen in Alters- und Pflegeheimen, die keine Pflege (im Sinne des KVG) erhalten, hat sich in der Schweiz zwischen 2007 und 2015 von 7,0% auf 3,0% mehr als halbiert (siehe auch Füglistler-Dousse et al. 2015).

Im internationalen Vergleich ist die Rate in der Schweiz eher hoch. Gemäss OECD-Daten schwanken die Anteile der 65-jährigen und älteren Heimbewohnerinnen und -bewohner im Jahr 2014 zwischen 0,8% in Polen und 8,8% in Belgien. Die Schweiz liegt an dritter Stelle.

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen ab 65 Jahren, die im Rahmen von Langzeitaufenthalten in Alters- und Pflegeheimen wohnen. Als Langzeitaufenthalter gelten Personen, die auf unbefristete Zeit in einer solchen Institution leben, nicht aber Personen, die sich nur vorübergehend dort aufhalten (Kurzzeitaufenthalt).

Berechnung der Rate der Bewohnerinnen und Bewohner von APH nach Altersgruppe und Jahr:

$$\text{Rate der Personen in APH}_{t,a} = \frac{\text{Langzeitaufenthalter in APH am 31.12.}_{t,a}}{\text{Wohnhafte Bevölkerung}_{t,a}} \times 100$$

t = Jahr (2006–2015)

a = Altersgruppe (65–79, 80+, 65+)

Link

[Zum Indikator auf der Obsan-Webseite](#) (letzter Zugriff, 02.12.2016)

OECD-Statistik: <http://stats.oecd.org/> -> Health -> Long-Term Care Resources and Utilisation -> Long-Term Care Recipients (LTC recipients in institutions; % of total, aged 65 years old and over; 2014) (letzter Zugriff, 12.12.2016)

Referenzen

Füglistler-Dousse, S., Dutoit, L. & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 67). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé

6 Rate der Klientinnen und Klienten der Spitex ab 65 Jahren, die Pflegeleistungen beziehen

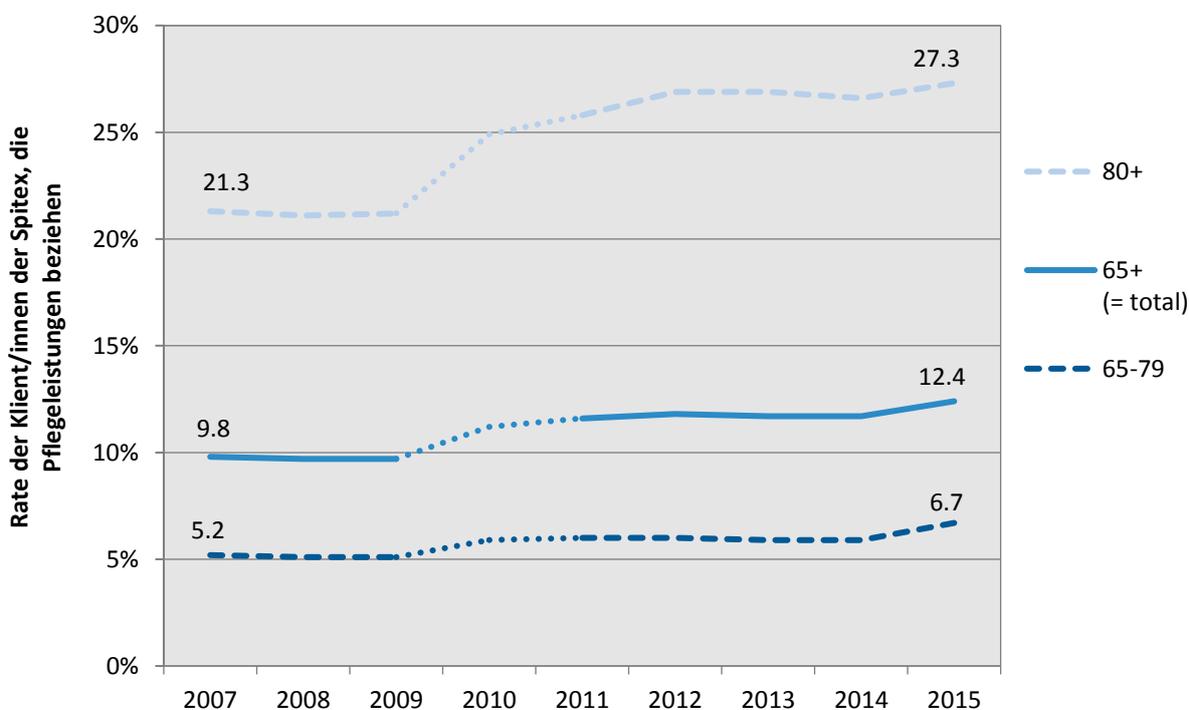
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden.

- *Anpassung der Versorgung bei der Langzeitpflege*, damit die dem Bedarf entsprechenden Pflegestrukturen und genügend Pflegepersonal zur Verfügung stehen.

Bedeutung des Indikators: Die Rate der Spitex-Klientinnen und -Klienten ab 65 Jahren, die Pflegeleistungen beziehen, zeigt, wie sich die Inanspruchnahme im Bereich der Spitex-Organisationen entwickelt. Veränderungen der Krankheitslast, die vorhandenen stationären und ambulanten Angebote (neben Spitex und Pflegeheimen auch neue Betreuungsformen, wie Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung und andere) und die Nachfrage der Bevölkerung in Bezug auf die verschiedenen Angebote beeinflussen diese Rate vor allem. Eine Entwicklung des Bedarfs (wie im Ziel erwähnt) kann anhand dieser Rate nicht beurteilt werden: Der Bedarf entsteht vor allem aus der Kombination der Krankheitslast und der spezifischen Nachfrage, wobei die Alterung der Bevölkerung eine wichtige Rolle spielt.

Quantifizierbares Ziel: Ein Grossteil der Bevölkerung möchte möglichst lange zuhause bleiben und letztendlich auch zuhause sterben (vgl. Indikator 4) und viele Kantone folgen explizit der Devise "ambulant vor stationär". Unter der Voraussetzung, dass die Devise ambulant vor stationär gilt, sollte die Rate der Spitex-Klientinnen und Klienten tendenziell ansteigen.

Abb. 6 Rate der Spitex-Klient/innen ab 65 Jahren, die Pflegeleistungen beziehen, nach Altersgruppe, Schweiz, 2007–2015



Quelle: BFS - SPITEX 2007–2015; ESPOP 2007-2009; STATPOP 2010–2015 / Auswertung Obsan © Obsan 2017

Weiterführende Informationen

Im Allgemeinen hat der Anteil Personen, die Spitex-Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, zwischen 2007 und 2015 zugenommen. Dieser Zuwachs ist zwischen 2014 und 2015 und bei den 65- bis 79-Jährigen besonders ausgeprägt. Sowohl das Leistungsvolumen der Spitex als auch die Zahl der betreuten Personen sind stark gewachsen, was die Bevölkerungsentwicklung widerspiegelt.

Im Detail: Der Anteil Personen ab 65 Jahren, die 2015 Spitex-Leistungen in Anspruch genommen haben, beträgt 12,4%. Nach einer stabilen Phase zwischen 2011 und 2014 folgte ein Anstieg von +6,0% ab 2014. In der Grafik wird über die gesamte Periode zwischen 2007 und 2015 eine Zunahme von gut 26% dargestellt. Die zwischen 2009 und 2011 beobachtete Zunahme ist jedoch durch einen statistischen Effekt bedingt: Die Spitex-Statistik beschränkte sich bis 2009 auf gemeinnützige Organisationen, seit 2010 berücksichtigt die Erhebung auch private erwerbswirtschaftliche Organisationen und selbstständige Pflegefachpersonen. Werden nur die gemeinnützigen Organisationen berücksichtigt, dann ist der Anteil zwischen 2007 und 2015 nur leicht gestiegen, von 9,8% auf 10,2% (+4,1%, Ergebnisse hier nicht präsentiert). Der Anteil Personen, die 2015 Spitex-Leistungen in Anspruch genommen haben, ist in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen (6,7%) deutlich tiefer als bei den Personen ab 80 Jahren (27,3%). Jedoch ist bei den 65- bis 79-Jährigen der Zuwachs zwischen 2011 und 2015 höher (+11,7%) als bei den Personen ab 80 Jahren (+5,8%).

Die OECD zeigt für 2014 Anteile zwischen 0,7% (Polen) und 19,2% (Israel) der 65-jährigen und älteren Personen, die Spitexleistungen beanspruchen.

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen ab 65 Jahren, die im Beobachtungsjahr Spitex-Pflegeleistungen bezogen haben. Die Spitex-Statistik unterscheidet nicht nach Langzeit- und Kurzzeitbetreuung. Um den Indikator möglichst auf Langzeitpflege zu beschränken, werden Akut- und Übergangspflege nicht berücksichtigt. Detailliertere Definitionen zu den Leistungserbringern und den Leistungen im Rahmen der Spitex finden sich bei Dutoit et al. (2016).

Berechnung des Anteils Personen mit Inanspruchnahme von Pflegeleistungen der Spitex nach Altersgruppe und Jahr:

$$\text{Anteil Personen mit Inanspruchnahme Pflegeleistungen Spitex} = \frac{\text{Anzahl Personen mit Inanspruchnahme Pflegeleistungen Spitex}_{t,a}}{\text{Ständige Wohnbevölkerung}_{t,a}} \times 100$$

t = Jahr (2007-2015)

a = Altersgruppe (65-79, 80+, 65+)

Links

[Zum Indikator auf der Obsan-Webseite \(bezieht alle Altersklassen ein, nicht nur Personen ab 65 Jahren\)](#) (letzter Zugriff, 02.12.2016)

OECD-Statistik: <http://stats.oecd.org/> -> Health -> Long-Term Care Resources and Utilisation -> Long-Term Care Recipients (LTC recipients at home; % of total, aged 65 years old and over; 2014) (letzter Zugriff: 12.12.2016)

Referenzen

Dutoit, L., Füglistler-Dousse, S. & Pellegrini, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons : un même défi, différentes solutions. Evolutions 2006–2013* (Obsan Rapport 69). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

7 Anteil Pflegefachpersonal am gesamten Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen

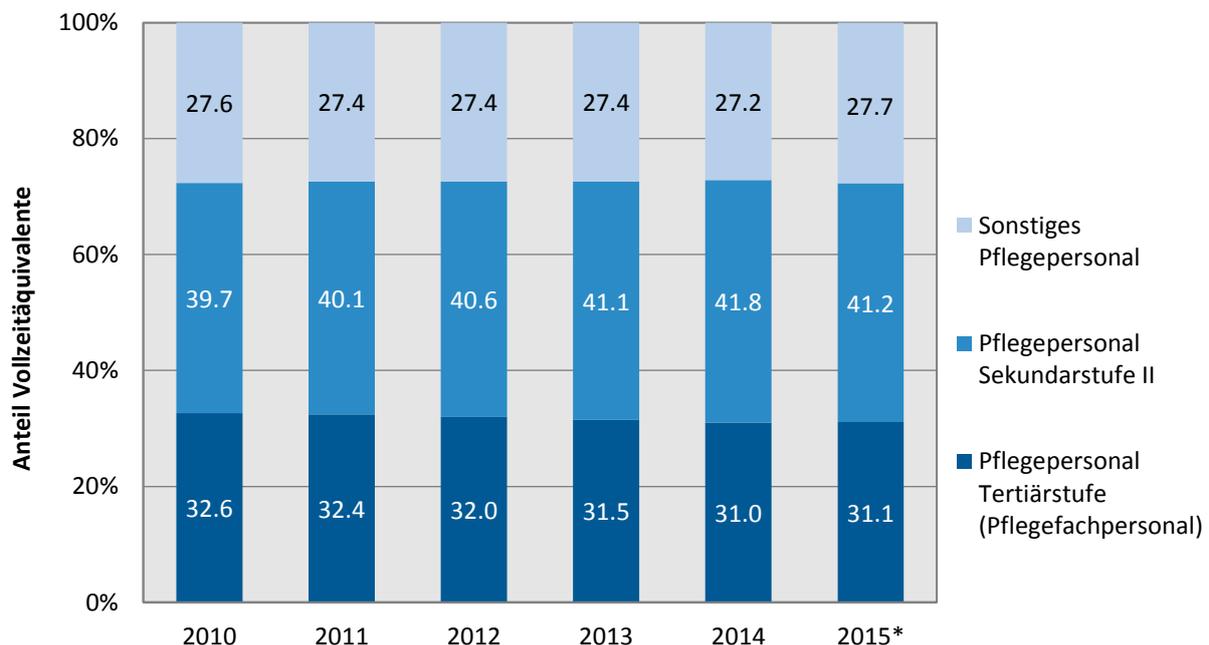
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und psychische Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden.

- *Anpassung der Versorgung bei der Langzeitpflege, damit die dem Bedarf entsprechenden Pflegestrukturen und genügend Pflegepersonal zur Verfügung stehen.*

Bedeutung des Indikators: Für die Interpretation wird angenommen, dass bei einem Fachkräftemangel oder bei grösseren Sparanstrengungen zuerst die besser ausgebildeten Pflegefachpersonen fehlen. Daher wäre eine Reduktion des Anteils an Pflegepersonal mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe (Pflegefachpersonal) ein Hinweis auf einen Personalmangel oder grössere Sparanstrengungen in Alters- und Pflegeheimen. Mit dem Indikator allein kann keine Aussage gemacht werden, wann das Verhältnis adäquat ist.

Quantifizierbares Ziel: Anteil Pflegepersonal mit Ausbildung auf Tertiärstufe (Pflegefachpersonal; dunkelblauer Teil der Säulen) am gesamten Pflegepersonal vermindert sich nicht.

Abb. 7 Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsstufen (Basis: Vollzeitäquivalente), Schweiz, 2010–2015



*Provisorische Daten

Quelle: BFS – Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2010–2015 / Auswertung Obsan © Obsan 2017

Abbildung 7 zeigt das Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen nach Ausbildungsgrad. 2015 verfügt rund ein Drittel (31,1%) des gesamten Pflegepersonal über einen Abschluss auf Tertiärstufe, 41,2% haben einen Abschluss auf Sekundarstufe II und bei 27,7% handelt es sich um Pflegepersonal ohne formalen Abschluss in der Pflege. Der Vergleich über die Jahre zeigt, dass der Anteil an tertiär ausgebildetem Pflegefachpersonal seit 2010 leicht gesunken ist.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Für den Ausbildungsgrad wurden die in der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen (Somed) erfassten Ausbildungskategorien wie folgt zusammengefasst:

Tertiärstufe (Pflegefachpersonal):	Dipl. Pflegefachfrau/-mann mit Weiterbildung, Dipl. Pflegefachfrau/-mann, Pflegefachfrau/-mann DN I
Sekundarstufe II:	Krankenpfleger/in FA-SRK/PKP, Fachangestellte/r Gesundheit (EFZ), Betreuungsberufe mit EFZ, Fachangestellte/r Gesundheit (EFZ)
Sonstiges Pflegepersonal:	Pflegehelfer/in SRK-Kurs

Die Anteile nach Ausbildungsgrad wurden auf der Basis der Vollzeitäquivalente (nicht auf der Anzahl Personen) berechnet. Ein VZÄ entspricht dem Anteilswert einer Vollzeitanstellung. Ein Wert von 1 entspricht einer Vollzeitanstellung, ein Wert kleiner 1 einer Teilzeitanstellung. Eine 80%-Anstellung entspricht somit 0,8 VZÄ.

Referenzen

Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, C., Bassal, C., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2013). *Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz*. Basel: Universität Basel

8 Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: COPD

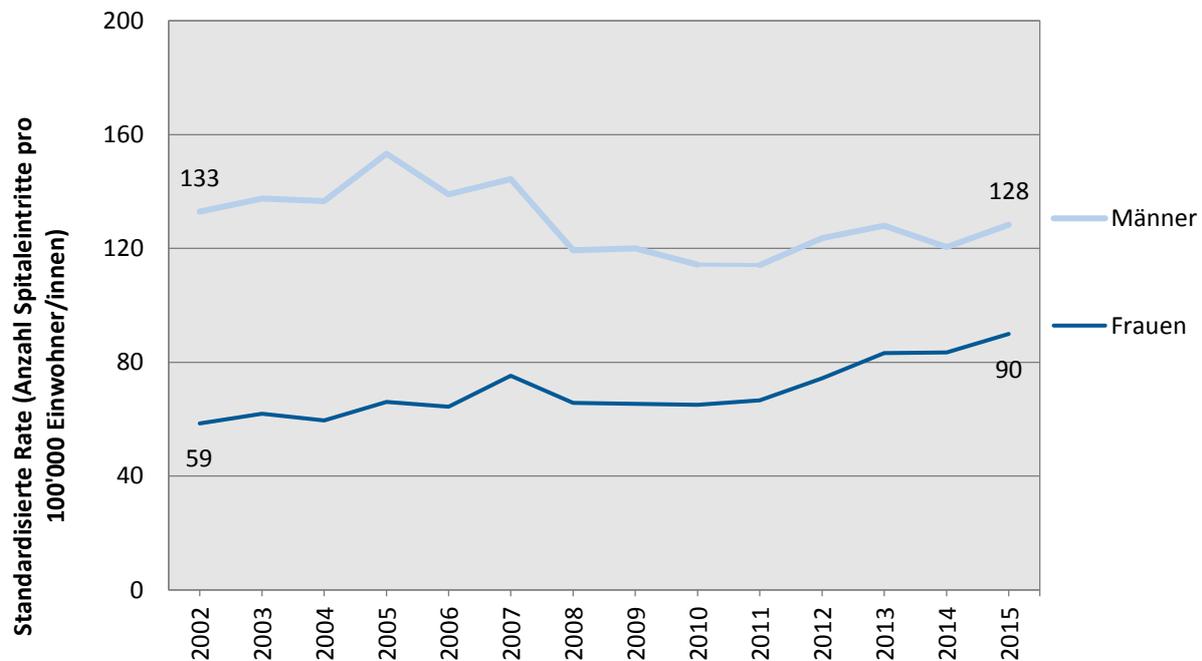
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Chancen des medizinischen Fortschritts sollen genutzt und die Risiken minimiert werden.

- Einführung der Versorgungsforschung, Verbesserung der klinischen Forschung sowie Förderung von Registern (bspw. Krebsregister, aber auch neue Register), damit *die Versorgung qualitativ weiterentwickelt und auch effizienter werden kann*.

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator misst die Qualität in der ambulanten Versorgung. Man geht davon aus, dass Spitalbehandlungen bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) vermieden werden können, wenn sie ambulant adäquat behandelt werden. Das Ziel einer Qualitätsverbesserung der ambulanten Versorgung wird dann erreicht, wenn die Rate der Spitaleintritte mit COPD sinkt.

Quantifizierbares Ziel: Rate der Spitaleintritte von Patientinnen und Patienten mit COPD sinkt.

Abb. 8 Standardisierte Rate von vermeidbaren Spitaleintritte aufgrund COPD, nach Geschlecht, Schweiz, 2002–2015



Standardisiert nach der europäischen Standardpopulation 2010

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die Rate der vermeidbaren Spitaleintritte aufgrund von COPD ist bei den Männern zwischen 2002 und 2015 von 133 auf 128 Fälle pro 100'000 Einwohner gesunken, bei den Frauen im selben Zeitraum von 59 auf 90 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen gestiegen. Der Indikator soll grundsätzlich vermeidbare Hospitalisierungen messen, jedoch sind die Unterschiede nach Geschlecht höchstwahrscheinlich auf Unterschiede im Auftreten von COPD zurückzuführen und nicht auf veränderte Hospitalisierungspraktiken. Diese Annahme wird gestützt durch entsprechend unterschiedliche Veränderungen im Rauchverhalten der Geschlechter.

Inwieweit die neue Spitalfinanzierung ab 2012 und damit der Anreiz einer vollständigen Kodierung zu einer Erhöhung der Fallzahlen in den letzten Jahren beigetragen hat, kann nicht beantwortet werden.

Die OECD gibt im internationalen Vergleich im Durchschnitt deutlich höhere Werte an als hier für die Schweiz gezeigt. 2013 liegt der OECD-Mittelwert bei 198 Fällen, das Maximum bei 395 Fällen (Irland) und das Minimum bei 24 Fällen (Japan) je pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die altersstandardisierte Rate wurde wie folgt berechnet:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

N_i : Zahl der Personen in der Altersgruppe i der Standardbevölkerung.

sr_i : Altersspezifische Rate je 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen

Als Standardbevölkerung wurde die europäische Standardpopulation 2010 (Eurostat 2013) verwendet.

Die Spitaleintritte werden anhand aller stationären akutsomatischen Spitalentlassungen (ohne Hauptkostenstellen M500, M900, M950, gemäss Spezifikationen der Medizinischen Statistik des BFS) mit COPD gemäss Definition der OECD berechnet (Australian Institute of Health and Welfare, 2014).

Links

[Zum BFS: Variablen der Medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 1.1.2016](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[OECD: Health-at-a-glance-2015/asthma-and-copd-hospital-admission](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

Referenzen

Eurostat (2013) Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, eurostat 2013, p.121.

Australian Institute of Health and Welfare 2014. OECD Health Care Quality Indicators for Australia 2011–12. Cat. no. PHE 174. Canberra: AIHW.

OECD (2004) Health Technical Papers No. 16: Selecting Indicators For The Quality Of Health Promotion, Prevention And Primary Care At The Health Systems Level In Oecd Countries, <http://www.oecd.org/els/health-systems/33865865.pdf> (letzter Zugriff, 21.12.2016)

OECD (2015), "Avoidable hospital admissions", in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-44-en (letzter Zugriff, 21.12.2016)

9 Rate der vermeidbaren Spitaleintritte: Diabetes

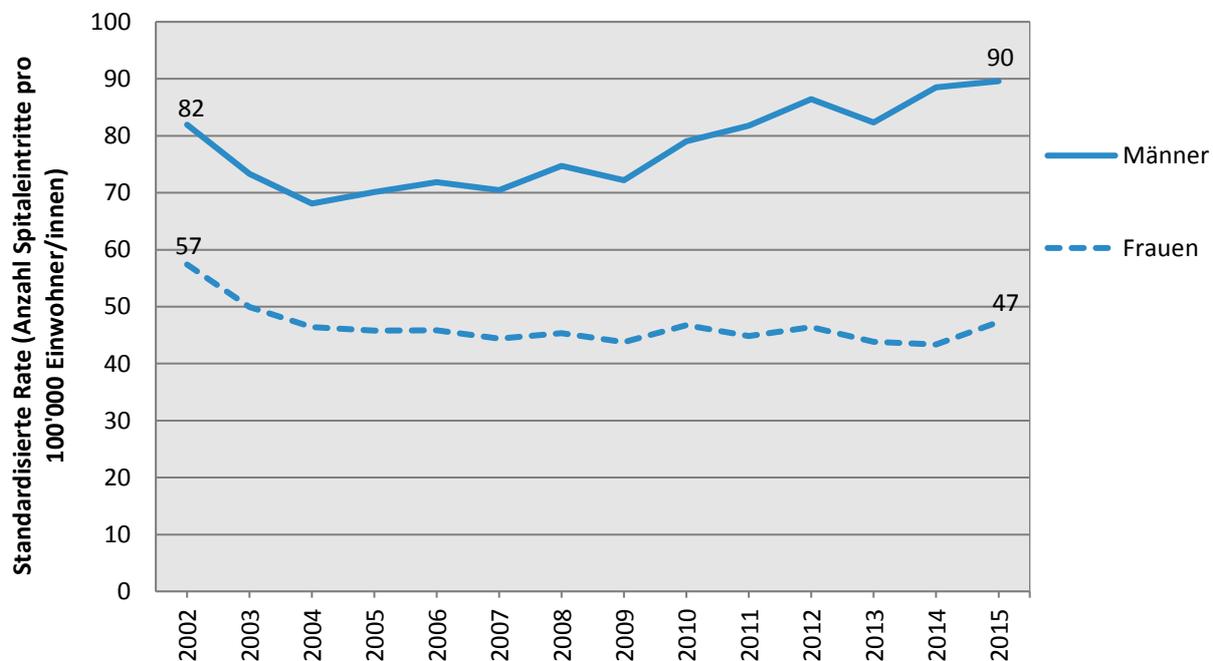
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Chancen des medizinischen Fortschritts sollen genutzt und die Risiken minimiert werden.

- Einführung der Versorgungsforschung, Verbesserung der klinischen Forschung sowie Förderung von Registern (bspw. Krebsregister, aber auch neue Register), damit die *Versorgung qualitativ weiterentwickelt und auch effizienter werden kann*.

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator misst die Qualität in der ambulanten Versorgung. Man geht davon aus, dass Spitalbehandlungen bei Diabetes vermieden werden können, wenn sie ambulant adäquat behandelt werden. Das Ziel einer Qualitätsverbesserung der ambulanten Versorgung wird dann erreicht, wenn die Rate der Spitaleintritte mit Diabetes sinkt.

Quantifizierbares Ziel: Rate der Spitaleintritte von Patientinnen und Patienten mit Diabetes sinkt.

Abb. 9 Standardisierte Rate von vermeidbaren Spitaleintritten aufgrund Diabetes, nach Geschlecht, Schweiz, 2002–2015



Standardisiert nach der europäischen Standardpopulation 2010

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die Entwicklung von vermeidbaren Spitaleintritten aufgrund von Diabetes hat unterschiedlich nach Geschlecht. Während bei den Frauen die Rate seit 2004 konstant verläuft, hat sie bei den Männern in den letzten 10 Jahren um über 30% zugenommen. 2015 liegt die Rate bei den Männern fast doppelt so hoch wie bei den Frauen.

Im Detail: Die Rate der Spitaleintritte mit Diabetes liegt bei den Männern 2004 bei 68 Fällen pro 100'000 Einwohner und steigt bis 2015 auf 90 Fälle pro 100'000 Einwohner (+30%), bei den Frauen bleibt die Fallzahl jedoch im gleichen Zeitraum bei 46 bzw. 47 Fälle pro 100'000 Einwohnerinnen konstant.

Im internationalen Vergleich der OECD zeigt die Schweiz im Jahr 2013 den zweittiefsten Wert von vermeidbaren Spitaleintritten bei Diabetes (nach Italien). Der OECD-Durchschnittswert ist dreimal grösser, der Maximalwert fast achtmal grösser.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die altersstandardisierte Rate wurde wie folgt berechnet:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

N_i : Zahl der Personen in der Altersgruppe i der Standardbevölkerung.

sr_i : Altersspezifische Rate je 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen

Als Standardbevölkerung wurde die europäischen Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet.

Als Spitaleintritte werden alle Fälle gezählt, welche mit einer Hauptdiagnose Diabetes mellitus gemäss Definition der OECD (Australian Institute of Health and Welfare, 2014) im entsprechenden Jahr aus einem akutsomatischen Spital entlassen worden waren. Nicht einbezogen wurden die Hauptkostenstellen M500 (Psychiatrie), M900 (Geriatric) und M950 (Rehabilitation). Diese Hauptkostenstellen wurden verwendet gemäss Spezifikationen der medizinischen Statistik.

Links

[Zum BFS: Variablen der Medizinischen Statistik - Spezifikationen gültig ab 1.1.2016](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

[OECD: Health at a glance 2015-en/diabetes](#) (letzter Zugriff, 21.12.2016)

Referenzen

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, Eurostat 2013, p.121.

Australian Institute of Health and Welfare (2014). OECD Health Care Quality Indicators for Australia 2011–12. Cat. no. PHE 174. Canberra: AIHW.

10 Mittlere Aufenthaltsdauer in Akutspitälern

Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Chancen des medizinischen Fortschritts sollen genutzt und die Risiken minimiert werden.

- Einführung der Versorgungsforschung, Verbesserung der klinischen Forschung sowie Förderung von Registern (bspw. Krebsregister, aber auch neue Register), damit die Versorgung qualitativ weiterentwickelt und auch effizienter werden kann.

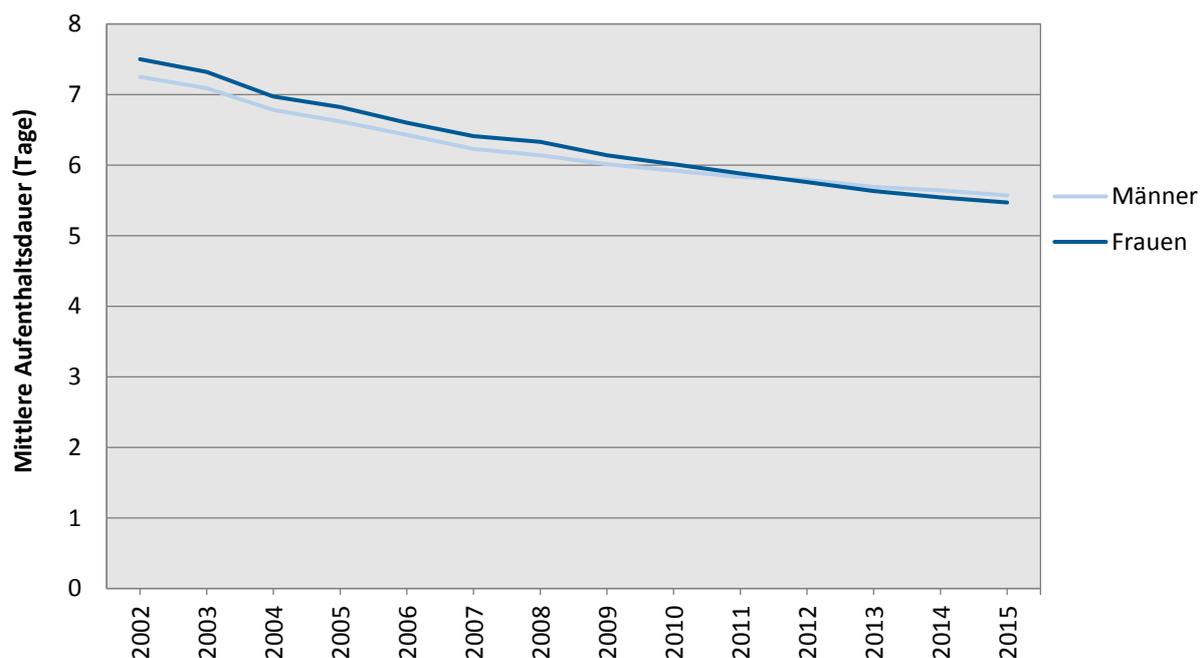
Bedeutung des Indikators: Indikator zur Messung der Effizienz in Akutspitälern. Bei der Interpretation muss beachtet werden, dass

a) bei einer zunehmenden Verlagerung Richtung ambulant die mittlere Aufenthaltsdauer stationär steigt (weil die Kurzzeithospitalisierungen wegfallen),

b) es sich nur um einen groben Indikator zur Effizienz handelt. Bei einer kosten-intensiven Behandlung vor und nach dem Spitalaufenthalt (u.a. Rehabilitation und/oder ambulant) nimmt zwar die Aufenthaltsdauer im Akutspital ab, jedoch muss die Behandlung nicht effizienter sein.

Quantifizierbares Ziel: Mittlere Aufenthaltsdauer sinkt (ohne Zunahme der Vor- und Nachversorgung).

Abb. 10 Aufenthaltsdauer in Akutspitälern, nach Geschlecht, Schweiz, 2002–2015



Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die mittlere Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern geht seit 2002 stetig zurück. Lag sie 2002 bei den Frauen bei 7,5 Tagen und bei den Männern bei 7,3 Tagen, so liegt sie 2015 bei 5,5 bzw. 5,6 Tagen. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Frauen liegt seit 2014 erstmals über derjenigen der Männer. Die unterschiedlichen Altersverteilungen zwischen Männern und Frauen sind jedoch nicht berücksichtigt.

Im internationalen Vergleich der OECD situiert sich die Schweiz 2013 in der Nähe des OECD-Durchschnitts. (Die Berechnungen sind nicht direkt vergleichbar.)

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die mittlere Aufenthaltsdauer wurde gemäss Vorgaben von SwissDRG berechnet:

Mittlere Aufenthaltsdauer = Austrittsdatum – Eintrittsdatum – Urlaubstage

Als Akutspitäler gelten die allgemeinen Krankenhäuser (K1) der Zentrums- und Grundversorgung sowie so genannte «andere Spezialkliniken» K231, K232 und K233 (ohne Hauptkostenstellen M500, M900, M950, Spezifikationen gemäss medizinischer Statistik), d.h. Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie gemäss Typologie des BFS.

Links

[Zur Swiss DRG](#) (letzter Zugriff, 21.12. 2016)

[Zum BFS: Variablen der Medizinischen Statistik – Spezifikationen gültig ab 1.1.2016](#) (letzter Zugriff, 09.03.2016)

[Zum BFS: Krankenhaustypologie](#) (letzter Zugriff, 09.03.2016)

OECD: [health at a glance 2015 en/average length of stay](#) (letzter Zugriff, 13.12.2016)

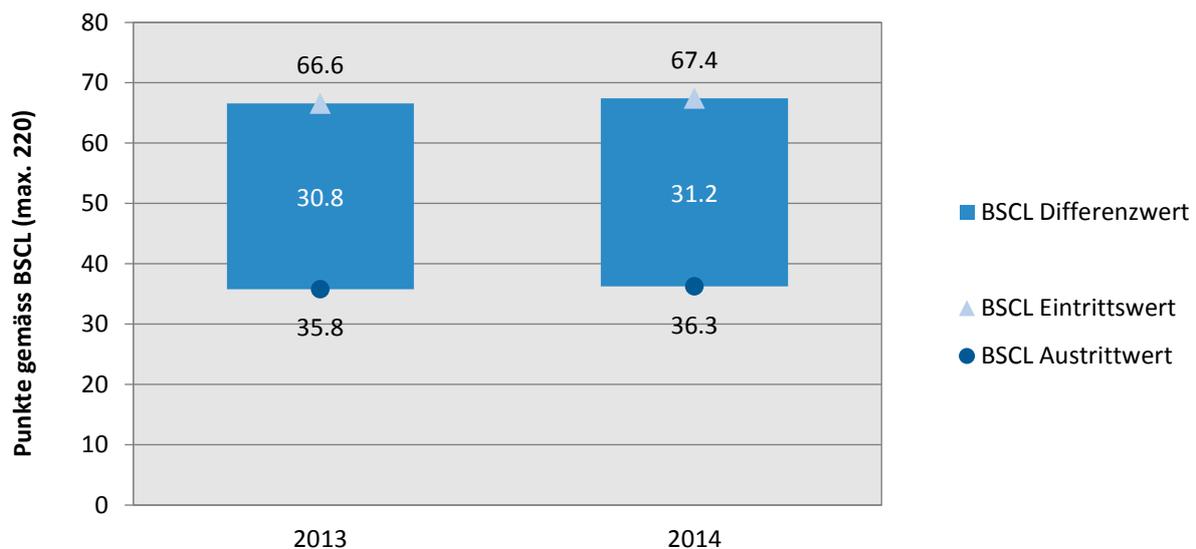
11 Symptomreduktion bei stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken

Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Die Strukturen, Prozesse und Angebote des ambulanten und stationären Gesundheitssystems sollen so weiterentwickelt und modernisiert werden, dass sie den demografischen und epidemiologischen Herausforderungen – besonders im Hinblick auf chronische und *psychische* Krankheiten – sowie den medizinisch-technischen Entwicklungen gerecht werden.

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator misst den Unterschied in der Intensität der Symptome, wie sie die Patientinnen und Patienten psychiatrischer Kliniken selbst wahrnehmen, zwischen Spitaleintritt und Spitalaustritt. Eine Vergrößerung der Reduktion weist auf *eine wirksamere stationäre Behandlung* hin. Bei der Interpretation muss beachtet werden, dass es u.U. erwünscht ist, Personen aus einer stationären Institution zu entlassen, die noch leichte Symptome zeigen, um die stationäre Behandlung nicht zu stark zu verlängern.

Quantifizierbares Ziel: Vergrößerung der Differenz der Intensität der Symptome zwischen Klinikein- und -austritt .

Abb. 11 Symptomreduktion bei stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken, patientenbasierte Messung (Brief Symptom Checklist BSCL), Schweiz, 2013–2014



Patienten: 2013: n=18'347; 2014: n=19'610

Quelle: ANQ³ – Nationaler Vergleichsbericht, Stationäre Psychiatrie Erwachsene, 2014

© Obsan 2016

Die Symptome, die eine Person beim Eintritt in eine psychiatrische Klinik zeigt, sollten bei einer adäquaten Behandlung bis zum Austritt vermindert werden. Die subjektive Messung der Symptomintensität bei den Patientinnen und Patienten ergibt für das Jahr 2013 eine durchschnittliche Reduktion vom Eintrittswert (66,6 Punkte) auf den Austrittswert (35,8 Punkte) um 30,8 Punkte oder 46%. Im Jahr 2014 wird eine Reduktion von 31,2 Punkten erreicht bei einem durchschnittlichen Eintrittswert von 67,4 Punkten (und einem Austrittswert von 36,3 Punkten), also *ebenfalls eine Verminderung um 46%*.

³ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Weiterführende Informationen

Definitionen

2013 und 2014 haben sich über 95% der psychiatrischen Kliniken am jährlichen Messverfahren des ANQ (Nationaler Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) beteiligt. Unter anderem wurden die Patientinnen und Patienten nach Symptomen und deren Intensität bei Ein- und Austritt befragt.

Das verwendete Instrument «Brief Symptom Checklist» (BSCL) ist die Kurzform (53 Items) der SCL-90 (misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome über 7 Tage; Antworten auf 5-stufiger Likertskala). Es handelt sich bei der BSCL um eine deutschsprachige Übersetzung von G.H. Franke, deren Ursprung im amerikanischen „Brief Symptom Inventory“ (BSI) von L.R. Derogatis (1975) zu finden ist. Der BSCL Schweregrad/Gesamtscore setzt sich aus der Summe der 53 Items zusammen und umfasst einen Wertebereich von 0 bis 212.

Fälle mit einer Aufenthaltsdauer von weniger als acht Tagen sind zwar Teil der ANQ-Messungen. Für sie können aber mit BSCL keine aussagekräftigen Austrittsmessungen vorgenommen werden. Sie wurden deshalb von den Gesamtberechnungen ausgeschlossen.

Referenzen

ANQ (2014), Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken – Nationaler Vergleichsbericht Stationäre Psychiatrie Erwachsene, S. 20

http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ANQ_EP_Nationaler_Vergleichsbericht_2014_DE_v1_1.pdf (letzter Zugriff: 23.12.2016)

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psycho-logical Medicine*, 13(03), 595-605. doi:10.1017/S0033291700048017 im Nationalen Vergleichsbericht des ANQ

12 Medizinische Strahlenbelastung pro Person

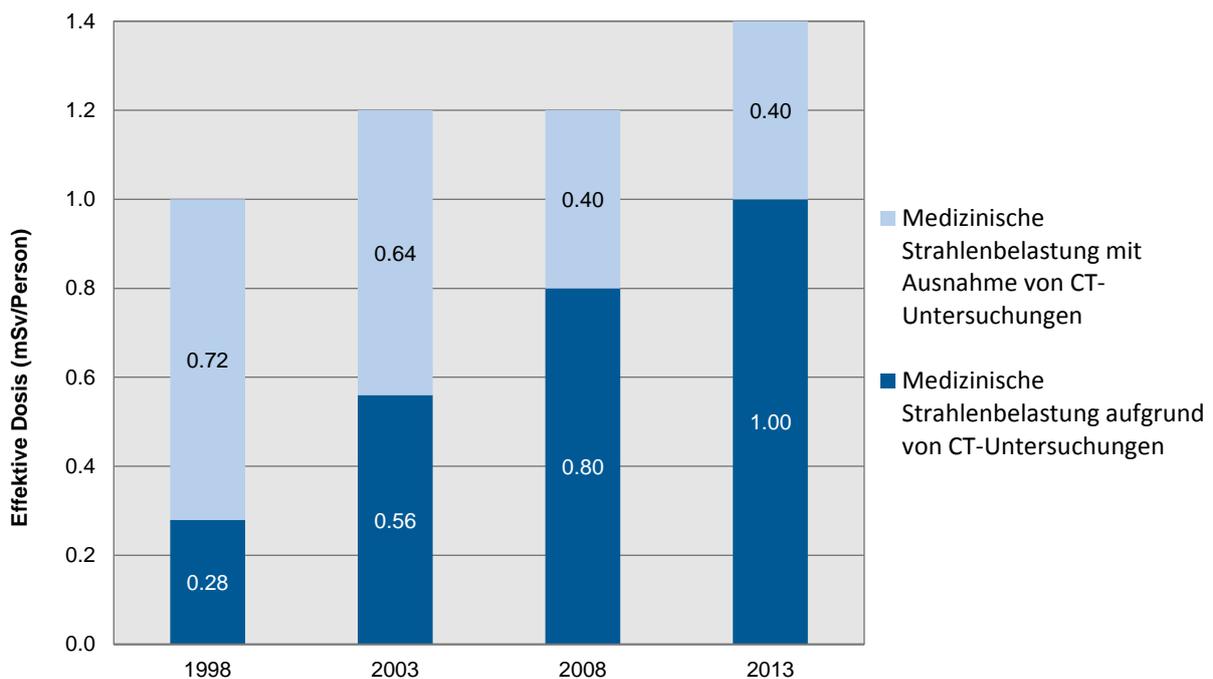
Auszug aus dem Ziel 1.1 «Zeitgemässe Versorgungsangebote fördern»: Der Gesundheitsschutz (Lebensmittelsicherheit, Strahlenschutz, Schutz vor Chemikalien) ist ein traditioneller Bereich der Gesundheitspolitik. Hier gilt es, das hohe Niveau zu halten sowie neue Risiken zu meistern, aber auch Lücken zu erkennen und zu beheben.

- Verbesserung des Gesundheitsschutzes durch *Vermeidung unnötiger medizinischer Strahlendosen* für Patienten/-innen und Gesundheitsfachpersonen [..].

Bedeutung des Indikators: Ionisierende Strahlen können Gesundheitsschäden verursachen. Das Strahlenschutzgesetz der Schweiz verlangt, dass eine Tätigkeit, bei der Menschen oder die Umwelt ionisierenden Strahlen ausgesetzt sind, nur ausgeübt werden darf, wenn sie sich rechtfertigen lässt. Es müssen alle Massnahmen ergriffen werden, die nach der Erfahrung und dem Stand von Wissenschaft und Technik geboten sind, um die Strahlenexposition zu begrenzen. Dieser Indikator schätzt die durchschnittliche Dosis medizinischer Strahlen pro Person in der Schweiz.

Quantifizierbares Ziel: Die Zunahme der medizinischen Strahlenbelastung pro Person in der Schweiz schwächt sich ab.

Abb. 12 Medizinische Strahlenbelastung pro Person, Schweiz, 1998–2013



Quelle: Institut de Radiophysique – Medizinische Strahlenexposition der Schweizer Bevölkerung 1998–2013 / Auswertung BAG

© BAG 2016

Die durchschnittliche Strahlenbelastung der Schweizer Bevölkerung aufgrund medizinischer Anwendungen stieg innerhalb von 15 Jahren (1998–2013) von 1.0 mSv (Millisievert) auf 1.4 mSv an. Diese deutliche Zunahme erklärt sich durch den vermehrten Einsatz der Computertomographie (CT). So hat die durchschnittliche Strahlenbelastung pro Person aufgrund von CT-Untersuchungen von 0.28 mSv auf 1.0 mSv zugenommen, was sich stärker auswirkte als die Abnahme von 0,72 auf 0,40 mSv/Person bei den übrigen Verfahren. Im Jahr 2013 trug die Computertomographie mehr als 70 % zur gesamten medizinischen Strahlenbelastung bei.

Im internationalen Vergleich lag die Schweiz im Mittelfeld. Gemäss dem Bericht des wissenschaftlichen Komitees zu den Effekten atomarer Strahlung der Vereinten Nationen (UNSCEAR) aus dem Jahr 2008 betrug die durchschnittliche medizinische Strahlenbelastung aller Länder mit ähnlichen Gesundheitssystemen 1.9 mSv, wovon die Computertomographie 0.9 mSv beitrug (UNSCEAR, 2008).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Berechnung der medizinischen Strahlenbelastung pro Person: Zur Bestimmung der medizinischen Strahlenbelastung der Schweizer Bevölkerung wurde für jede radiologische Modalität (Untersuchungsart) die kumulierte effektive Dosis berechnet, indem die Anzahl durchgeführter Untersuchungen (gemäss Erhebung des Institut de Radiophysique) mit dem Dosisvektor (durchschnittliche effektive Dosis für entsprechende radiologische Modalität) multipliziert wurde. Die kumulierten effektiven Dosen für alle radiologischen Modalitäten wurden daraufhin summiert und durch die Schweizer Bevölkerungszahl (gemäss Erhebung durch BFS) dividiert.

Links

[Zur Plattform zur Erhebung der medizinischen Strahlenbelastung in der Schweiz](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

[Zum UNSCEAR: Berichte zur Erhebung der globalen medizinischen Strahlenbelastung](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

Referenz

United Nations Scientific Committee on the effects of atomic radiation (UNSCEAR). 2008 report to the general assembly with scientific annexes. Sources and effects of ionizing radiation. http://www.unscear.org/docs/reports/2008/09-86753_Report_2008_Annex_A.pdf (letzter Zugriff, 07.02.2017)

13 Relevante Antibiotika-Resistenzen bei wichtigen klinischen Keimen

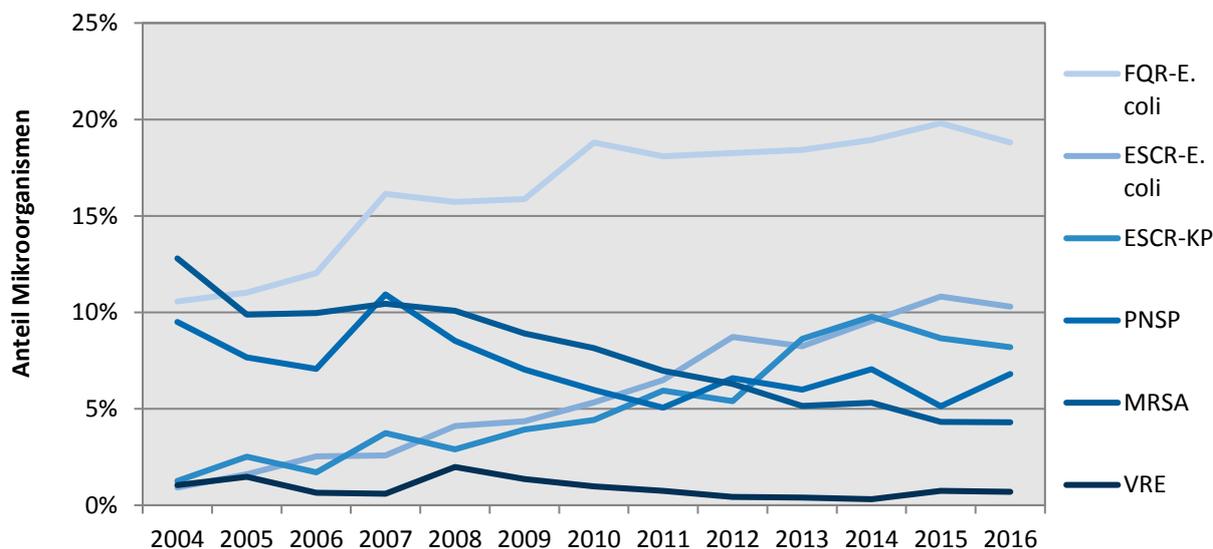
Auszug aus dem Ziel 1.2 «Gesundheitsschutz komplettieren»: Der Gesundheitsschutz (Lebensmittelsicherheit, Strahlenschutz, Schutz vor Chemikalien) ist ein traditioneller Bereich der Gesundheitspolitik. Hier gilt es, das hohe Niveau zu halten sowie neue Risiken zu meistern, aber auch Lücken zu erkennen und zu beheben.

- *Kontrolle und Bekämpfung von Antibiotikaresistenzen*, um die Gesundheit von Menschen und Tieren zu schützen.

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator misst die jährliche Häufigkeit von problematischen Resistenzen bei invasiven Infektionen durch *E. Coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pneumoniae* und *Enterokokken*. Diese Mikroorganismen sind von Bedeutung, weil sie häufig Infektionen verursachen, die schwierig verlaufen können. Wenn sie gegenüber mehreren Antibiotika resistent sind, ist es schwierig, eine wirksame Behandlung zu finden. Die Häufigkeit der resistenten Keime kann Folge eines unsachgemässen Antibiotika Einsatzes sein.

Quantifizierbares Ziel: Die Resistenzen nehmen nicht weiter zu.

Abb. 13 Entwicklung des Anteils resistenter Bakterien in invasiven Isolaten (Blut oder Liquor), Schweiz, 2004–2016



FQR-E. coli: Fluoroquinolon-resistent

ESCR-E. coli: Extended-spectrum cephalosporin-resistent

ESCR-KP: Extended-spectrum cephalosporin-resistent

Quelle: anresis.ch (Daten bis 15.11.2016) / Auswertung BAG, vgl. Definitionen am Schluss

MRSA: Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*

PNSP: Penicillin-resistente *Streptococcus pneumoniae*

VRE: Vancomycin-resistente Enterokokken

© BAG 2017

Die Fluoroquinolon-Resistenz von *E. coli* ist in den letzten zwölf Jahren von 10,6% auf 18,8% gestiegen und liegt somit nahe am Durchschnitt der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums (EU/EWR) von 2013 (22,5%). Die Resistenz von *E. coli* gegen die 3. oder 4. Generation von Cephalosporinen erhöhte sich von 0,9% im Jahr 2004 auf 10,3% im Jahr 2016. Der EU/EWR-Durchschnitt lag 2013 bei 12,6%. In den vergangenen drei Jahren verzeichneten 17 von 29 EU/EWR-Staaten einen Anstieg. Bei den *K. pneumoniae* nahm die Resistenz gegenüber der 3. oder 4. Generation von Cephalosporinen von 1,3% im Jahr 2004 auf 8,2% im Jahr 2016 zu, was deutlich unter dem EU/EWR-Mittelwert von 30% in 2013 liegt. Dieser Anteil ist aber höher als in den skandinavischen Ländern, wo er weniger als 5% aufweist. Die MRSA-Werte sind in der Schweiz von 12,7% im Jahr 2004 auf 4,3% im Jahr 2016 signifikant gesunken und auch andere europäische Länder registrierten von 2010 bis 2013 rückläufige Zahlen. In den letzten zehn Jahren wurde eine leichte Abnahme der Resistenz von *S. pneumoniae* gegen die Antibiotika Penicilin, Trimethoprim-Sulfamethoxazol und Erythromycin (PNSP)

verzeichnet. 2016 betrug der PNSP-Anteil 6,8% der invasiven Isolate. Zum Vergleich: Die PNSP-Werte der EU/EWR-Länder lagen im gleichen Zeitraum zwischen 1,1% und 40,0%. Im Gegensatz zu den USA ist die Vancomycin-Resistenz von Enterokokken in der Schweiz noch selten und liegt deutlich unter dem EU/EWR-Durchschnitt von 8,9% im Jahr 2013.

Weiterführende Informationen

Aktuell senden 20 Mikrobiologielaboratorien regelmässig Daten an das Schweizerische Zentrum für Antibiotikaresistenzen (anresis.ch). Die Teilnahme der Laboratorien ist freiwillig. Sie melden die Resultate aller in der Routinediagnostik durchgeführten Resistenztests. Für die bessere Vergleichbarkeit mit dem europäischen Überwachungssystem EARS-Net (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014) werden nur Isolate aus Blutkulturen oder Liquor berücksichtigt. Alle zum Zeitpunkt der Abfrage in der Datenbank enthaltenen invasiven Isolate (Blutkulturen und Liquor) werden berücksichtigt, die gegen die aufgelisteten Substanzen getestet worden sind. Die Festlegung der Resistenz der einzelnen Isolate durch die Laboratorien wird von anresis.ch nicht weiter validiert. Seit 2009 ist die Menge der gelieferten Daten relativ konstant; jedoch sind leichte Verzerrungen, vor allem bei aktuelleren Daten, möglich. Die absoluten Zahlen dürfen aufgrund dieser Verzerrungen nur mit Vorsicht interpretiert werden.

Definitionen

Resistent bedeutet intermediäre Empfindlichkeit oder Resistenz gegen die angegebenen Substanzen:

FQR-E. coli: Fluoroquinolon-resistente *Escherichia coli*, gegen Norfloxacin und/oder Ciprofloxacin; **ESCR-E. coli:** Extended-spectrum cephalosporin-resistente *Escherichia coli*, gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine; **ESCR-KP:** Extended-spectrum cephalosporin-resistente *Klebsiella pneumoniae*, gegen mindestens eines der getesteten 3.- oder 4.-Generation-Cephalosporine; **MRSA:** Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus*, gegen mindestens eines der Antibiotika Cefoxitin, Flucloxacillin, Methicillin, Oxacillin; **PNSP:** Penicillin-resistente *Streptococcus pneumoniae*, gegen das Antibiotikum Penicillin; **VRE:** Vancomycin-resistente Enterokokken, gegen das Antibiotikum Vancomycin. (Aufgrund der intrinsischen Vancomycin-Resistenz von *E. gallinarum*, *E. flavescens* und *E. casseliflavus* wurden nur *E. faecalis* und *E. faecium* berücksichtigt. Nicht spezifizierte Enterokokken wurden von der Analyse ausgeschlossen.)

Links und Referenzen

[Zum BAG: Strategie Antibiotikaresistenzen](#) (letzter Zugriff, 18.11.2016)

[Zum Schweizerisches Zentrum für Antibiotikaresistenzen](#) (letzter Zugriff, 23.12.2016)

Federal Office of Public Health and Federal Food Safety and Veterinary Office. **Swiss Antibiotic Resistance Report 2016.** Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Bacteria from Humans and Animals in Switzerland. Erhältlich auf www.star.admin.ch (letzter Zugriff, 30.12.2016).

Federal Office of Public Health and Federal Food Safety and Veterinary Office. **Joint Report 2013.** Usage of Antibiotics and Occurrence of Antibiotic Resistance in Bacteria from Humans and Animals in Switzerland. Erhältlich auf www.star.admin.ch (letzter Zugriff, 30.12.2016).

European Centre for Disease Prevention and Control (2014). Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2013. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC.

14 Infektionen nach Coloneingriffen

Auszug aus dem Ziel 1.2 «Gesundheitsschutz komplettieren»: Der Schutz muss [...] gestärkt werden, [...] auch für die Patienten/-innen [...].

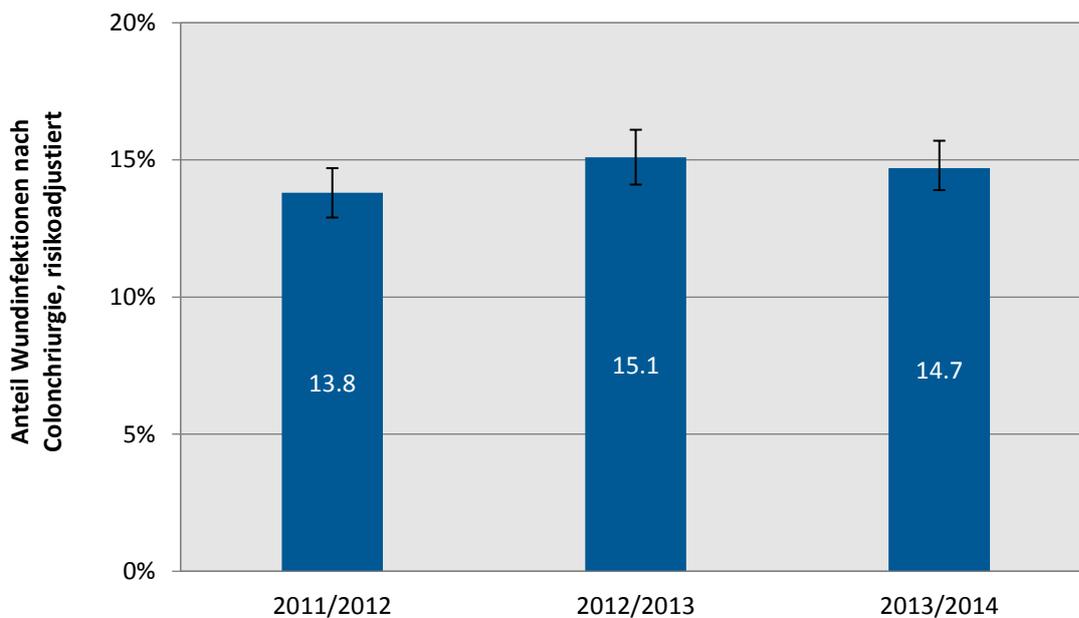
Dazu sollen folgende zusätzliche Massnahmen ergriffen werden: [...]

- *Reduktion von vermeidbaren Infektionen* (sogenannte nosokomiale Infektionen) in den stationären Einrichtungen.

Bedeutung des Indikators: Wundinfektionen nach einer Operation gehören zu den nosokomialen Infektionen, d.h. solchen, die im Rahmen einer medizinischen Behandlung auftreten. Sie können zum Teil durch geeignete Massnahmen verhindert werden. Dieser Indikator misst die jährliche Rate der Infektionen nach operativen Eingriffen am Dickdarm (Colon), wobei dem unterschiedlichen Risiko der Patientinnen und Patienten Rechnung getragen wird. Der Indikator gibt Hinweise auf die Qualität einer Behandlung. Es ist ein Indikator des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) in Kooperation mit dem Verein Swissnoso.

Quantifizierbares Ziel: Die Infektionsrate steigt nicht an.

Abb. 14 Wundinfektionen nach Coloneingriffen, Spitäler in der Schweiz, 2011/12 bis 2013/14



2011/2012: n=5226, 2012/ 2013: n=5319, 2013/2014: n=6097

Die Messung erfolgt jeweils vom 1. Oktober eines Jahres bis 30. September des Folgejahres.

Risikoadjustiert: siehe Definitionen

Quelle: ANQ Nationale Vergleichsberichte Wundinfektionen /Auswertungen Obsan © Obsan 2017

Der Indikator zum Anteil von Wundinfektionen nach Coloneingriffen ist 2011/12, 2012/13 und 2013/2014 bei etwa 100 Schweizer Spitalern gemessen worden. In der ersten Messperiode beträgt der Anteil Infekte 13,8%, in der zweiten beträgt er 15,1% und in der dritten 14,7%. *Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant*, was sich an den 95%-Vertrauensintervallen ablesen lässt. Gemäss dem Bericht des ANQ wurde in der letzten Periode eine Zunahme der oberflächlichen bei gleichzeitiger Abnahme der tiefen Infektionen festgestellt.

Weiterführende Informationen

Der Indikator ist vorläufig noch nicht aussagekräftig für alle Schweizer Spitäler. Er fügt sich jedoch ein in die nationale Strategie gegen Spital- und Pflegeheiminfektionen (NOSO). Die Raten in der Schweiz sind gegenüber anderen Ländern erhöht. Gemäss ANQ sollten Vergleiche jedoch aufgrund von zufälligen Unterschieden, Unterschieden in der Erfassungsmethode, in der Gründlichkeit der Überwachung nach Spitalaustritt und in der Validität der erhobenen Daten mit Vorsicht interpretiert werden. So umfassen die Raten aus den USA (2,8%) und aus Deutschland (7,7%) keine vollständige Nachverfolgung nach Spitalaustritt. Weitere Resultate: Frankreich (2013; 7,7%), EU (2011; 9,5%), Grossbritannien (2011; 10,4%), Niederlande (2011; 15,8%).

Definitionen

Erfasst werden Wundinfektionen, die sich innert 30 Tagen nach der Operation zeigen, unabhängig davon, ob sie im Spital oder nach Spitalentlassung auftreten. Die Schweizer Messmethode basiert auf den Vorgaben des US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern werden in der Schweiz zusätzlich Infektionen erfasst, die nach dem Verlassen des Spitals auftreten. Die Infektionsraten der einzelnen Spitäler und Kliniken werden jeweils mittels NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance)-Risikoindex bereinigt. Dieser Index erlaubt die Berechnung von Wundinfektionsraten unter Berücksichtigung von patientenspezifischen Risikofaktoren oder den Eingriffsarten und erleichtert damit den direkten Vergleich zwischen den Institutionen. Der NNIS-Risikoindex klassifiziert die Patienten in vier Kategorien (0, 1, 2, 3), abhängig von deren Risiko, eine postoperative Wundinfektion zu erleiden. Um den Index zu berechnen, wird jedem der folgenden Parameter eine Punktzahl von 0 oder 1 zugeordnet:

- *ASA-Score* (American Society of Anesthesiologists Score: <3 = 0; sonst 1): Wird gebraucht, um den präoperativen Zustand des Patienten in Bezug auf anästhesiologische Komplikationen zu bewerten. Reicht von 1 (gesunder Patient) bis 5 (moribunder Patient, der ohne die Operation versterben wird).
- *Kontamination* gemäss der Klassifikation nach Altemeier (I und II = 0, sonst 1): beschreibt das Ausmass der mikrobiologischen Kontamination des Operationssitus zum Zeitpunkt der Inzision. Reicht von I (sauber; z.B. Implantation einer Hüfttotalprothese) bis IV (schmutzig oder infiziert; z.B. Peritonitis bei perforierter Appendix).
- Operationsdauer (<75. Perzentile = 0; sonst 1) T-Zeit

Links und Referenzen

Bundesamt für Gesundheit 2016 : Nationale Strategie zur Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von healthcare-assoziierten Infektionen (Strategie NOSO). www.bag.admin.ch/noso

Swissnoso: Surgical Site Infection (SSI) Surveillance. <https://www.swissnoso.ch/module/ssi-surveillance/ueber-ssi-surveillance/das-modul/>

Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ): Nationaler Vergleichsbericht Programm zur Überwachung postoperativer Wundinfektionen Swissnoso. Vergleichsberichte 2011/2012, 2012/2013, 2013/2014:

http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/11/20160408_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2013_2014_V1.1_Swissnoso_de_final.pdf (letzter Zugriff, 25.01.2017)

http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20151030_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2012_2013_Swissnoso_de_V_1.1.pdf (letzter Zugriff, 25.01.2017)

http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/20140520_SSI_Nationaler_Vergleichsbericht_2011_2012_Swissnoso_de_final.pdf (letzter Zugriff, 25.01.2017)

15 Durchimpfungsquote Masern

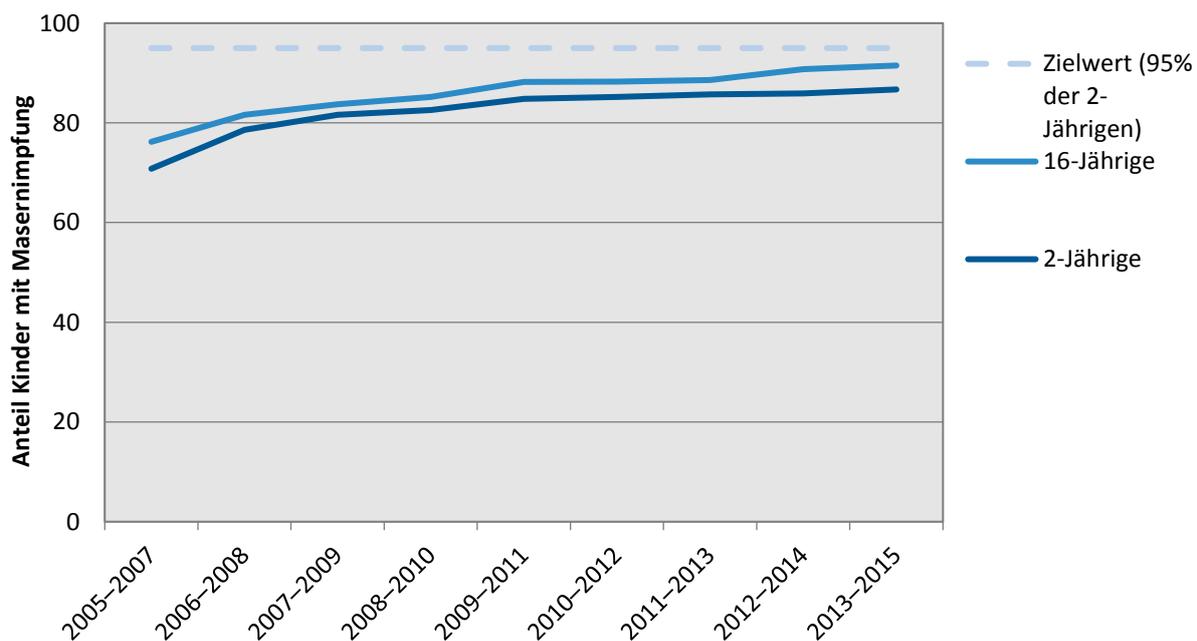
Auszug aus dem Ziel 1.2 «Gesundheitsschutz komplettieren»: Die *Verbesserung der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten* gehört ebenfalls zum Gesundheitsschutz der Zukunft.

Und aus dem Ziel 1.3: So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die *zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.)* entstehen.

Bedeutung des Indikators: Masern sind eine vor allem wegen ihren Komplikationen gefürchtete virale Infektionskrankheit, die durch das Masern-Virus ausgelöst werden. Sind 95% einer Bevölkerung ab dem Kleinkindalter mit zwei Dosen gegen Masern geimpft, wird eine Herdenimmunität erreicht – der Krankheitserreger kann sich nicht mehr verbreiten und verschwindet gänzlich (Nationale Strategie zur Masernelimination). Der Indikator misst die Durchimpfungsquote der zweijährigen Kinder, welche mindestens zwei Impfdosen erhalten haben. Ergänzend wird die Durchimpfungsquote der 16-Jährigen gezeigt.

Quantifizierbares Ziel: Mindestens 95% der Kinder im Alter von zwei Jahren sind mit zwei Impfdosen gegen Masern geimpft.

Abb. 15 Entwicklung der Durchimpfungsquote mit zwei Impfdosen gegen Masern, nach Alter und Erhebungsperiode, Schweiz, von 2005–2007 bis 2013–2015



2005–2007: n=9301, 2006–2008: n=9191, 2007–2009: n=7495, 2008–2010: n=8311, 2009–2011: n=7973, 2010–2012: n=7470, 2011–2013: n=8260, 2012–2014: n=7786, 2013–2015: n= 6944.

Quelle: BAG und Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich – Swiss National Vaccination Coverage Survey 1999–2015 / Auswertung BAG © OFSP 2017

Die Durchimpfungsquote der 2-Jährigen mit zwei Impfdosen gegen Masern ist von 71% im Zeitraum 2005–2007 auf 87% im Zeitraum 2013–2015 gestiegen. Seit der ersten gesamtschweizerischen Erhebung zu den Durchimpfungsquoten (SNVCS), die je nach Kanton zwischen 1999 und 2003 stattfand, hat die Durchimpfungsquote gegen Masern im Alter von 2 und 16 Jahren kontinuierlich

zugenommen, sowohl bei der ersten Dosis (nicht abgebildet) als auch – und dies noch stärker – bei der zweiten. *Das Ziel einer Durchimpfungsquote von 95% mit zwei Impfdosen im Alter von zwei Jahren ist jedoch noch nicht erreicht.* Seit die Durchimpfungsquote relativ hoch ist, hat sich die Zunahme verlangsamt. Bei den 16-Jährigen ist nach wie vor der Anteil für beiden Dosen leicht höher als bei den 2-Jährigen. Hierfür sind Nachholimpfungen in der Kindheit und Jugend verantwortlich. Die Durchimpfungsquote beträgt bei den 16-Jährigen 96% bei der ersten Dosis und 92% bei der zweiten Dosis. Die aktuellen Durchimpfungsquoten gegen Masern bei Kleinkindern in der Schweiz (94% für die erste und 87% für die zweite Dosis) liegen etwa im europäischen Durchschnitt (94% bzw. 89%), aber über der weltweiten Rate (85% bzw. 61%).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Im Auftrag des BAG und in Zusammenarbeit mit den Kantonen führt das Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich jährlich in rund einem Drittel der Kantone eine Befragung zur Durchimpfung durch. Erhoben werden alle vom BAG empfohlenen Impfungen, unter anderem auch die Masernimpfung. Für jede Impfung, Altersgruppe und Dosis lassen sich am Ende eines Dreijahreszyklus die gewichteten nationalen Durchschnittswerte berechnen. Für den aktuellen Indikator zu den Masern wurde jedes Jahr ein neuer schweizerischer Durchschnitt berechnet, basierend auf den kantonalen Daten und einem gleitenden Dreijahreszyklus. Zwischen zwei aufeinanderfolgenden Perioden werden somit nur die Daten von rund einem Drittel der Kantone erneuert.

Zielgruppen dieser freiwilligen Erhebungen sind Kinder im Alter von 2, 8 und 16 Jahren. In Kantonen mit einem zentralen Einwohnerregister findet die Auswahl der Kinder nach dem Zufallsprinzip statt. In Kantonen ohne zentrales Einwohnerregister bzw., wenn die Daten eines existierenden Registers für die Studie nicht zur Verfügung stehen, werden in einem zweistufigen Verfahren zuerst die Gemeinden innerhalb der Kantone und dann die Kinder innerhalb der Gemeinden zufällig ausgewählt. In kleinen Kantonen werden Listen mit allen Kindern der jeweiligen Jahrgänge erstellt und darauf basierend Zufallsstichproben gezogen. Alle Familien der ausgewählten Kinder werden gebeten, das Impfbüchlein oder eine Kopie davon einzusenden. Bei Bedarf wird ein Erinnerungsbrief verschickt und schliesslich telefonisch nachgefragt.

Links

[Zum BAG: Durchimpfung](#) (letzter Zugriff, 19.01.2017)

[Zur WHO: Global health Observatory \(GHO\) data: Measles](#) (letzter Zugriff, 01.11.2016)

Referenz

WHO. Progress towards regional measles elimination, worldwide, 2000–2015. Wkly Epidemiol Rec. 2016 Nov 11;91(45):525-35. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251002/1/WER9145.pdf?ua=1> (letzter Zugriff, 14.11.2016)

16 Neue HIV Diagnosen

Auszug aus dem Ziel 1.2 «Gesundheitsschutz komplettieren»: Die Verbesserung der *Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten* gehört ebenfalls zum Gesundheitsschutz der Zukunft.

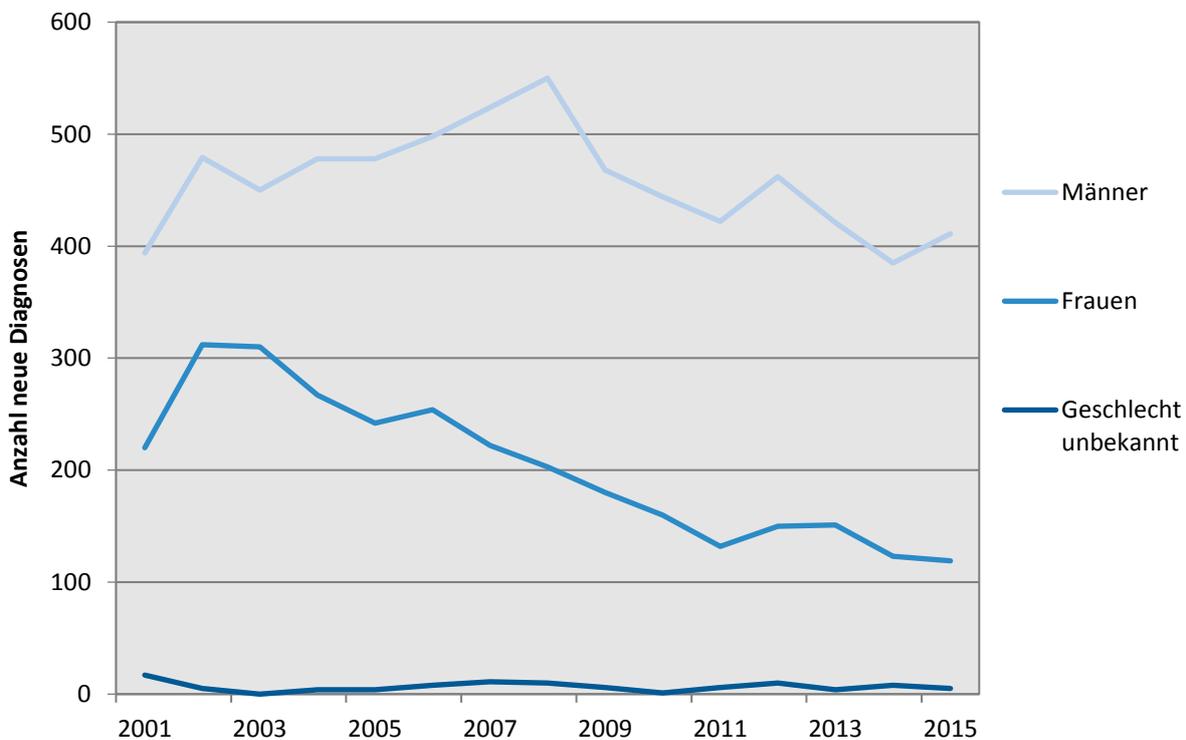
Und aus dem Ziel 1.3: So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die *Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten* und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

Bedeutung des Indikators: Das wichtigste Ziel des Nationalen Programms «HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017» lautet, die HIV-Diagnosen von HIV und anderen STI (sexually transmitted infections) deutlich zu senken und gesundheitsschädigende Spätfolgen zu vermeiden.

Die Zahl der neuen HIV-Diagnosen pro Jahr gibt eine Erfolgsmessung der Massnahmen in einem Teilbereich des Programms wieder.

Quantifizierbares Ziel: Reduktion der jährlichen neuen HIV-Diagnosen

Abb. 16 Neue HIV-Diagnosen, nach Geschlecht, Schweiz, 2001–2015



Quelle: Meldungen der HIV-Meldelabors, Stand 31.12.2016 /Auswertung BAG

© BAG 2016

Die neuen HIV-Diagnosen *haben insgesamt von 2002 bis 2015 abgenommen*, wobei diese Abnahme bei Frauen fast ausnahmslos stetig von Jahr zu Jahr erfolgte. Im Gegensatz dazu stiegen die Meldungen bei Männern erst an und nahmen erst danach wieder ab. Die Zahl der gemeldeten HIV-Diagnosen war im betrachteten Zeitintervall 2001–2015 bei Männern immer häufiger als bei Frauen. Der Frauenanteil betrug im Mittel 31%.

Aufgrund ergänzender Arztmeldungen zu einem Teil der Labormeldungen ist bekannt, dass der Anstieg bei Männern zwischen 2002 und 2008 sowie der vorübergehende Anstieg im Jahr 2012 weitgehend durch HIV-Diagnosen bei Männern, die Sex mit Männern haben, verursacht wurden. Um den Anstieg bei Männern im Jahr 2015 zu interpretieren, liegen noch zu wenige Arztmeldungen vor.

Neue HIV-Diagnosen bilden die HIV-Infektionsrate nur näherungsweise ab, da der Infektionszeitpunkt in den meisten Fällen nicht bekannt ist. Dieser kann mehrere Jahre vor der Diagnose liegen.

Weiterführende Informationen

HIV-Diagnosen unterstehen für Labors und Ärzte der Meldepflicht (Meldeverordnung SR 818.101.126). Die Meldungen werden an das Bundesamt für Gesundheit geschickt, dort erfasst und die Daten bereinigt und analysiert.

Definitionen

Eine HIV-Diagnose gilt als gesichert, wenn sie gemäss HIV-Testkonzept bestätigt wurde.

Links

[Zum BAG: Richtlinien und Empfehlungen HIV](#) (letzter Zugriff, 31.01.2017)

17 Anteil Frauen ab 50 Jahren mit einer Mammografie im Rahmen eines Früherkennungsprogramms

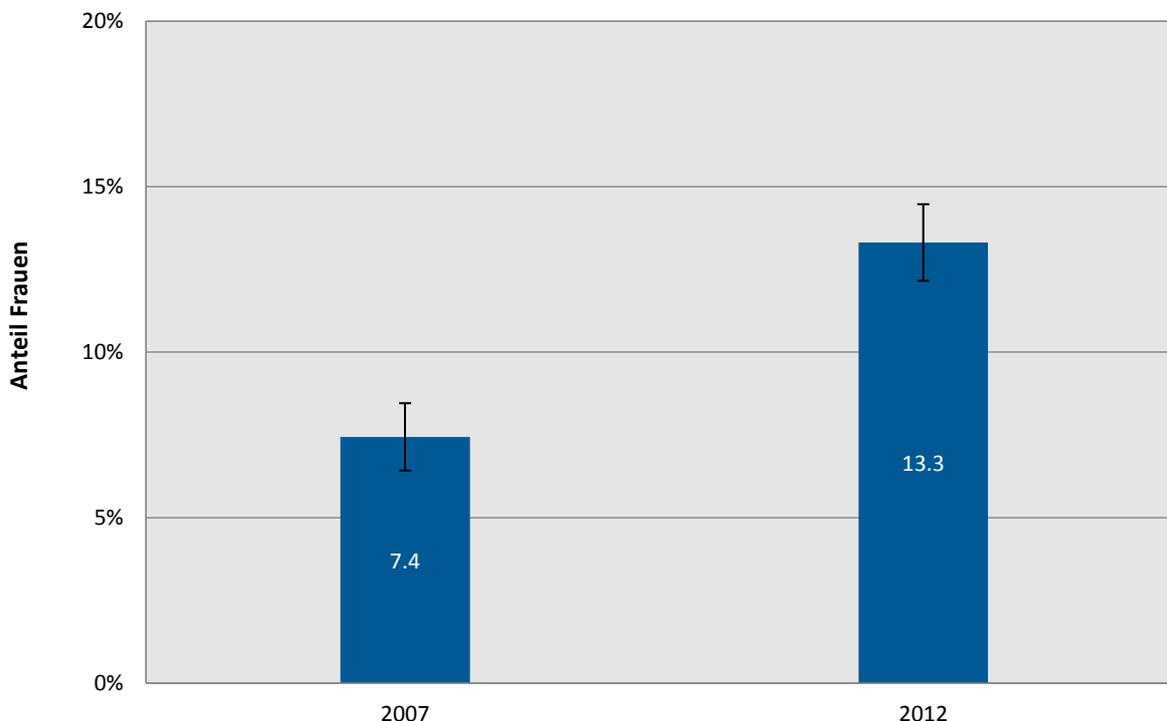
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

- Verbesserung der Prävention und *Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten*, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.

Bedeutung des Indikators: Frauen ab 50 Jahren wird alle zwei Jahre eine Mammografie empfohlen, wenn immer möglich im Rahmen eines Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BAG und Krebsliga). Die Strategie des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik gegen Krebs 2014–2017 sieht eine Förderung der Screening-Programme vor. Dieser Indikator zeigt den Anteil der Frauen ab 50 Jahren (bis und mit 74 Jahre), die eine Mammografie im Rahmen eines Screening-Programmes erhalten haben.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme der Teilnahme.

Abb. 17 Anteil Frauen zwischen 50 und 74 Jahren mit Mammografie im Rahmen eines Früherkennungsprogramms, Schweiz, 2007–2012



2007: n=3845, 2012: n=4139

Quelle: BFS – SGB 2007–2012 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Zwischen 2007 und 2012 hat sich der Anteil der Frauen zwischen 50 und 74 Jahren, die sich im Rahmen eines Früherkennungsprogramms einer Mammografie unterzogen, mit einer Zunahme auf 13,3% im Jahr 2012 fast verdoppelt. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass sich 2007 rund 73'000 Frauen von 50 bis 74 Jahren im Rahmen eines Früherkennungsprogramms einer Mammografie unterzogen, 2012 dagegen fast 150'000. Zu beachten ist, dass aktuell der Nutzen des Mammografie-Screenings nicht unumstritten ist.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil der Frauen zwischen 50 und 74 Jahren, die sich in den zwei Jahren vor der Befragung im Rahmen eines Früherkennungsprogramms einer Mammografie unterzogen. Er stützt sich auf die Fragen 48.10, 48.11, 48.12 und 48.13 des telefonischen Fragebogens der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

18 Anteil Personen von 50 bis 69 Jahren mit einer Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung

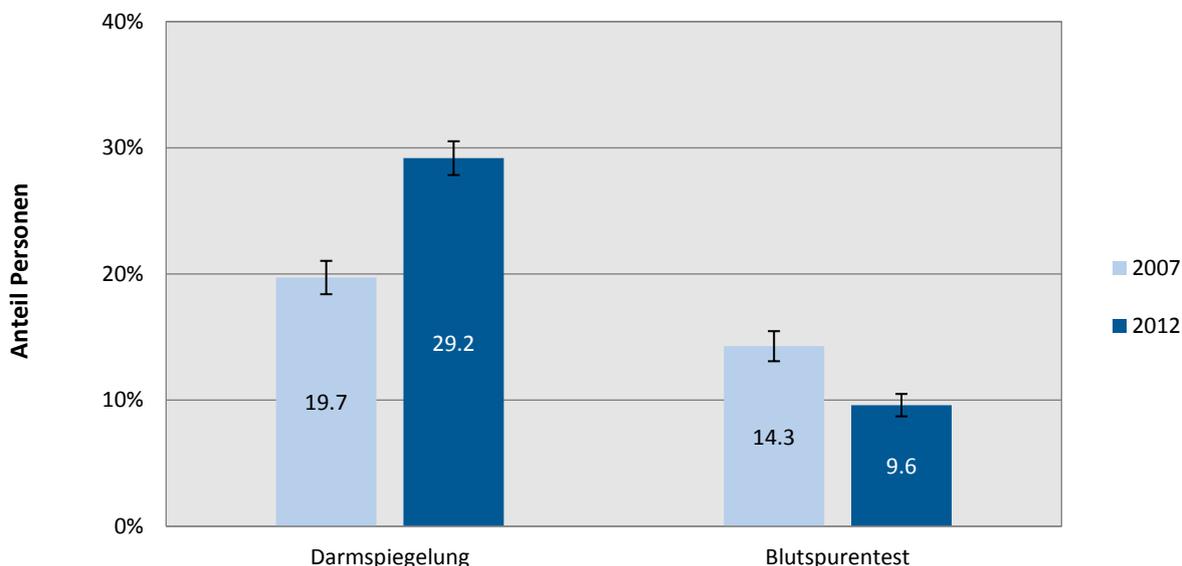
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

- Verbesserung der Prävention und *Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten*, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.

Bedeutung des Indikators: Seit Mitte 2013 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Vorsorgeuntersuchungen zu Dickdarmkrebs. Dies auch dann, wenn im engen familiären Umfeld der zu untersuchenden Person keine entsprechende Erkrankung bekannt ist. Bei diesen Untersuchungen geht es um den Hämokult-Test (Nachweis von Blutspuren im Stuhl, alle 2 Jahre) sowie Dickdarmspiegelungen (alle 10 Jahre) bei Frauen und Männern von 50 bis 69 Jahren. Der Indikator wird zusammengesetzt aus beiden Formen von Früherkennungsuntersuchungen.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme der Teilnahme.

Abb. 18 Personen von 50 bis 69 Jahren mit Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Test zum Nachweis von Blutspuren im Stuhl in den letzten 2 Jahren oder Dickdarmspiegelung in den letzten 10 Jahren), Schweiz, 2007–2012



2007: n=2442, 2012: n=3155

Quelle: BFS – SGB 2007–2012 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Zwischen 2007 und 2012 ist der Anteil Personen, die sich in den zwei Jahren vor der Befragung einer Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung in Form eines Hämocult-Tests haben, signifikant zurückgegangen. Deutlich häufiger wurden dafür in den zehn Jahren vor der Befragung

Darmspiegelungen durchgeführt. Dieser Anteil erhöhte sich im Jahr 2012 bei den 50- bis 69-Jährigen auf 29,2% oder rund 554'000 Personen. In dieser Altersgruppe belief sich der Anteil der Personen, die einen Dickdarm-Früherkennungstest zum Nachweis von Blut im Stuhl durchführen liessen, auf 9,6% (180'000 Personen).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen zwischen 50 und 69 Jahren, die eine Darmkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen liessen, entweder mit einem Hämooccult-Test in den letzten zwei Jahren oder mit einer Dickdarmspiegelung in den letzten zehn Jahren vor der Befragung. Er stützt sich auf die Fragen 49.00, 49.01, 49.02, 49.03, 49.10, 49.11 und 49.12 des telefonischen Fragebogens der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

19 Anteil tägliche Raucherinnen und Raucher

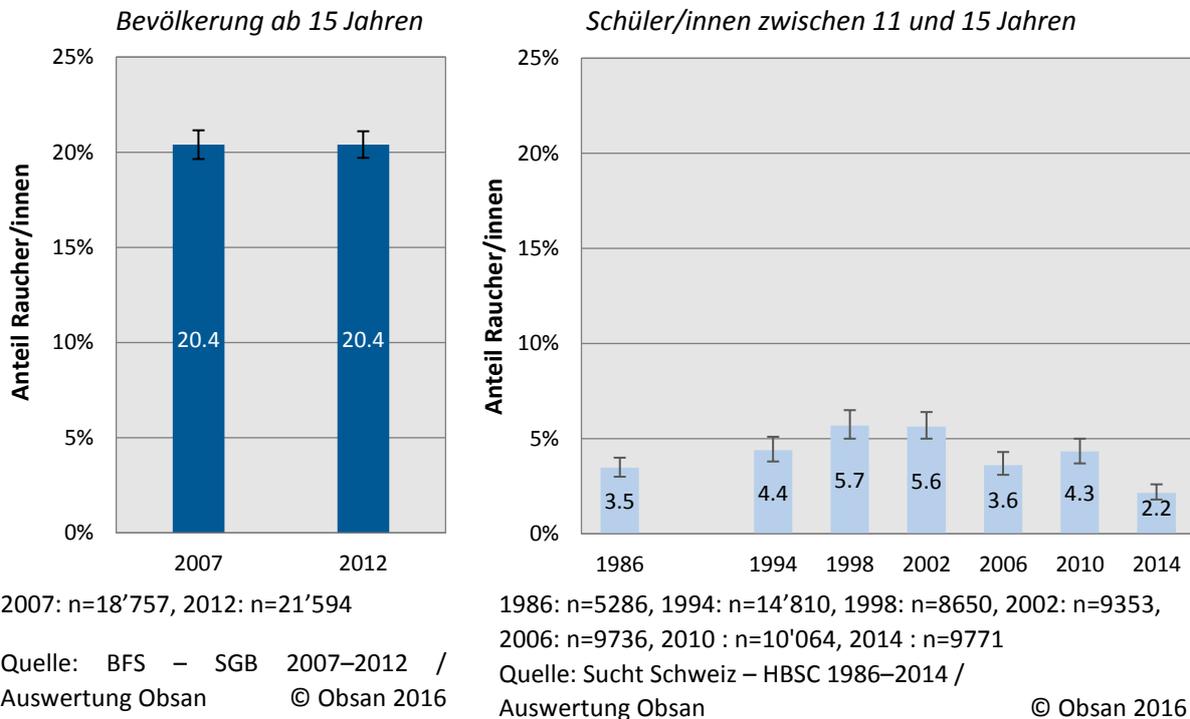
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, *Tabak* und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

- Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.
- Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen, auch neuer Suchtformen wie exzessive Internetsucht. Damit schädliche Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Familien, das Gemeinwesen sowie auf die Unternehmungen reduziert werden können

Bedeutung des Indikators: Der Anteil täglicher Raucherinnen und Raucher innerhalb einer Bevölkerung ist ein möglicher Indikator, der die Gefährdung der Bevölkerung durch Tabak abbildet. Daneben sind u.a. die Dauer und die Intensität des Rauchens von grosser Bedeutung in Bezug auf die Gesundheitsschädigung. Besonders wichtig sind Präventionsmassnahmen bei Jugendlichen.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils täglicher Rauchender.

Abb. 19 Anteil tägliche Raucher/innen, Schweiz, 2007–2012/1986–2014



Aus der Abbildung geht somit hervor, dass der Anteil der täglichen Raucherinnen und Rauchern in der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren zwischen 2007 und 2012 stabil geblieben ist. 2012 wurde die Zahl der täglichen Raucherinnen und Rauchern ab 15 Jahren in der Schweiz auf rund 1'400'000 Personen geschätzt, d.h. 20,4% der Bevölkerung (beide Geschlechter).

Hingegen wurde der Höchstwert bei den Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 15 Jahren Ende der 1990er-Jahre erreicht, danach folgte ein deutlicher Rückgang bis auf 2,2% im Jahr 2014.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst einerseits den Anteil der täglichen Raucherinnen und Raucher in der Schweizer Bevölkerung ab 15 Jahren. Die Grundlage dafür bilden die Fragen 39.00 und 39.01 der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012).

Andererseits widerspiegelt der Indikator die Ergebnisse für die Schülerinnen und Schüler zwischen 11 und 15 Jahren, die sich auf Daten aus der Studie «Health behaviour in school-aged children» (HBSC) stützen. Die entsprechende Frage lautete:

Wie oft rauchst du zurzeit? (jeden Tag / mindestens einmal in der Woche, aber nicht jeden Tag / weniger als einmal in der Woche / ich rauche nicht)

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum Projektbeschrieb HBSC](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

20 Anteil körperlich inaktive Personen

Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und *mangelnde Bewegung*, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

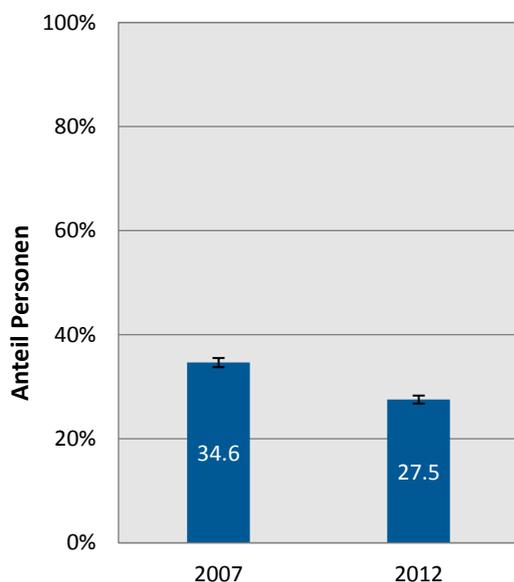
- Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.

Bedeutung des Indikators: Regelmässige Bewegung und Sport sind in allen Altersgruppen wesentlich für Gesundheit und Leistungsfähigkeit. *Inaktive Erwachsene* bewegen sich gemessen an den nationalen Bewegungsempfehlungen weniger als 150 Minuten pro Woche mit mässiger körperlicher Aktivität oder weniger als 75 Minuten pro Woche mit intensiver Aktivität. *Inaktive Kinder* und Jugendliche bewegen sich durchschnittlich weniger als 60 Minuten pro Tag.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der körperlich inaktiven Personen.

Abb. 20 Anteil körperlich inaktive Personen, Schweiz, 2007–2012 / 2002–2014

Bevölkerung ab 15 Jahren (weniger als 150 Minuten pro Woche mässige körperliche Aktivität oder als zweimal pro Woche intensive körperliche Aktivität)



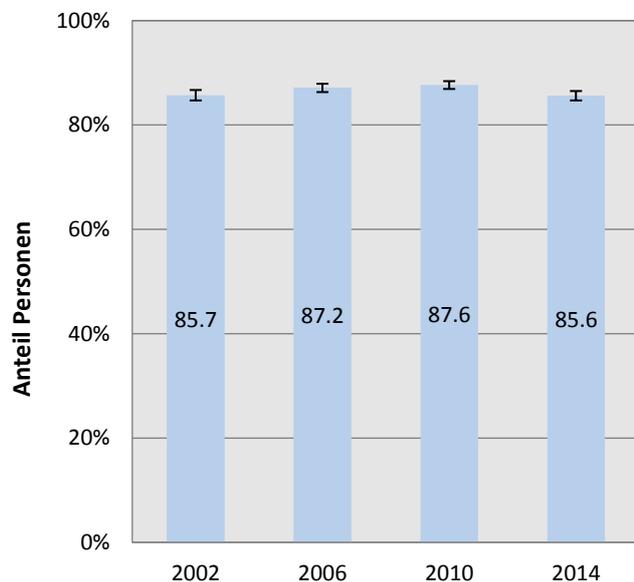
2007: n=17'907, 2012: n=20'625

Quelle: BFS – SGB 2007–2012 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Schüler/innen zwischen 11 und 15 Jahren (in den letzten 7 Tagen weniger als 60 Minuten pro Tag körperliche Aktivität)



2002: n=9281, 2006: n=9575, 2010: n=10'029,

2014: n=9726

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC 2002–2014 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Von 2007 bis 2012 verringerte sich der Anteil von Personen ab 15 Jahren, die körperlich weniger aktiv sind als empfohlen, signifikant von 34,6% (2'010'000 Personen) auf 27,5% (1'780'000 Personen).

Bei den Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 15 Jahren blieb der Anteil derjenigen, die in den sieben Tagen vor der Befragung nicht mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv waren, stabil. 2014 belief er sich auf 86,6%.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen, die pro Woche weniger als 150 Minuten mit mässiger körperlicher Aktivität oder weniger als zweimal pro Woche während 70 Minuten mit intensiver körperlicher Aktivität verbringen. Er basiert auf den Fragen zur Dauer, Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität (36.00, 36.01, 36.10, 36.11) aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012).

Die Ergebnisse für die Schülerinnen und Schüler zwischen 11 und 15 Jahren stützen sich auf Daten aus der Studie «Health behaviour in school-aged children» (HBSC). Der Indikator zeigt den Anteil der Schülerinnen und Schüler, die in den sieben Tagen vor der Befragung weniger als 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv waren, und basiert auf folgender Frage:

An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten körperlich aktiv? an keinem Tag / an 1 Tag / an 2 Tagen / an 3 Tagen / an 4 Tagen / an 5 Tagen / an 6 Tagen / an 7 Tagen

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum Projektbescrieb HBSC](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

21 Anteil Personen mit Adipositas

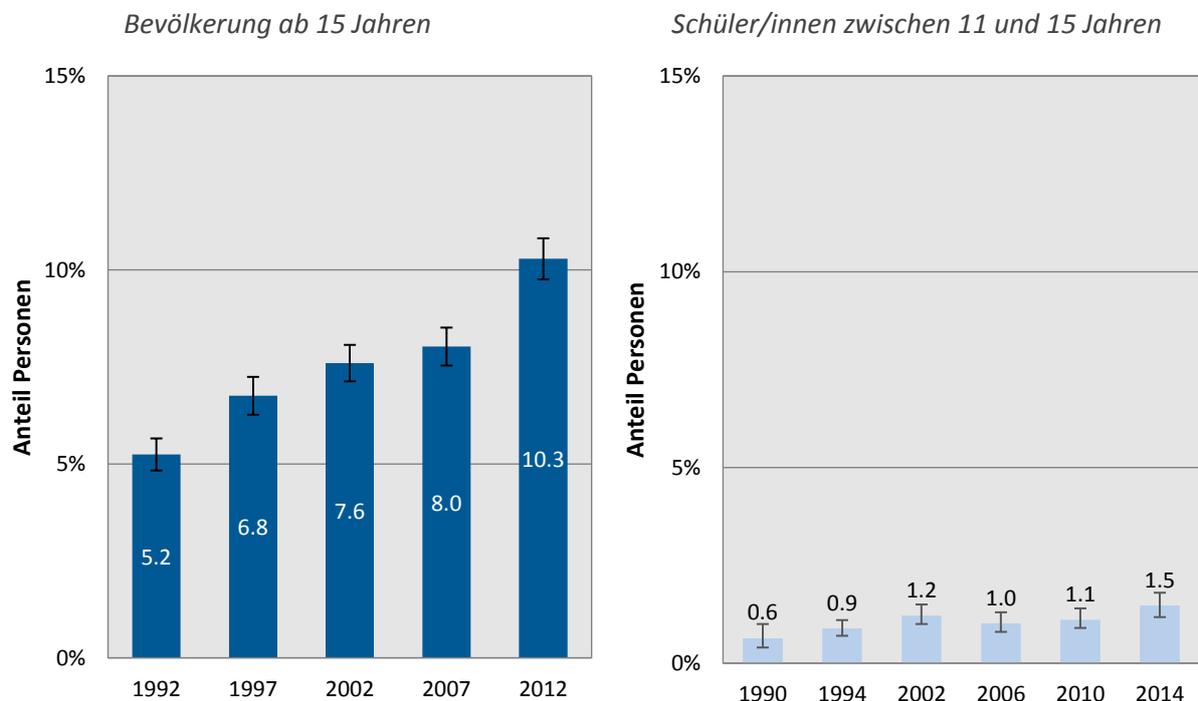
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch *unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung*, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

- Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.

Bedeutung des Indikators: Gemäss WHO-Definition gelten erwachsene Personen mit einem Body Mass Index (BMI) von mindestens 30 als adipös. Sie sind damit deutlich stärker gefährdet als Normalgewichtige oder Übergewichtige, an verschiedenen - vor allem nicht-übertragbaren - Krankheiten zu erkranken. Der BMI, definiert als Gewicht (in kg) / Länge² (in m²), ist als grober Anhaltspunkt für die Gewichtsverteilung (Körperprofilverteilung) in einer Bevölkerung zu verstehen. Die Limiten für Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren werden anhand von Geschlecht und Alter gesetzt. Für Kinder unter 18 Jahren gelten die Limiten gemäss Cole et al. (2000).

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils Personen mit Adipositas.

Abb. 21 Anteil Personen mit Adipositas, Schweiz, 1992–2012 / 1990–2014



1992: n=15288, 1997: n=13004, 2002: n=19706,
2007: n=18760, 2012: n=21382

Quelle: BFS – SGB 1992–2012 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

1990: n=4260, 1994: n=11'636, 2002: n=8664,
2006: n=8996, 2010: n=9335, 2014: n=8730

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC 1986–2014 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Der Anteil Personen ab 15 Jahren mit Adipositas hat seit den ersten Erhebungen kontinuierlich zugenommen. In der Bevölkerung ab 15 Jahren ist dieser Anteil zwischen 1992 und 2012 von 5,2% (298'000 Personen) auf 10,3% (695'000 Personen) gestiegen, was beinahe einer Verdoppelung innerhalb von 20 Jahren entspricht.

Bei den Schülerinnen und Schülern zwischen 11 und 15 Jahren ist seit 1990 ein Aufwärtstrend zu verzeichnen. Bei der ersten Erhebung in 1990 litten lediglich 0,6% der befragten Schülerinnen und Schüler an Adipositas. 2014 waren schätzungsweise 1,5% der Schülerinnen und Schüler adipös.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil adipöser Personen ab 15 Jahren in der Schweiz. Er stützt sich auf die Fragen 23.00 und 23.10 zur Grösse und zum Gewicht der Befragten in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012): Als adipös wurden Personen ab 18 Jahren eingestuft, die die entsprechende BMI-Grenze für Erwachsene überschreiten ($BMI \geq 30$). Für die Jugendlichen Schülerinnen und Schüler zwischen 15 und 17 Jahren, die im Rahmen der SGB befragt wurden, wurden die BMI-Limiten für Adipositas von Cole et al. (2000) verwendet.

Die Ergebnisse für die Schülerinnen und Schüler zwischen 11 und 15 Jahren stützen sich auf die Daten zweier Fragen zur Grösse und zum Gewicht der Kinder aus der Studie «Health behaviour in school-aged children» (HBSC). Die Verbindung zwischen diesen Messwerten und der Definition von Adipositas beruht auf den Normen der «International Obesity Task Force» (IOTF) (Cole et al. 2000).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum Projektbeschrieb HBSC](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

Referenzen

Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH (2000) : Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey, BMJ 320 : p. 1-6

22 Suizidraten

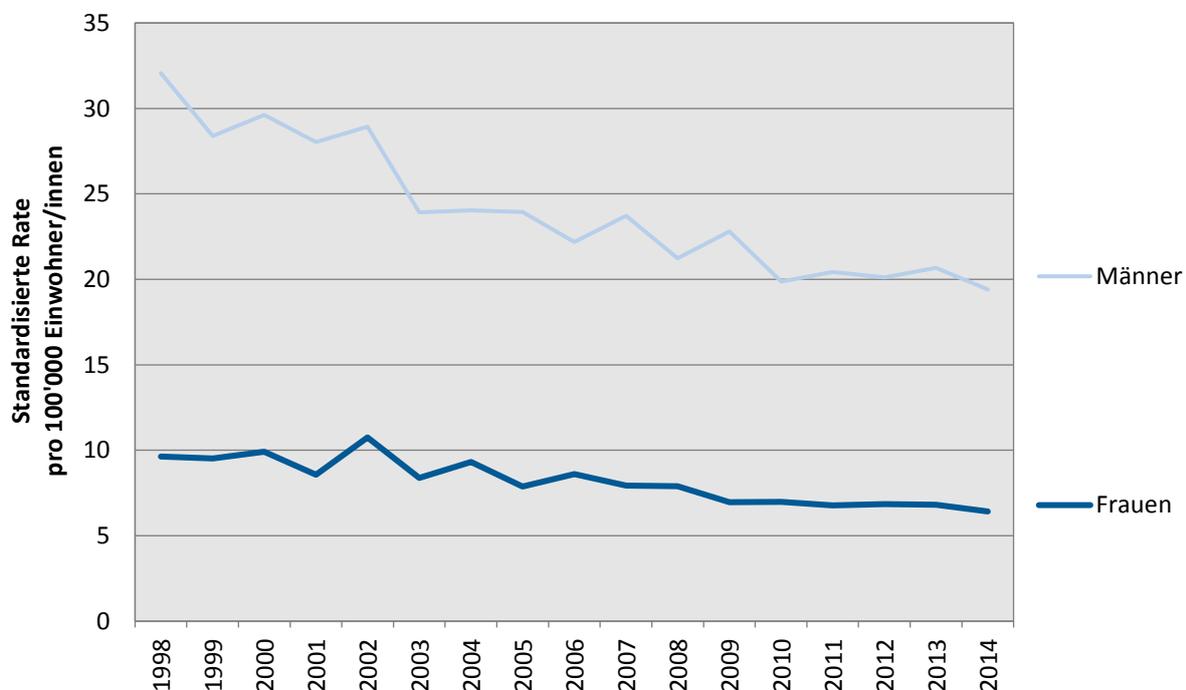
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»:

Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren;

Bedeutung des Indikators: Suizidprävention ist ein wichtiger Pfeiler im Rahmen der psychischen Gesundheit. Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik hat seit 2014 das Projekt "Aktionsplan Suizidprävention" in Auftrag gegeben. Die Suizidrate hat zwar in den letzten 20 Jahren (und vorher) deutlich abgenommen, stagniert aber seit 2010. Die Ursachen für diese Entwicklung sind weitgehend unklar bzw. vielschichtig und lassen sich kaum mit Interventionen zur „Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung“ im Bereich psychische Gesundheit erklären.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme der Suizidraten.

Abb. 22 Standardisierte Suizidrate (exkl. Sterbehilfe) nach Geschlecht, Schweiz, 1998–2014



Standardisiert nach der europäischen Standardpopulation 2010

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Im Vergleich zum Jahr 1998 liegt die standardisierte Suizidrate (ohne Sterbehilfe) heute bei den Männern um über 10 Fälle pro 100'000 Einwohner tiefer (1998: 32,1; 2014: 19,4). Bei den Frauen ist sie ebenfalls etwas zurückgegangen, von 9,6 Suiziden pro 100'000 Einwohnerinnen 1998 auf 6,4 im Jahr 2014.

Die Suizidrate liegt im Jahr 2014 bei den Männern drei Mal höher als bei den Frauen. Ein entsprechendes Ungleichgewicht besteht über die ganze Beobachtungszeit.

Innerhalb von Europa liegt die Schweizer Suizidrate etwa im Mittelfeld (OECD).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die dargestellte standardisierte Suizidrate beinhaltet Berechnungen basierend auf der Todesursachenstatistik des BFS. Eingeschlossen sind die Fälle mit den ICD-10 Codes X60 bis X84.

Die altersstandardisierte Suizidrate wurde wie folgt berechnet:

$$SR_{st} = \frac{\sum(N_i * sr_i)}{\sum N_i}$$

N_i : Zahl der Personen in der Altersgruppe i der Standardbevölkerung.

sr_i : Altersspezifische Suizidrate je 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen

Als Standardbevölkerung wurde die europäischen Standardpopulation 2010 (Eurostat, 2013) verwendet.

Referenzen

Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population - Eurostat methodologies and working papers, Eurostat 2013, p.121.

OECD: <https://data.oecd.org/healthstat/suicide-rates.htm> (Daten 2012, Zugriff am 14.12.2016)

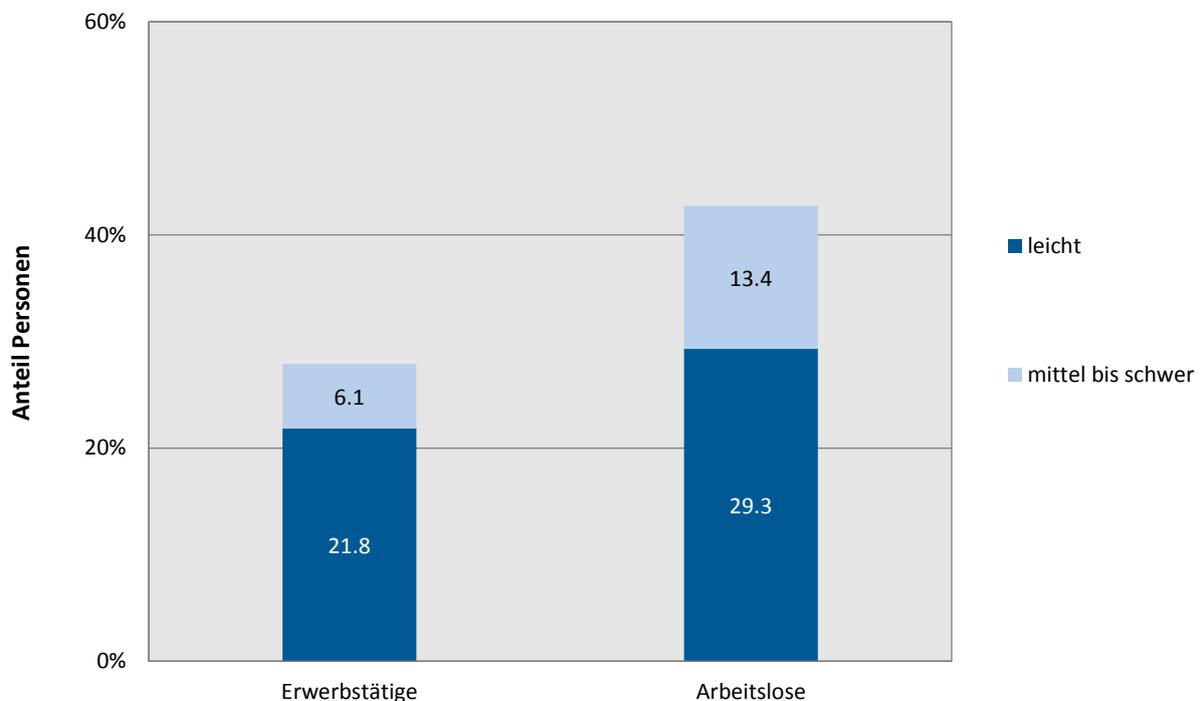
23 Anteil Personen mit Depression bei Arbeitslosigkeit

Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren; dabei soll *besonderes Augenmerk dem Ziel gelten, die Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess bei psychischen Problemen zu verhindern.*

Bedeutung des Indikators: Arbeitslosigkeit und psychische Belastung, auch Depressionen, sind stark korreliert. Sehr bekannt ist die psychische Belastung, die von Arbeitslosigkeit ausgelöst wird. Der Indikator vergleicht den Anteil Depressiver bei Arbeitslosen im Vergleich mit allen übrigen Kategorien der Arbeitsmarktbeteiligung zusammengefasst (erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Personen). Mit dem Indikator kann keine Kausalität gezeigt werden.

Quantifizierbares Ziel: Der Anteil der arbeitslosen Personen mit Depression nimmt nicht zu.

Abb. 23 Anteil Personen mit leichter und mittelschwerer bis schwerer Depression nach Arbeitsmarktstatus, Schweiz, 2012



n=16'979

Quelle: BFS – SGB 1992–2012 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Weiterführende Informationen

2012 litten über 40% der Arbeitslosen an leichten bis schweren Depressionen (rund 45'000 Personen). Von den Erwerbstätigen litt etwas mehr als ein Viertel unter leichten bis schweren Depressionen (1'439'000 Personen). Dies lässt darauf schliessen, dass Depressionen bei Arbeitslosen überdurchschnittlich häufig vorkommen. Anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017 wird sich die Entwicklung dieser beiden Parameter weiter verfolgen lassen.

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil der Personen ab 15 Jahren mit leichter und mittelschwerer bis schwerer Depression nach Arbeitsmarktstatus. Der Arbeitsmarktstatus basiert auf den Fragen 52.00, 52.01, 52.02 und 52.41 der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (telefonischer Fragebogen). Eine Person gilt als erwerbstätig, wenn sie einer bezahlten oder unbezahlten Erwerbstätigkeit nachgeht oder im Familienbetrieb tätig ist.

Der Indikator zur Depression beruht auf den neun Fragen des Instruments PHQ-9 («Patient Health Questionnaire») bzw. der Frage 51.00 (schriftlicher Fragebogen).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

24 Anteil Personen, die chronisch risikoreiche Alkohol trinken

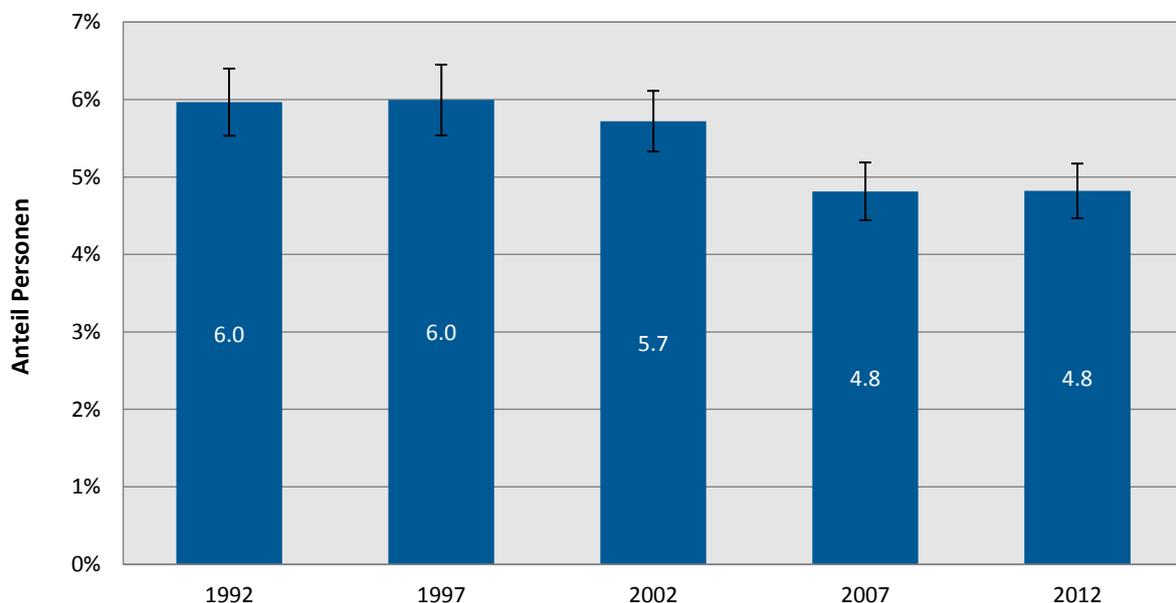
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen *Alkoholkonsum*, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen, auch neuer Suchtformen wie Internetsucht. Damit schädliche Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Familien, das Gemeinwesen sowie auf die Unternehmungen reduziert werden können.

Bedeutung des Indikators: In westlichen Industrienationen ist Alkoholkonsum der drittgrösste Risikofaktor für die gesellschaftliche Belastung durch Krankheiten. Verschiedene Formen problematischen Alkoholkonsums werden unterschieden: Chronischer Risikokonsum, Rauschtrinken (oder episodisch risikoreicher Konsum) oder situationsunangepasster Konsum (Alkohol am Steuerrad). Für den chronischen Risikokonsum, der in diesem Indikator abgebildet wird, gilt gemäss Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass ein durchschnittlicher Tageskonsum von mehr als 20 Gramm reinen Alkohols für eine Frau und von mehr als 40 Gramm für einen Mann ein mittleres bis hohes Gesundheitsrisiko darstellt.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der Personen, die chronisch risikoreich Alkohol trinken.

Abb. 24 Anteil Personen, die chronisch mit mittlerem bis hohem Risiko Alkohol trinken, Schweiz, 1992–2012



1992: n=15'288, 1997: n=13'004, 2002: n=19'638, 2007: n=18'717, 2012: n=20'848

Quelle: BFS – SGB 1992–2012 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Seit 1992 sinkt der Anteil der Personen, deren regelmässiger Alkoholkonsum ein mittleres bis hohes Gesundheitsrisiko darstellt. Der Rückgang von 6,0% (339'000 Personen) auf 4,8% (315'000 Personen) zwischen 1992 und 2012 ist statistisch signifikant.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Für einen Mann gilt ein chronischer Alkoholkonsum von über 40 Gramm reinen Alkohols pro Tag in den vorangegangenen zwölf Monaten als mittleres bis hohes Gesundheitsrisiko. Bei den Frauen liegt diese Grenze bei 20 Gramm. Es wird davon ausgegangen, dass 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 25 cl Spirituosen 10 bis 12 Gramm reinen Alkohols entsprechen. Der Indikator stützt sich auf folgende Fragen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012): 38.20–38.25, 38.30–38.35, 38.40–38.45, 38.50–38.55 (telefonischer Fragebogen).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

25 Anteil Personen mit episodisch risikoreichem Alkoholkonsum

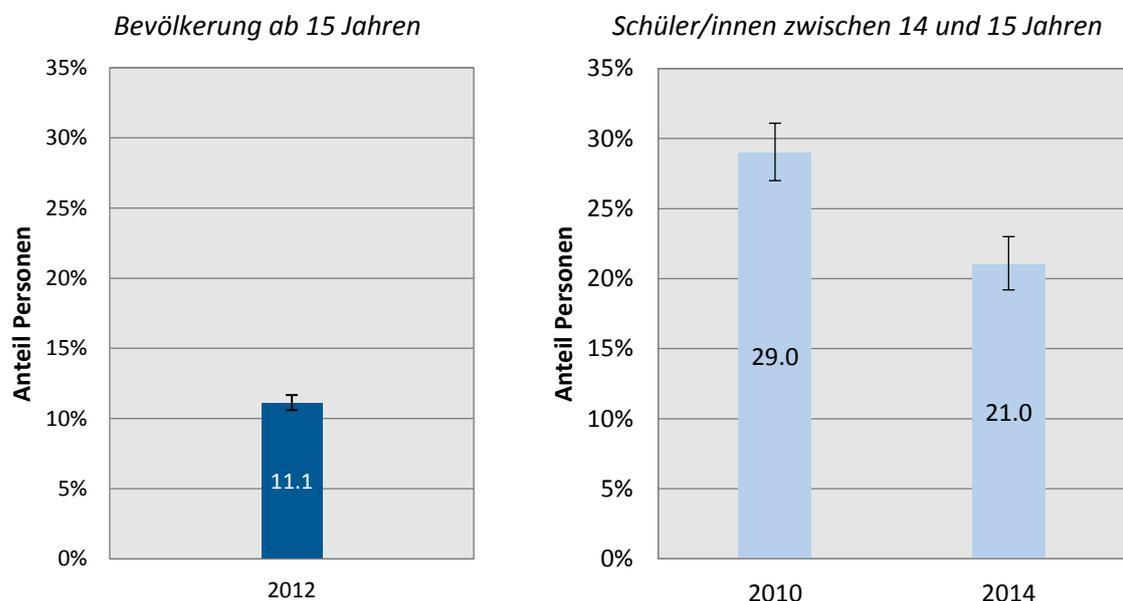
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen *Alkoholkonsum*, Tabak und Drogen, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen, auch neuer Suchtformen wie Internetsucht. Damit schädliche Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Familien, das Gemeinwesen sowie auf die Unternehmungen reduziert werden können.

Bedeutung des Indikators: In westlichen Industrienationen ist Alkoholkonsum der drittgrösste Risikofaktor für die gesellschaftliche Belastung durch Krankheiten. Verschiedene Formen problematischen Alkoholkonsums werden unterschieden: Chronischer Risikokonsum, Rauschtrinken (oder episodisch risikoreicher Konsum) oder situationsunangepasster Konsum. In diesem Indikator wird der episodisch risikoreiche Konsum, das Rauschtrinken (binge drinking) abgebildet. Da Rauschtrinken auch bei Jugendlichen verbreitet ist, wird der Indikator auch für die 14-15-Jährigen gerechnet.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der Personen, die episodisch risikoreich Alkohol trinken.

Abb. 25 Anteil Personen, die mindestens einmal pro Monat übermässig Alkohol trinken (Rauschtrinken), Schweiz, 2012 / 2010–2014



n=20'805

Quelle: BFS – SGB 2012 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

2010: n=3620, 2014: n=3722

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC 2010–2014 /

Auswertung Obsan

© Obsan 2016

2012 tranken schätzungsweise 11,1% (726'000 Personen) der Bevölkerung ab 15 Jahren mindestens einmal pro Monat übermässig Alkohol (Rauschtrinken). Im Moment ist auf der Grundlage der Schweizerischen Gesundheitsbefragung kein zeitlicher Vergleich möglich.

Bei den 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern hat der Anteil derjenigen, die in den letzten 30 Tagen bei einer einzigen Gelegenheit übermässig Alkohol tranken, signifikant von 29,0% im Jahr 2010 auf 21,0% im Jahr 2014 abgenommen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung beträgt die Grenze für Rauschtrinken sechs Gläser oder mehr bei einer einzigen Gelegenheit. Der Indikator beruht auf folgenden Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (telefonischer Fragebogen).

- Wie häufig in den letzten 12 Monaten haben Sie 6 oder mehr Gläser alkoholische Getränke bei einem Anlass oder einer Gelegenheit getrunken? (Jeden Tag oder fast jeden Tag / 5–6 Tage in der Woche / 3–4 Tage in der Woche / 1–2 Tage in der Woche / 2–3 mal im Monat / 1 Mal im Monat / Weniger als 1 Mal im Monat / Nie in den letzten 12 Monaten / Im ganzen Leben noch nie).

Bei den 14- und 15-jährigen Jugendlichen beträgt die Grenze fünf Gläser. Dieser Indikator basiert auf folgender Frage aus dem HBSC:

- In den letzten 30 Tagen, wie oft hast du 5 alkoholische Getränke oder mehr zu einer Gelegenheit (d.h. in kurzer Zeit nacheinander) getrunken? (nie / 1-mal / 2-mal / 3- bis 5-mal / 6- bis 9-mal / 10-mal oder mehr)

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum Projektbeschrieb HBSC](#), (letzter Zugriff, 08.02.2016)

26 Monatsprävalenz Cannabiskonsum

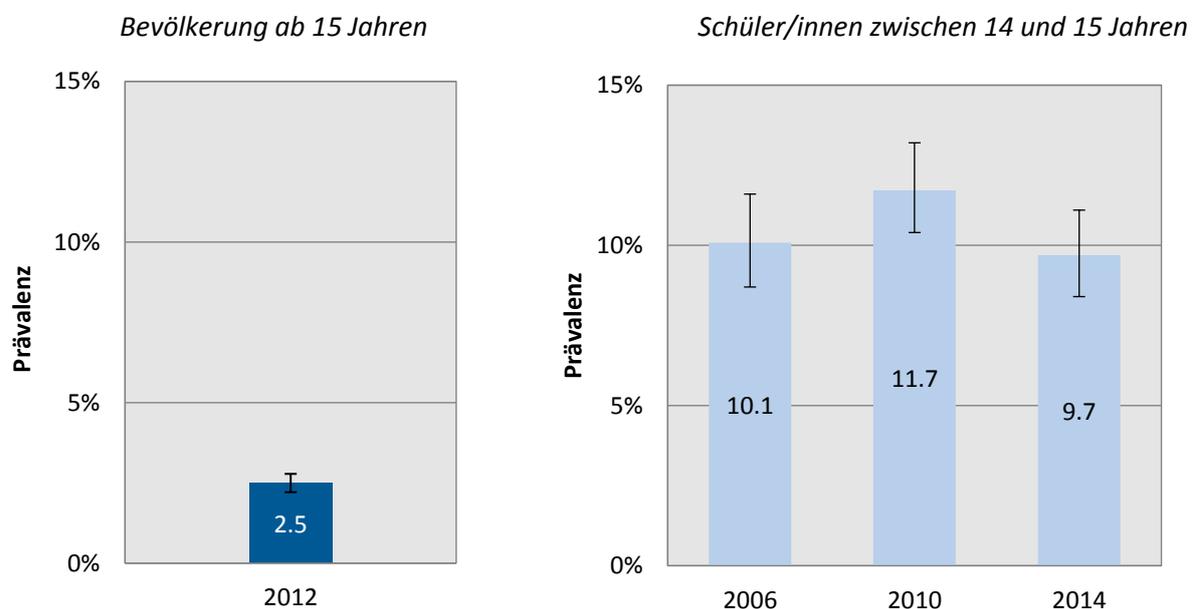
Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und *Drogen*, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern. Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen, auch neuer Suchtformen wie Internetsucht. Damit schädliche Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Familien, das Gemeinwesen sowie auf die Unternehmungen reduziert werden können.

Bedeutung des Indikators: Die Behandlungsnachfrage für psychosoziale Betreuungen im Zusammenhang mit primär cannabisbezogenen Problemen ist seit 2006 angestiegen. Seit 2010 steht sie an erster Stelle hinsichtlich der Probleme mit illegalen Substanzen und hat die opioidbezogenen Probleme überholt - welche ihrerseits seit 2009 zurückgehen. Der Indikator gibt einen Anhaltspunkt darüber, wie gross der Anteil regelmässig Konsumierender ist.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der regelmässig Cannabis-Konsumierenden an der Bevölkerung.

Abb. 26 Anteil Personen, die mindestens einmal pro Monat Cannabis konsumieren, Schweiz, 2012 / 2006–2014



N=19'037

Quelle: BFS – SGB 2012 /
Auswertung Obsan

© Obsan 2016

2006: n=3459, 2010: n=3527, 2014: n=3698

Quelle: Sucht Schweiz – HBSC 2006–2014 /
Auswertung Obsan

© Obsan 2016

2012 konsumierten 2,5% (148'000 Personen) der Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten mindestens einmal pro Monat Cannabis. Aufgrund der Struktur der Schweizerischen Gesundheitsbefragung sind Vergleiche mit früheren Jahren nicht möglich.

Bei den 14- und 15-Jährigen Schülerinnen und Schülern ist diese Zahl mit rund 10% signifikant höher. In dieser Bevölkerungsgruppe lässt sich zwischen 2006 und 2014 kein signifikanter Unterschied ausmachen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung wird die Monatsprävalenz aufgrund des Konsums in den vorangehenden zwölf Monaten geschätzt. Der Indikator beruht auf den Fragen 40.10, 40.11, 40.13 und 40.15 der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012, telefonischer Fragebogen).

Bei den 14- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern bezieht sich die Frage auf den Konsum im Vormonat. Dieser Indikator basiert auf folgender Frage aus dem HBSC:

- Hast du jemals Cannabis (Joint, Shit, Gras, Marihuana, Haschisch) genommen in den letzten 30 Tagen? (nie / an 1–2 Tagen / an 3–5 Tagen / an 6–9 Tagen / an 10–19 Tagen / an 20–29 Tagen / an 30 oder mehr Tagen)

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum Projektbescrieb HBSC](#), (letzter Zugriff, 08.02.2016)

27 Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln

Auszug aus dem Ziel 1.3 «Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung intensivieren»: Öffentliche und private Akteure sollen ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken. Das Ziel ist, wo möglich Krankheiten zu verhindern oder zu mildern. So können auch die volkswirtschaftlichen Kosten reduziert werden, die durch unausgewogene Ernährung und mangelnde Bewegung, übermässigen Alkoholkonsum, Tabak und *Drogen*, aber auch durch die Verbreitung von sexuell übertragbaren Krankheiten und durch die zum Teil ungenügende Durchimpfung (Masern etc.) entstehen.

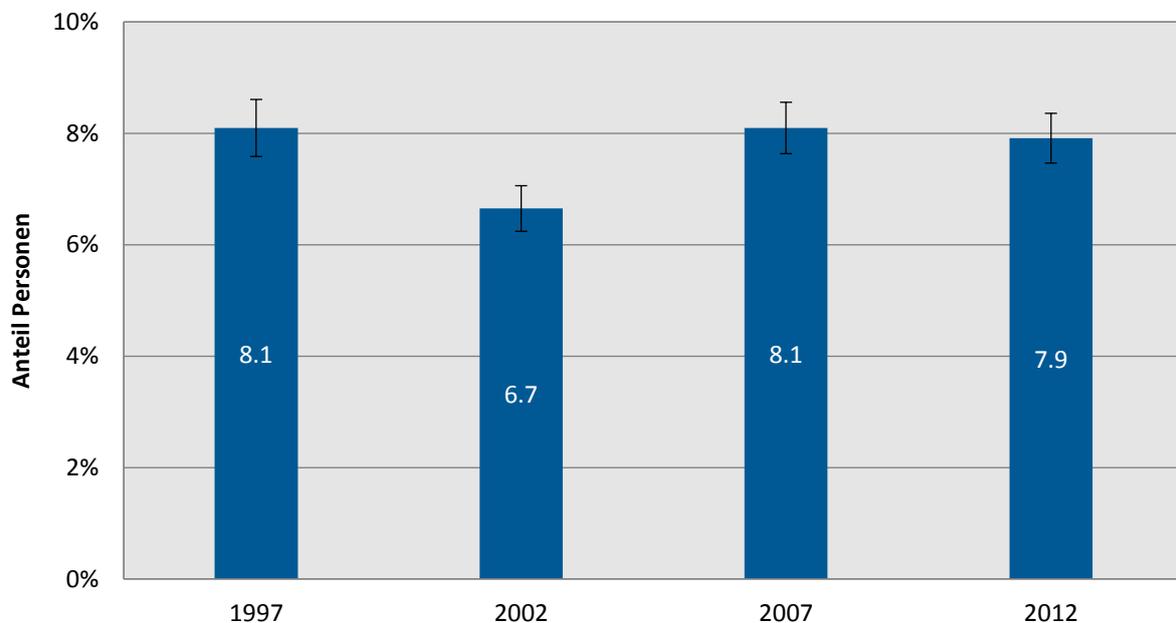
Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren und deren Auswirkungen für die Menschen und die Volkswirtschaft zu lindern.

Verbesserung der Vorbeugung, Früherkennung und Bekämpfung von Suchterkrankungen, auch neuer Suchtformen wie Internetsucht. Damit schädliche Auswirkungen auf die Betroffenen, ihre Familien, das Gemeinwesen sowie auf die Unternehmungen reduziert werden können

Bedeutung des Indikators: Die Einnahme von benzodiazepinartigen Schlaf- oder Beruhigungsmitteln ist bei einer täglichen und langanhaltenden Einnahme problematisch. Der Indikator misst den Anteil der Personen mit Konsum von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln im Verlauf der Vorwoche. Er gibt somit Hinweise auf einen möglichen problematischen Konsum. Aufgrund der Datenlage kann der langfristige Konsum nicht gezeigt werden.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der Bevölkerung, die einen Konsum von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln aufweisen.

Abb. 27 Anteil Personen, die in den letzten 7 Tagen ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel genommen haben, Schweiz, 1997–2012



1997: n=12'994, 2002: n=19689, 2007: n=18'733; 2012; n=21'579

Quelle: BFS – SGB 1997 – 2012 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Seit 1997 ist der Anteil Personen, die in den sieben Tagen vor der Befragung ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen haben, sehr stabil bei rund 8,0% geblieben, abgesehen von einem signifikant tieferen Wert im Jahr 2002. 2012 hatten 541'000 Personen Schlaf- oder Beruhigungsmittel in den sieben Tagen vor der Befragung eingenommen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen, die in den sieben Tagen vor der Befragung ein Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen haben. Er stützt sich auf die Fragen 28.40, 28.50 und 28.60 der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (Nummern der Fragen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Schweizerischen Gesundheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

[Zum BFS: Fragebogen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

28 Gesundheitszustand bei tiefem vs. hohem Einkommen

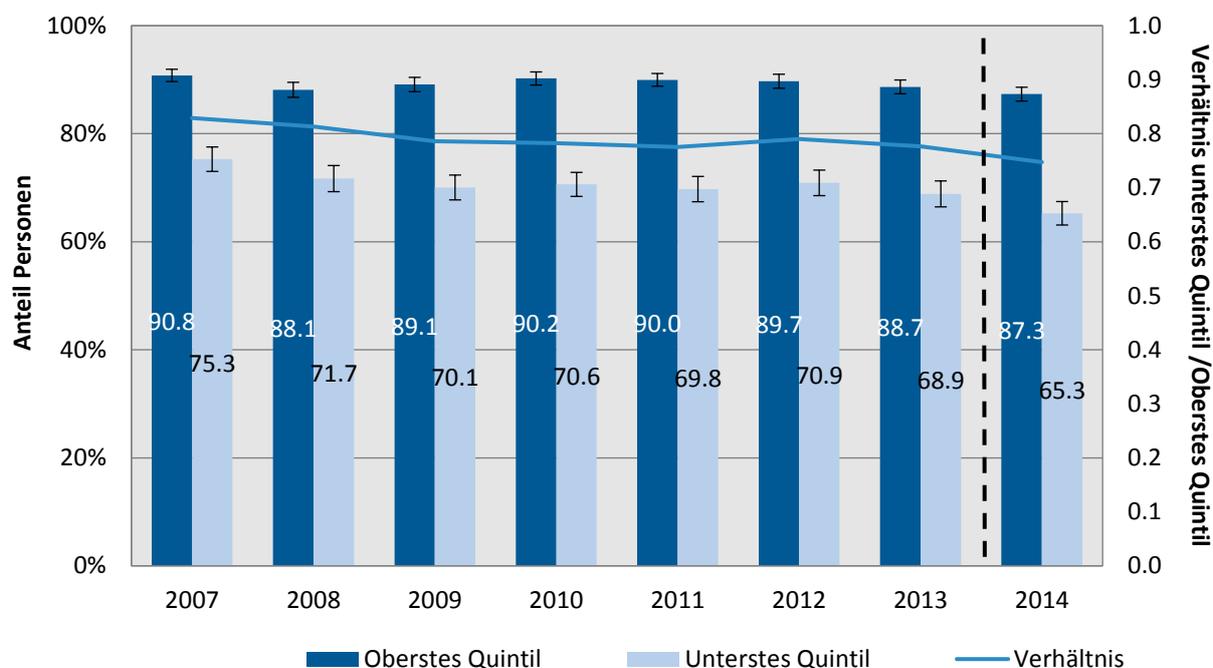
Auszug aus dem Ziel 2.1 «Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken»:

Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf eine optimale Lebenserwartung haben. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den Kindern und Jugendlichen, *Personen mit tiefem Einkommen* oder Bildungsstand, älteren Menschen, aber auch Migranten/-innen.

Bedeutung des Indikators: Sozioökonomische Determinanten sind für den Gesundheitszustand entscheidend. Aus verschiedenen vulnerablen Gruppen werden hier die Einkommensschwächsten (unterstes Quintil bezüglich Haushaltäquivalenzeinkommen) ausgewählt und genauer betrachtet im Hinblick auf ihren selbst beobachteten Gesundheitszustand. Sie werden mit der einkommensstärksten Personengruppe (oberstes Quintil) verglichen.

Quantifizierbares Ziel: Die berechnete Rate steigt und konvergiert gegen 1: Ein Wert von 1 bedeutet, dass das Quintil der einkommensschwächsten Personen eine gleich gute subjektiv angegebene Gesundheit aufweist wie das oberste Quintil.

Abb. 28 Anteil Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut bezeichnen, nach Haushaltsäquivalenzeinkommen, Schweiz, 2007–2014



Quelle: BFS – SILC 2007–2014 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die vorliegende Analyse basiert auf der europaweit koordinierten Erhebung SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Bemerkung: Infolge methodischer Anpassungen können zudem die Werte aller Indikatoren ab SILC 2014 nicht mehr direkt mit den Vorjahren verglichen werden. Ab 2014 wird die Stichprobe von SILC aus dem neuen Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) gezogen. Dadurch können neu auch Personen ohne Festnetzanschluss in die Erhebung einbezogen werden. In der Folge wurde das Gewichtungsmo­dell überarbeitet und insbesondere durch den Einbezug neuer Registerdaten verbessert. Für weitere Informationen zur Erhebung SILC: www.silc.bfs.admin.ch.

Das Verhältnis zwischen oberstem und unterstem Quintil belief sich 2007 auf 0,83 und 2014 auf 0,75. Zwischen 2007 und 2014 scheint der Anteil Personen, die ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut bezeichnen, in diesen beiden Kategorien leicht zurückgegangen zu sein.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator zeigt die Entwicklung des selbst wahrgenommenen Gesundheitszustands für das Verhältnis zwischen dem untersten und dem obersten Quintil⁴ des Haushaltsäquivalenzeinkommens ([Definition BFS](#)). Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand beruht auf der folgenden Frage der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC):

Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen? (sehr gut / gut / mittelmässig / schlecht / sehr schlecht)

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz \(SILC\)](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

[Zum BFS: Persönlicher Fragebogen der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz \(SILC\)](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

⁴ Mit den Quintilen werden die Einkommen in fünf gleich grosse Teile gegliedert.

29 Anteil Personen die aus finanziellen Gründen eine Gesundheitsleistung nicht beziehen

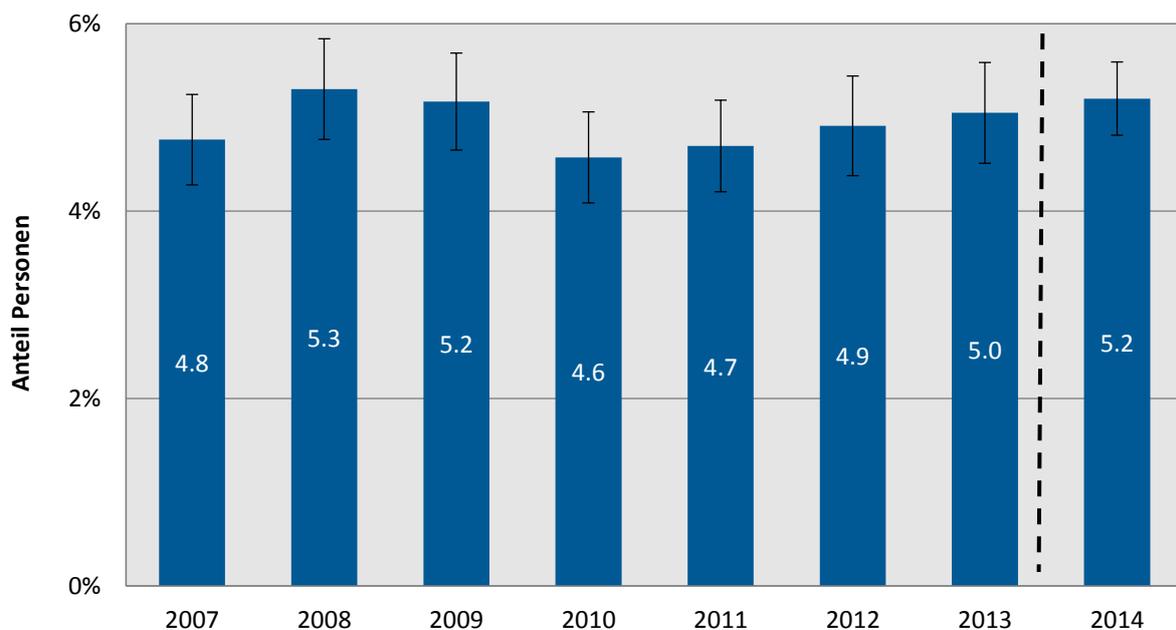
Auszug aus dem Ziel 2.1 «Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken»:

Alle Bevölkerungsgruppen sollen die gleichen Chancen auf ein gesundes Leben und auf eine optimale Lebenserwartung haben. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den Kindern und Jugendlichen, Personen mit tiefem Einkommen oder Bildungsstand, älteren Menschen, aber auch Migranten/-innen. [...] Dennoch nehmen die vulnerablen Bevölkerungsgruppen notwendige Versorgungsleistungen oft nicht genügend oder nicht zielgerecht in Anspruch. Die Leistungen des Gesundheitssystems sollen für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen *bezahlbar und zugänglich* bleiben.

Bedeutung des Indikators: Gemessen wird, wie gross die Personengruppe ist (ab 16 Jahren), die aus finanziellen Gründen auf einen Arztbesuch verzichtet. Sie wird als Anteil an der Gesamtbevölkerung dargestellt.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Anteils der Personen, die aus finanziellen Gründen auf Gesundheitsleistungen verzichten.

Abb. 29 Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen auf einen Arzt- oder Zahnarztbesuch verzichten, Schweiz, 2007–2014



Quelle: BFS – SILC 2007–2014 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die vorliegende Analyse basiert auf der europaweit koordinierten Erhebung SILC (Statistics on Income and Living Conditions). Bemerkung: Infolge methodischer Anpassungen können zudem die Werte aller Indikatoren ab SILC 2014 nicht mehr direkt mit den Vorjahren verglichen werden. Ab 2014 wird die Stichprobe von SILC aus dem neuen Stichprobenrahmen für Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) gezogen. Dadurch können neu auch Personen ohne Festnetzanschluss in die Erhebung einbezogen werden. In der Folge wurde das Gewichtungsmo­dell überarbeitet und insbesondere durch den Einbezug neuer Registerdaten verbessert. Für weitere Informationen zur Erhebung SILC: www.silc.bfs.admin.ch.

Seit 2007 ist der Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen auf einen Arzt- oder Zahnarztbesuch verzichten, stabil geblieben. Dieses Problem betrifft im Jahr 2014 5,2% der Bevölkerung (415'000 Personen).

Der Vergleich mit europäischen Daten (Euro-Silc) zeigt, dass die Schweiz sich 2014 beim Verzicht auf einen Arztbesuch aus finanziellen Gründen innerhalb Europas im Mittelfeld befindet.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Dieser Indikator misst den Anteil Personen, die aus finanziellen Gründen auf einen Arzt- oder Zahnarztbesuch verzichten mussten. Er beruht auf der Frage 62 der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz (SILC).

Links

[Zum BFS: Steckbrief der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz \(SILC\)](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

[Zum BFS: Persönlicher Fragebogen der Erhebung Einkommen und Lebensbedingungen in der Schweiz \(SILC\)](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

Euro-Silc: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/main-tables> (Letzter Zugriff, 14.12.2016)

30 Mittlere Prämienbelastung vor und nach Prämienverbilligung

Auszug aus dem Ziel 2.1 «Finanzierungsgerechtigkeit und Zugang stärken»:

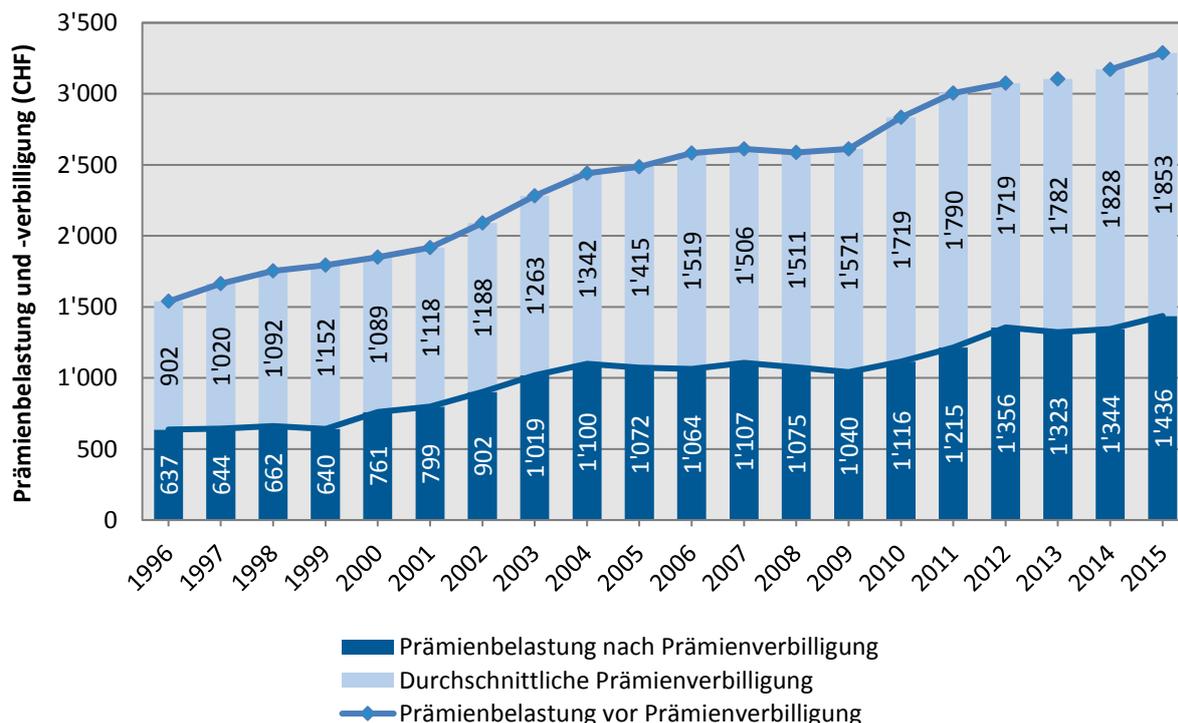
Die Leistungen des Gesundheitssystems sollen für kranke, behinderte und sozial schwächere Menschen bezahlbar und zugänglich bleiben. Dafür muss die bestehende Solidarität in der Krankenversicherung zwischen gesunden und kranken Menschen (via Kopfprämien) sowie zwischen Wohlhabenden und Armen gestärkt und weiterentwickelt werden.

- Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beim selbst getragenen Anteil an den entstandenen Gesundheitskosten bei den Erwachsenen und Befreiung der Kinder von den Prämien bei einkommensschwachen Haushalten und beim Mittelstand.

Bedeutung des Indikators: Als soziales Korrektiv zur Kopfprämie sieht das Krankenversicherungsgesetz KVG vor, dass die Prämien der Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen durch Bundes- und Kantonsbeiträge verbilligt werden. Überdies müssen die Kantone bei Familien mit unteren und mittleren Einkommen die Prämien der Kinder und jungen Erwachsenen in Ausbildung um mindestens 50 Prozent verbilligen. Das Ausmass der Prämienverbilligung kann anhand des Indikators der mittleren Prämienbelastung vor vs. nach Prämienverbilligung gemessen werden.

Quantifizierbares Ziel: Relative Reduktion nimmt in den kommenden Jahren im Durchschnitt nicht ab.

Abb. 30 Mittlere Prämienbelastung vor und nach Prämienverbilligung, Schweiz, 1996–2015



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 / Auswertung BAG

© BAG 2017

Das Prämiensoll pro versicherte Person hat sich seit dem Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 fast verdoppelt. Es ist dabei von 1539 Franken im Jahr 1996 auf 3289 Franken im Jahr 2015 gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von etwas über 4% entspricht. Die Prämienverbilligung pro Bezügerin und Bezüger ist ebenfalls ungefähr 4% gewachsen. Einen ähnlichen Verlauf zeigt somit auch die durchschnittliche Prämienbelastung für die Versicherten nach Prämienverbilligung auf.

Gesamtschweizerisch belief sich die Höhe der Verbilligung pro Bezügerin und Bezüger auf durchschnittlich 902 Franken im Jahr 1996 und auf 1853 Franken im Jahr 2015. Zu präzisieren ist jedoch, dass der Anteil der Bezügerinnen und Bezüger, der durchschnittlich bei 26.9% in 2015 lag, seit 2002 abnimmt, wobei der Rückgang bis 2006 markant war. Der Staat subventionierte zwischen 55% (2004) und 64% (1999) des Prämiensolls der Bezügerinnen und Bezüger, die Zahl der unterstützten Personen hat jedoch noch stärker abgenommen (Daten werden hier nicht präsentiert).

Ab 2012 sind die Zahlen für die Schweiz nicht mehr vollständig mit den Vorjahren vergleichbar. Im Kanton Bern wird seit 2012 nicht mehr der vollständige Beitrag zur Krankenkassenprämie von Ergänzungsleistungs- und Sozialhilfebezügerinnen und -bezügern als Prämienverbilligung betrachtet. Der Betrag erscheint damit auch nicht mehr vollständig in der Statistik der Prämienverbilligung. Die Höhe der Prämienverbilligung ist dadurch im Kanton Bern deutlich zurückgegangen und mit den Angaben der Vorjahre wie auch mit den Zahlen der anderen Kantone nicht mehr vergleichbar.⁵ Dadurch sind auch die gesamtschweizerischen Zahlen nicht mehr mit den Zahlen vor 2012 vergleichbar.

Ein internationaler Vergleich der Zahlen dieses Indikators ist nicht verfügbar.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Durchschnittliche Prämienbelastung: Zur Bestimmung der durchschnittlichen Prämienbelastung pro versicherte Person wird die durchschnittliche Prämienverbilligung pro Bezügerin und Bezüger von der durchschnittlichen Prämie pro versicherte Person (Prämiensoll) in Abzug gebracht wird.

$$\begin{aligned} \text{Durchschnittliche Prämienbelastung} \\ &= \text{Durchschnittliches Prämiensoll pro versicherte Person} \\ &- \text{Durchschnittliche Prämienverbilligung pro versicherte Person} \end{aligned}$$

Links

[Zum BAG: Krankenversicherungsstatistiken](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017)

[Zur Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017) → Tabelle T 3.01 (Prämiensoll in Franken je versicherte Person nach Kanton seit 2001); T 4.01 (u.a. durchschnittliche Verbilligung pro Bezüger/in)

⁵ Die effektive Belastung ist von den kantonalen Bestimmungen abhängig, die unter anderem das Einkommen und das Vermögen berücksichtigen.

31 Potenziell vermeidbare Rehospitalisierungen

Auszug aus dem Ziel 2.2 «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten»: Die Förderung der Qualität soll zu besseren Behandlungsergebnissen führen und *die vermeidbaren Folgeleistungen auf ein Minimum reduzieren*. Durch die Verbesserung der Qualität können unnötige Kosten eingespart werden.

Dazu werden folgende zusätzliche Massnahmen ergriffen:

Umsetzung der Qualitätsstrategie, um die Transparenz zu erhöhen und die Qualität in ausgewählten Bereichen zu verbessern.

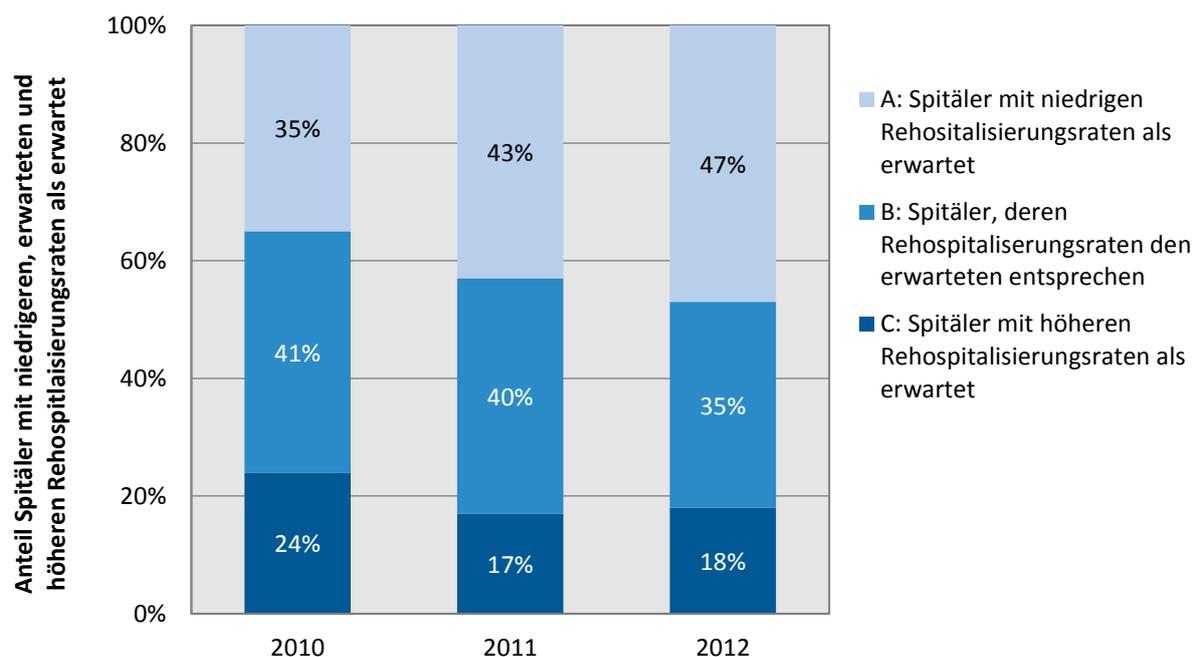
Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator misst die Qualität der Vorbereitung eines Austritts. Eine Rehospitalisierung gilt als potenziell vermeidbar, wenn sie

in Zusammenhang mit der Diagnose der vorangehenden Hospitalisierung steht;

- a) wenn die Rehospitalisierung bei Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung nicht vorhersehbar war und innert 30 Tagen nach Austritt der vorhergehenden Hospitalisierung erfolgt.

Quantifizierbares Ziel: Verminderung des Anteils der Spitäler mit einer Rate von potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen, die über der erwarteten Rate liegt (in Abbildung Gruppe C).

Abb. 31 Spitäler mit potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen, Schweiz, 2010–2012



Anzahl Spitäler 2010: n=120, 2011: n=149, 2012: n=215

Am 24.02.2016 nur bis 2012 vorhanden.

Quelle: ANQ⁶ – SQLape-Bericht (Eggl, 2013) / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Für die Beurteilung der Rehospitalisierungsraten wurden die Spitäler in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe A mit einer niedrigeren Rate als erwartet, Gruppe B mit der erwarteten Rate und Gruppe C mit einer höheren Rate als erwartet (vgl. Definition). Im Jahr 2010 gehörten 35% aller Spitäler zu Gruppe A, 41% zu Gruppe B und 24% zu Gruppe C. Von 2010 bis 2011 zeigt sich eine Abnahme des Anteils Spitäler in Gruppe C. Von 2011 bis 2012 ist dieser Anteil (Gruppe C) praktisch konstant geblieben,

⁶ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken

jedoch ist der Anteil der Spitäler mit einer niedrigeren Rehospitalisierungsrate als erwartet (Gruppe A) gestiegen.

Weiterführende Informationen

Der Verein ANQ, der schweizweit die Qualitätsmessungen in Spitälern vornimmt, hat zur Messung der potenziell vermeidbaren Rehospitalisierungen auf das Instrument SQLape® zurückgegriffen. Der dazu verwendete Algorithmus wird jährlich angepasst. Nach 2012 hatten sich die Datendefinitionen der Medizinischen Statistik mit der Einführung von SwissDRG stark verändert und das Instrument muss neu adjustiert werden. Auswertungen der Daten der medizinischen Statistik des BFS für die Jahre 2010 bis 2012 können hier gezeigt werden.

Definitionen

Im Auftrag des ANQ werden basierend auf den Daten der Medizinischen Statistik des BFS jährliche Berechnungen durchgeführt. In der Beschreibung des Indikators finden sich folgende Definitionen:

«Die beobachtete Rate wird aufgrund des Anteils der auswertbaren Aufenthalte berechnet, auf die eine potenziell vermeidbare Rehospitalisation folgt. In der Berechnung ausgeschlossen sind: Verstorbene oder in ein anderes Spital verlegte Patienten, gesunde Neugeborene, Patienten der Tageschirurgie, Patienten mit Wohnsitz im Ausland. Folgende Rehospitalisationen gelten als vorgesehen und unvermeidlich: infolge Organtransplantationen, Entbindungen, Chemo- oder Radiotherapie und infolge spezifischer chirurgischer Eingriffe, im Rahmen neuer Erkrankungen, wenn diese beim vorangehenden Aufenthalt unerkannt blieben.

Der Algorithmus erkennt potentiell vermeidbare Rehospitalisationen, indem er die Diagnosen und Operationen einer Index-Hospitalisierung mit denjenigen der Rehospitalisation vergleicht. Der Algorithmus zum Nachweis der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen wird im wissenschaftlichen Artikel von Halfon et al. (2002) detailliert beschrieben.

Die erwartete Rate wird aufgrund des Profils der Patienten berechnet: Diagnosen, Operationen, Alter und Geschlecht, Art der Aufnahme (Notaufnahme oder nicht), Hospitalisierungen in den sechs Monaten davor.

Das Ausgleichsmodell [modèle d'ajustement, wohl eher Eichungsmodell] wurde aufgrund von über 3,2 Millionen Aufenthalten in 262 Schweizer Spitälern berechnet, die 2003 bis 2007 eine medizinische Statistik von ausreichender Qualität geliefert haben. Die Anwendung dieses Modells liefert einen erwarteten Wert in der Bandbreite von minimal und maximal erwarteten Werten, die in einem Konfidenzintervall von 95% liegen.»

Links

[Zur ANQ: Definition und Berechnung des Indikators](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

Referenzen

Eggl Yves (2013), Darstellung der Resultate in SQLape Indikatoren – Bericht 2013 / Datenanalyse BFS 2012, S.6

http://www.hplusqualite.ch/typo3conf/ext/ang/Resources/Public/upload/20140625_Rapport_SQLape_2013_BFS2012_ohne_Reop_Eggl_de_final.pdf (letzter Zugriff, 23.02.2016; Aktuell ist das Dokument nicht mehr auffindbar, 11.01.2017)

Halfon P, Eggl Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B (2002), *Measuring potentially avoidable hospital readmissions*. J Clin Epidemiol. Jun; 55(6):573-87.

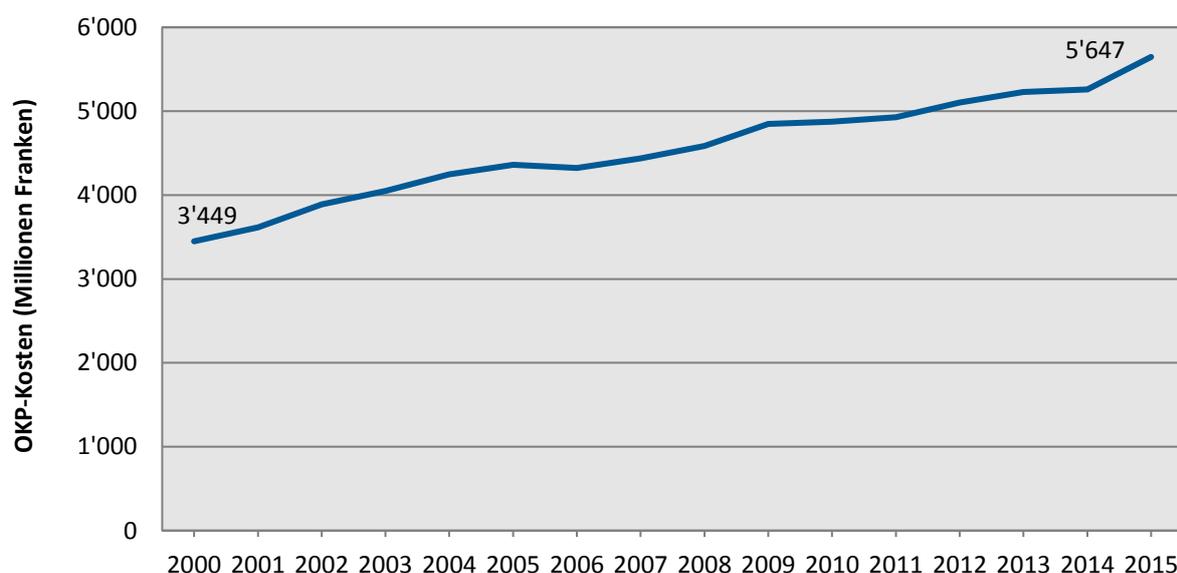
32 OKP Kosten der Medikamente im ambulanten Bereich (teuerungsbereinigt)

Auszug aus dem Ziel 2.2 «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten»: Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten, der Förderung der Generika und der *Beseitigung der Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe, um das Kostenwachstum im Medikamentenbereich zu stabilisieren* – ohne dabei die Forschung zu behindern und den Standort Schweiz zu schwächen.

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator bezieht sich auf Medikamente, die durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) finanziert werden, d.h. auf die Kosten aller Medikamente, die als Einzelleistung durch die Versicherer vergütet werden. Vorliegender Indikator beschränkt sich auf den ambulanten Bereich und berücksichtigt nicht die Medikamente, welche im stationären Bereich abgegeben werden. Die OKP deckt nur einen Teil der gesamten Medikamentenkosten ab. Die Medikamentenkosten OKP des ambulanten Bereichs hängen vom Preis der Medikamente und von den verordneten Mengen ab. Zudem hängen sie vom Verhältnis zwischen stationären und ambulanten Leistungen sowie zwischen krankenkassenvergüteten und selbstbezahlten Leistungen ab.

Quantifizierbares Ziel: Die Medikamentenkosten OKP des ambulanten Bereichs steigen langsamer als die allgemeine Teuerung.

Abb. 32 OKP-Kosten der Medikamente im ambulanten Bereich, teuerungsbereinigt, Schweiz, 2000–2015



Teuerungsbereinigung mittels Landesindex der Konsumentenpreise (Index 2000 = 100)

Quelle: SASIS AG – Datenpool; BFS – LIK / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Im Jahr 2015 betragen die teuerungsbereinigten OKP-Kosten für Medikamente im ambulanten Bereich 5,6 Milliarden Franken. 56,2% dieser Kosten fallen in Apotheken an, 30,2% in Arztpraxen und 13,2% im ambulanten Spitalbereich. Zwischen 2000 und 2015 sind die ambulanten Medikamentenkosten um jahresdurchschnittlich 3,3% angestiegen. Die höchsten Zuwachsraten sind in den Jahren 2001 bis 2004, für das Jahr 2009 und für 2015 (+7,4%) zu verzeichnen. Unterdurchschnittlich haben die Kosten in den Jahren 2006, 2010, 2011 und 2014 zugenommen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Daten stammen aus dem Datenpool der SASIS AG und geben die Bruttokosten für Medikamente im ambulanten Bereich wieder. Die Bruttokosten umfassen alle Rechnungen, die im Rahmen der OKP vergütet werden, inklusive der Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten). Medikamente, die im stationären Bereich (Spitäler, Pflegeheime) abgegeben werden, können mit dem Datenpool nicht ausgewiesen werden.

Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken im Jahr 2000 92,2% und im Jahr 2015 nahezu 100% der versicherten Personen in der Schweiz ab. Um die Totalkosten in der OKP zu schätzen und die einzelnen Jahresdaten miteinander vergleichen zu können, werden die Daten mittels Versichertenbestand aus dem Risikoausgleich der Gemeinsamen Einrichtung KVG und den Personen im Asylprozess auf 100% hochgerechnet. Für die Teuerungsbereinigung wurden die Jahresdurchschnittswerte des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) des BFS verwendet (Index 2000 = 100).

Links

[Zu den Informationen zum Datenpool der SASIS AG](#) (letzter Zugriff am 08.12.2016)

[Zum Landesindex der Konsumentenpreise \(LIK\) des BFS](#) (letzter Zugriff am 08.12.2016)

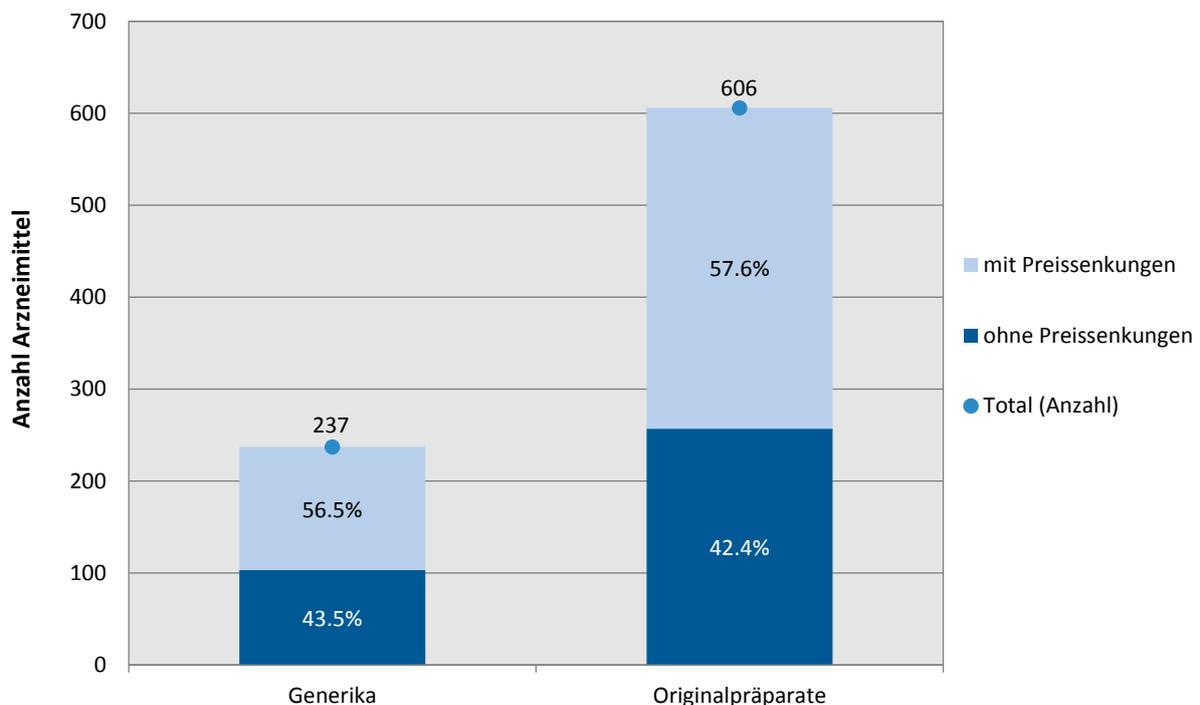
33 Überprüfte Arzneimittel auf Spezialitätenliste und Anteil Preissenkungen

Auszug aus dem Ziel 3.1: «Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern»: Reduktion von nicht wirksamen und nicht effizienten Leistungen sowie Arzneimittel und Verfahren, um die Qualität zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren.

Bedeutung des Indikators: Ein Arzneimittel wird in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen und somit von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet, wenn es die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) erfüllt (Art. 32 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10). Diese Kriterien sollen alle 3 Jahre überprüft werden. Ist ein Arzneimittel nicht mehr wirtschaftlich, wird der Preis gesenkt. Erfüllt ein Arzneimittel die Kriterien der Wirksamkeit und Zweckmässigkeit nicht mehr, kann dessen Vergütung eingeschränkt oder das Arzneimittel kann ganz von der Vergütung ausgeschlossen werden.

Quantifizierbares Ziel: Jährlich wird ein Drittel der Arzneimittel auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft und die angemessenen Preissenkungen werden umgesetzt.

Abb. 33 Anzahl überprüfter Arzneimittel mit und ohne Preissenkungen, Schweiz, 2014



Quelle: BAG– Spezialitätenliste / Auswertung BAG

© BAG 2016

2014 wurden insgesamt 843 Arzneimittel, d.h. ca. ein Drittel der in der SL aufgeführten Arzneimittel, überprüft, dabei handelt es sich bei 606 Arzneimitteln um Originalpräparate und bei 237 um Generika. Bei rund 60% der Generika und der Originalpräparate ist der Preis gesenkt worden. Die durchschnittliche Preissenkung bei den Generika beträgt 21,2% und bei den Originalpräparaten 16,4% (Resultate nicht dargestellt). 2014 beträgt die durchschnittliche Preissenkung aller Arzneimittel 17,7% (Spannweite: 0,1% bis 62,2%).

Weiterführende Informationen

Da die Anzahl Arzneimittel der SL aufgrund von Neuaufnahmen und Streichungen monatlich wechselt, kann man nicht einen präzisen Anteil nennen, der geprüft wird. In den Jahren 2012 bis 2014 wurden je ein Drittel überprüft, wobei die Auswahl anhand des Aufnahmejahres in die SL erfolgte. D.h. 2014 wurden z.B. 2011, 2008, 2005, 2002, etc. in die SL aufgenommene Originalpräparate und die zugehörigen Generika überprüft.

Es ist vorgesehen die Überprüfung im Jahr 2017 auf Basis [angepasster Verordnungsbestimmungen](#) wieder aufzunehmen.

Definitionen

Die Anzahl Arzneimittel bezieht sich auf die Gammen. Die Einteilung nach Gammen berücksichtigt die unterschiedlichen Handelsformen eines Arzneimittels. Die unterschiedlichen Handelsformen der Arzneimittel wurden in 17 verschiedene Gammen eingeteilt (BAG, 2011), pro Gamme eines Arzneimittels wurde anhand der umsatzstärksten Packung ein separater Auslandpreisvergleich durchgeführt (Bsp. Dafalgan Tablette (Gamme oral), Dafalgan Sirup (Gamme oral flüssig) und Dafalgan Suppositorien (Gamme rektal)).

Für Originalpräparate wurden die Preise anhand des Auslandpreisvergleichs plus einer Toleranzmarge von 5% überprüft. Für Originalpräparate, welche im Ausland nicht im Handel sind, wurde ein therapeutischer Quervergleich mit Arzneimitteln gleicher Indikation oder ähnlicher Wirkungsweise durchgeführt. Für Generika wurde ein Preisabstand von 20% zum Originalpräparat als wirtschaftlich erachtet. Für Generika von Wirkstoffen mit geringem Umsatz, für die bereits bei der Aufnahme in die SL nur einen Preisabstand von 10% zum Auslandpreisvergleich des Originalpräparats eingehalten werden musste, musste auch bei der Überprüfung ein Preisabstand von 10% eingehalten werden.

Links

[Spezialitätenliste](#) (letzter Zugriff, 26.01.2017)

[Handbuch betreffend der Spezialitätenliste](#) (letzter Zugriff, 26.01.2017)

Referenzen

BAG (2011). Handbuch betreffend die Spezialitätenliste (SL). Stand 1. März 2013. Ziffer E.1.3. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-bezeichnung-der-leistungen/Antragsprozesse/AntragsprozessArzneimittel.html> (letzter Zugriff, 26.01.2017)

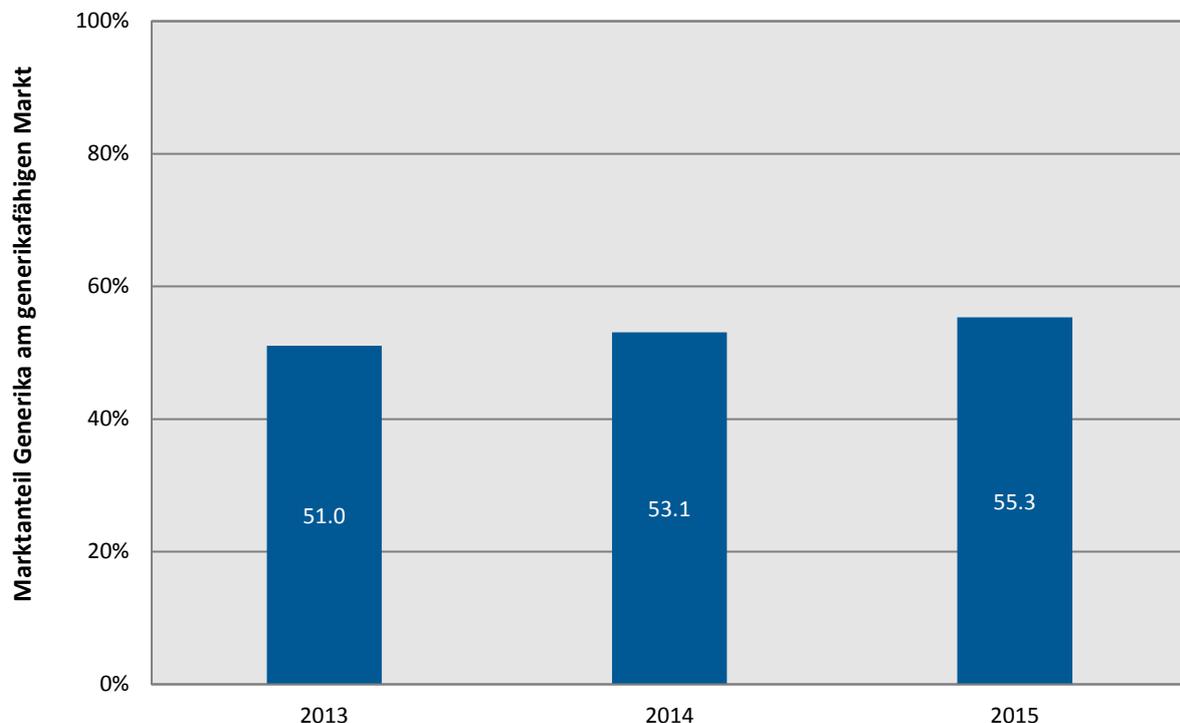
34 Anteil der Generika am generikafähigen Markt

Auszug aus dem Ziel 2.2: «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten»: Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung von Medikamenten, der Förderung der Generika und der Beseitigung der Fehlanreize bei der Medikamentenabgabe, um das Kostenwachstum im Medikamentenbereich zu stabilisieren – ohne dabei die Forschung zu behindern und den Standort Schweiz zu schwächen.

Bedeutung des Indikators: Der generikafähige Markt besteht aus Generika und Originalpräparaten, die in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen worden sind. Originalpräparate sind Arzneimitteln, deren Patent abgelaufen ist und die substituierbar sind (d.h. mindestens ein Generikum aufweisen). Das ist der Markt, der in einem bestimmten Moment durch Generika besetzt werden könnte. Der Anteil der Generika (Anzahl Packungen) am Total dieses Markts sagt etwas dazu aus, wie stark die Generikasubstitution in der Schweiz ausfällt.

Quantifizierbares Ziel: Anteil der Generika ist zunehmend.

Abb. 34 Anteil der Generika (in %) am generikafähigen Markt, Anzahl Packungen, Schweiz, 2013–2015



Quelle: IMS HEALTH GmbH IqPharma National Sales Data / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Der Anteil der Generika am generikafähigen Markt lag 2015 gemessen an der Anzahl Packungen bei 55,3%. Dieser Anteil ist seit 2013 (51,0%) kontinuierlich gewachsen. Zwischen 2013 und 2015 hat er um 4,3 Prozentpunkte zugenommen.

Weiterführende Informationen

Die Erhebung von IMS Health ist eine Vollerhebung über die Arzneimittelverkäufe der vier Abgabekanäle (Apotheken, Arztpraxen, Drogerien⁷ und Spitäler).

Definitionen

Generikum: «Als Generikum gilt ein vom Institut zugelassenes Arzneimittel, das im Wesentlichen gleich ist wie ein Originalpräparat und das mit diesem aufgrund identischer Wirkstoffe sowie seiner Darreichungsform und Dosierung austauschbar ist» (Art. 64a Abs. 2 KVV).

Originalpräparat: «Als Originalpräparat gilt ein vom Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic (Institut) als erstes mit einem bestimmten Wirkstoff zugelassenes Arzneimittel, einschliesslich aller zum gleichen Zeitpunkt oder später zugelassenen Darreichungsformen» (Art. 64a Abs. 1 KVV).

Spezialitätenliste (SL): Für die Erstellung der Liste der Arzneimittel, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung rückerstattet werden, ist das BAG zuständig. Bei der SL handelt es sich um eine abschliessende Positivliste, die für die Versicherer verbindlich ist. Das BAG nimmt die entsprechenden Arzneimittel auf Gesuch des Zulassungsinhabers hin in die SL auf, sofern diese über eine gültige Zulassung von Swissmedic verfügen und wenn sie die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit für die Vergütungspflicht durch die OKP erfüllen. (Handbuch zur Spezialitätenliste (SL), 1. September 2011, Seite 13).

Die IMS-Umsatzzahlen sind Umsatzzahlen der Pharmaunternehmen und keine Krankenversicherungsdaten sondern. D.h. auch Generika, welche nicht über die Krankenversicherung abgerechnet werden (z.B. zur Selbstmedikation) sind in den IMS-Zahlen enthalten.

Links

[BAG: Handbuch zur Spezialitätenliste](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

⁷ Drogerien können Arzneimittel nicht zulasten der OKPV abrechnen. Die können jedoch Arzneimittel der Kategorien D und E der Spezialitätenliste verkaufen.

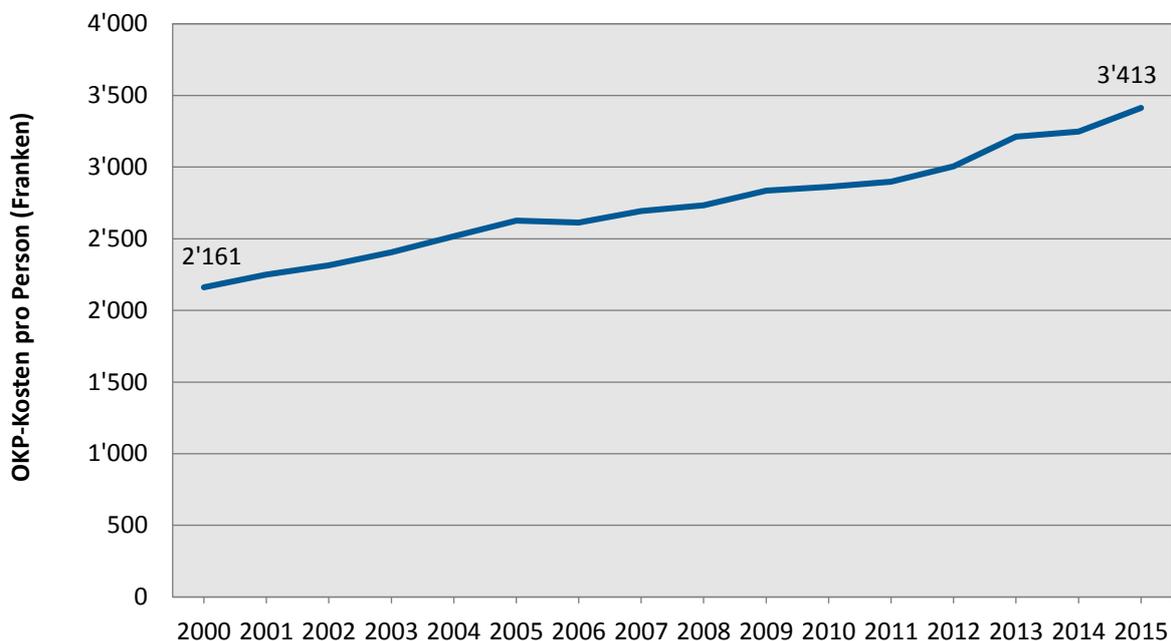
35 OKP Kosten pro versicherte Person (teuerungsbereinigt)

Auszug aus dem Ziel 2.2 «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten»: Durch die Effizienzsteigerung, die Dämpfung des Kostenwachstums sowie durch die Sicherung einer stabilen und sozialen Finanzierungsbasis soll die Krankenversicherung bezahlbar bleiben.

Bedeutung des Indikators: Die Bruttokosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) pro versicherte Person entsprechen denjenigen Leistungen, die von den Krankenversicherern im Rahmen der OKP abgerechnet worden sind, inklusive der Kostenbeteiligung durch die versicherte Person.

Quantifizierbares Ziel: Die OKP-Kosten pro versicherte Person steigen langsamer als die allgemeine Teuerung.

Abb. 35 OKP-Kosten pro versicherte Person, teuerungsbereinigt, Schweiz, 2000–2015



Teuerungsberichtigung mittels Landesindex der Konsumentenpreise (Index 2000 = 100)

Quelle: SASIS AG – Datenpool; BFS – LIK / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Im Jahr 2015 werden in der Schweiz pro versicherte Person 3413 Franken (teuerungsberichtigt) über die OKP abgerechnet. Zwischen 2000 und 2015 haben diese Kosten um jahresdurchschnittlich 3,1% zugenommen. Während der Anstieg der Kosten bis 2005 überdurchschnittlich ist, hat sich die Wachstumsrate bis 2012 etwas abgeschwächt. Nach einer überdurchschnittlichen Zunahme im Jahr 2013 (6,9%) und einer moderateren Wachstumsrate im Jahr 2014 (1,1%) ist für 2015 wieder ein hohes Kostenwachstum (5,1%) zu verzeichnen.

Weiterführende Informationen

Definitionen/Methodik

Die Daten stammen aus dem Datenpool der SASIS AG und geben die Bruttokosten pro versicherte Person wieder. Die Bruttokosten umfassen alle Rechnungen, die im Rahmen der OKP vergütet werden, inklusive der Kostenbeteiligung der versicherten Personen (Franchise, Selbstbehalt, Beitrag an die Kosten von Spitalaufenthalten).

Die Daten des Datenpools werden auf freiwilliger Basis erhoben und decken im Jahr 2000 92,2% und im Jahr 2015 nahezu 100% der versicherten Personen in der Schweiz. Für die Teuerungsbereinigung wurden die Jahresdurchschnittswerte des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) des BFS verwendet (Index 2000 = 100).

Links

[Zu den Informationen zum Datenpool der SASIS AG](#) (Zugriff am 08.12.2016)

[Zum Landesindex der Konsumentenpreise \(LIK\) des BFS](#) (Zugriff am 08.12.2016)

36 Leistungserbringer in der hochspezialisierten Medizin vor vs. nach HSM-Zuteilungsentscheid

Auszug aus dem Ziel 2.2 «Gesundheit durch Effizienzsteigerungen bezahlbar halten»: Durch die Effizienzsteigerung, die Dämpfung des Kostenwachstums sowie durch die Sicherung einer stabilen und sozialen Finanzierungsbasis soll die Krankenversicherung bezahlbar bleiben.

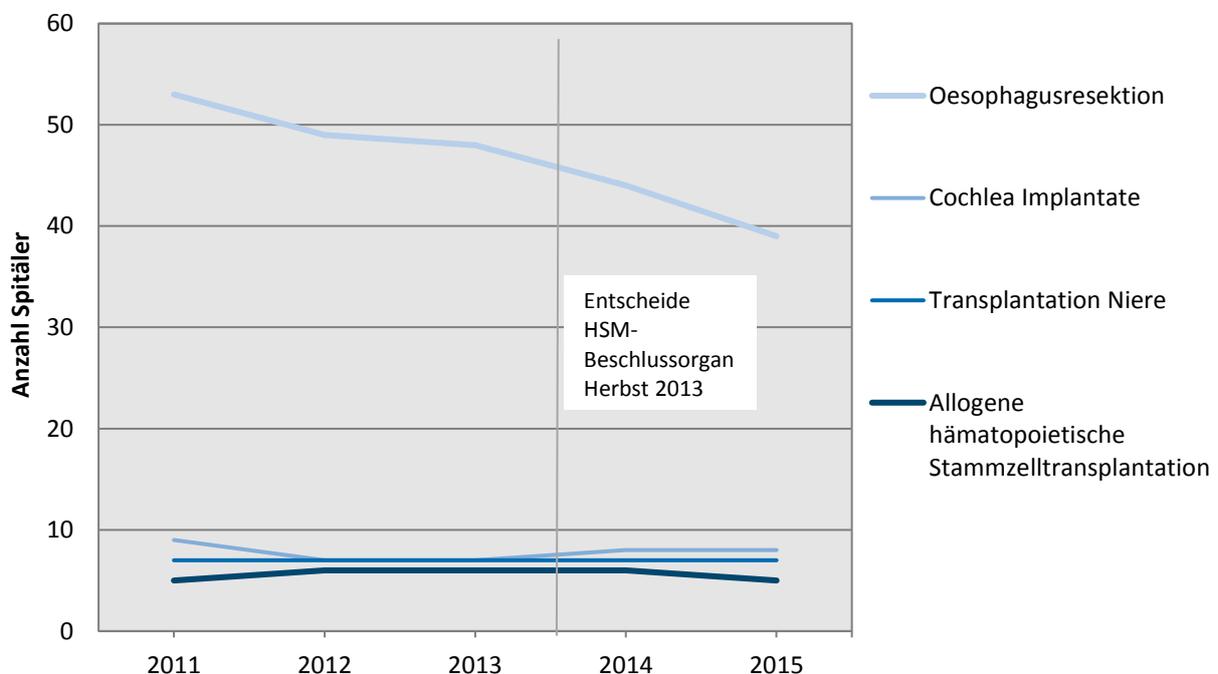
Konzentration der hochspezialisierten Medizin (HSM), um Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten in den Infrastrukturen zu beseitigen sowie um die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Bedeutung des Indikators: Die Kantone nehmen im Bereich der HSM eine gemeinsame Planung vor. Das HSM Beschlussorgan bestimmt dabei die zu konzentrierenden Bereiche der HSM und trifft die Planungs- und Zuteilungsentscheide. Die Leistungszuteilungen des HSM Beschlussorgans haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter.

Der Indikator misst die Zahl der Spitäler, die vor dem entsprechenden Zulassungsentscheid des HSM-Beschlussorgans eine bestimmte Leistung erbracht haben und vergleicht sie mit der Zahl der Spitäler, die nach dem Entscheid die Leistung erbringen. Der Indikator wird exemplarisch gerechnet für die Oesophagus-Resektionen (Entfernung der Speiseröhre) (Entscheid Sept. 2013), die Cochlea-Implantationen (Nov. 2013), Nierentransplantationen (Nov. 2013) und die allogenen hämatopoietischen Stammzelltransplantationen (Übertragung von Blutstammzellen von einer Person auf eine andere) (Nov. 2013).

Quantifizierbares Ziel: Abnahme der Anzahl Spitäler, die entsprechende Eingriffe durchführen.

Abb. 36 Anzahl Spitäler (Standort), die in bestimmten Bereichen der hochspezialisierten Medizin tätig sind, Schweiz, 2011–2015



Quelle: Medizinische Statistik der Krankenhäuser – BFS / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die Anzahl Spitäler, welche Oesophagus-Resektionen durchgeführt haben, verringerte sich markant von 53 im Jahr 2011 auf 39 im Jahr 2015. Eine erste Reduktion auf 48 Spitäler erfolgte jedoch schon

vor dem Entscheid des HSM-Beschlussorgans vom September 2013. Cochlea-Implantate wurden im Jahr 2011 in neun Spitälern eingesetzt, im Jahr 2015 haben zwei Spitäler weniger diese Behandlung vorgenommen. Die Anzahl Spitäler, welche Nierentransplantationen durchgeführt haben, blieb von 2011 bis 2015 unverändert bei sieben. Allogene hematopoietische Stammzelltransplantationen wurden 2011 in fünf Spitälern durchgeführt, im Jahr 2012 stieg die Anzahl auf sechs Spitäler, seit 2015 liegt sie wieder bei fünf Spitäler.

Grundsätzlich kann gezeigt werden (hier nicht dargestellt), dass in allen Bereichen der HSM mit Ausnahme der Viszeralchirurgie die Zahl der Leistungserbringer mehr oder weniger konstant geblieben ist. In der Viszeralchirurgie hingegen, wo eine grosse Anzahl Leistungserbringer tätig ist, sind die Zahlen rückläufig. Möglicherweise handelt es sich hier um Anzeichen einer Konzentration dieser Leistungen auf weniger Leistungserbringer. Da jedoch die genaue Abgrenzung der Bereiche der Viszeralchirurgie nach einem Bundesgerichtsurteil neu bestimmt werden muss, muss die Entwicklung in diesem Bereich weiter verfolgt werden.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Behandlungsbereiche wurden gemäss folgender Unterlagen definiert:

- Oesophagusresektion (publiziert im Bundesblatt vom 10. September 2013)
- Organtransplantationen beim Erwachsenen (publiziert im Bundesblatt vom 27. November 2013)
- Cochlea Implantate (publiziert im Bundesblatt vom 27. November 2013)
- Allogene hematopoietischen Stammzelltransplantationen beim Erwachsenen (publiziert im Bundesblatt vom 27. November 2013)

Links

[Zur GDK: Spitalliste im Berich der HSM](#) (letzter Zugriff, 27.12.2016)

37 Meinung der Bevölkerung zum Gesundheitssystem

Auszug aus dem Ziel 2.3 «Versicherte und Patientinnen und Patienten stärken»:

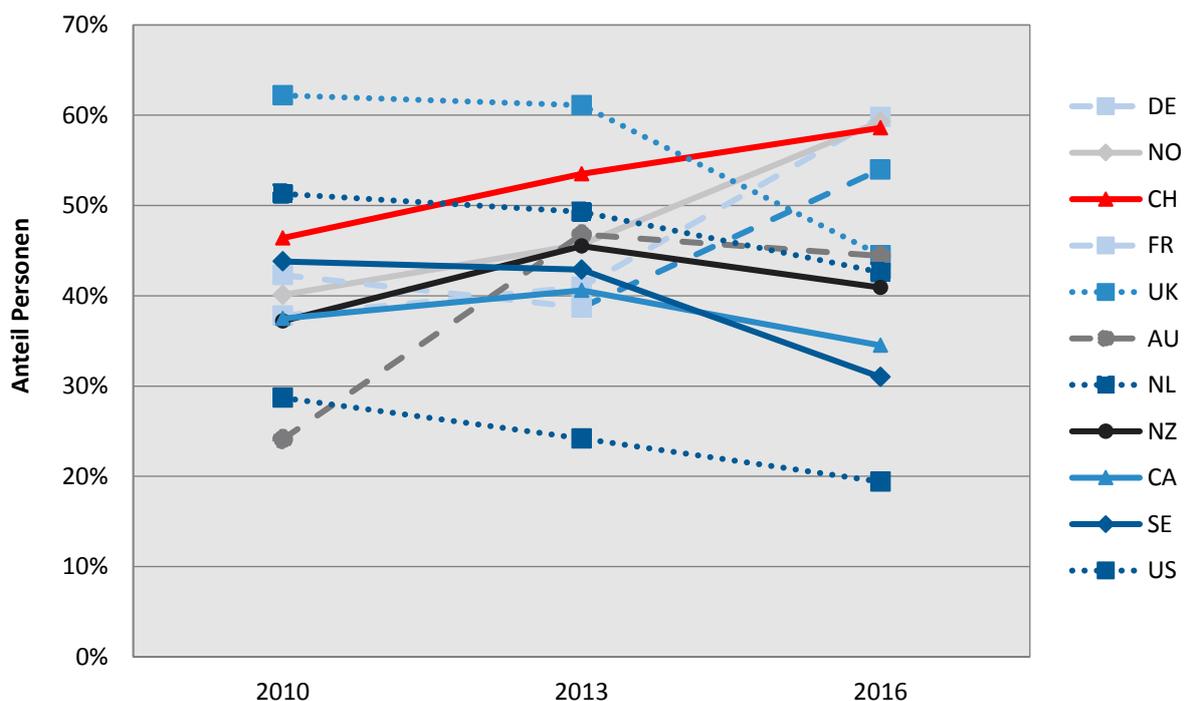
- Stärkere Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten und der Versicherten in den gesundheitspolitischen Prozessen.

Bedeutung des Indikators: Im Rahmen einer internationalen Bevölkerungsbefragung (International Health Policy Survey) zu Fragen des Gesundheitssystems und dessen Steuerung werden die Personen nach ihrer Meinung zum Gesundheitssystem gefragt. Im vorliegenden Indikator wird der Anteil der Personen an der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahren gezeigt, die mit dem Gesundheitssystem im Grossen und Ganzen zufrieden sind.

Dieser Anteil gibt nicht unbedingt die Berücksichtigung der Personen in gesundheitspolitischen Prozessen wieder (Ziel 2.3), widerspiegelt jedoch die Zufriedenheit mit dem System und damit wohl auch mit der eigenen Rolle im System.

Quantifizierbares Ziel: Anteil zufriedene Personen sinkt nicht.

Abb. 37 Anteil Personen, die mit dem Gesundheitssystem zufrieden sind, internationaler Vergleich, 2010–2016



2010 : DE : n=1005, NO : n=1058, CH : n=1306, FR : n=1402, UK : n=1511, AU : n=3552, NL : n=1001, NZ : n=1000, CA : 3302, SE : n=2100, US : n=2501. 2013 : DE : n=1125, NO: n=1000, CH: n=1500, FR: n=1406, UK: n=1000, AU: n=2200, NL: n=1000, NZ: n=1000, CA: n=5412, SE: n=2400, US: n=2002. 2016 : DE : n=1000, NO : n=1093, CH : n=1516, FR : n=1103, UK : n=1000, AU : n=5248, NL : n=1227, NZ : n=1000, CA : n=4547, SE : n=7124, US : n=2001.

Quelle: Commonwealth Fund – International Policy Survey 2010, 2013 und 2016 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

58,6% der Befragten sind der Meinung, das Gesundheitssystem funktioniere im Grossen und Ganzen gut und es seien nur kleine Änderungen nötig, damit es besser funktioniert. Dies weist darauf hin, dass die Schweizer Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem 2016 ziemlich zufrieden war. Das Ergebnis

bedeutet auch eine Steigerung gegenüber 2010 (46,4%). Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz damit auf dem dritten Rang hinter Deutschland und Norwegen.

37,6% der Befragten sind der Ansicht, dass das schweizerische Gesundheitssysteme gute Ansätze habe, dass aber grundlegende Änderungen nötig wären, damit es besser funktioniert. Schliesslich sind 3,5% der Befragten der Ansicht, dass das Gesundheitssystem so viele Mängel aufweist, dass es komplett reformiert werden müsste (Daten hier nicht angegeben).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Ergebnisse stammen aus dem „International Health Policy Survey“ (IHP), der 2010, 2013 und 2016 vom *Commonwealth Fund* durchgeführt wurde. Die Erhebung wurde in elf Ländern bei Personen ab 18 Jahren durchgeführt. In der Schweiz umfasste die Stichprobe 1306 Personen im Jahr 2010, 1500 im Jahr 2013 und 1520 im Jahr 2016.

Die interviewten Personen wurden gefragt, welche Aussage ihrer allgemeinen Meinung über das Gesundheitssystem am nächsten komme. Personen mit der Antwort «Das Gesundheitssystem funktioniert gut; nur Kleinigkeiten sind zu ändern» gelten als zufrieden mit dem Gesundheitssystem. Zur Auswahl standen zwei weitere Antworten: «Das Gesundheitssystem hat gute Ansätze, jedoch sind grundlegende Änderungen nötig» und «Gesundheitssystem hat viele Mängel; es muss komplett reformiert werden». Die Befragten konnten auch keine Antwort geben oder mit «weiss nicht» antworten. Der IHP wird im Dreijahresrhythmus jedes Jahr zu einem anderen Thema durchgeführt; die nächsten Ergebnisse für diese Frage sollten 2019 vorliegen.

Links

[Zur Beschreibung Commonwealth Fund-Umfrage](#) (letzter Zugriff, 08.02.2017)

Referenzen

Merçay, C. (2016). Expérience de la population âgée de 18 ans et plus avec le système de santé – Situation en Suisse et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2016 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 56). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

<http://www.obsan.admin.ch/fr/publications/experience-de-la-population-agee-de-18-ans-et-plus-avec-le-systeme-de-sante-situation> (letzter Zugriff, 14.11.2016)

Petrini, L. & Sturny, I. (2013). Erfahrungen der Allgemeinbevölkerung im Gesundheitssystem: Situation in der Schweiz und internationaler Vergleich. Auswertung der Erhebung «International Health Policy Survey» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Dossier 26). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

<http://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/erfahrungen-der-allgemeinbevoelkerung-im-gesundheitssystem-situation-der-schweiz-und> (letzter Zugriff, 14.11.2016)

38 Patientenzufriedenheit im Akutspital

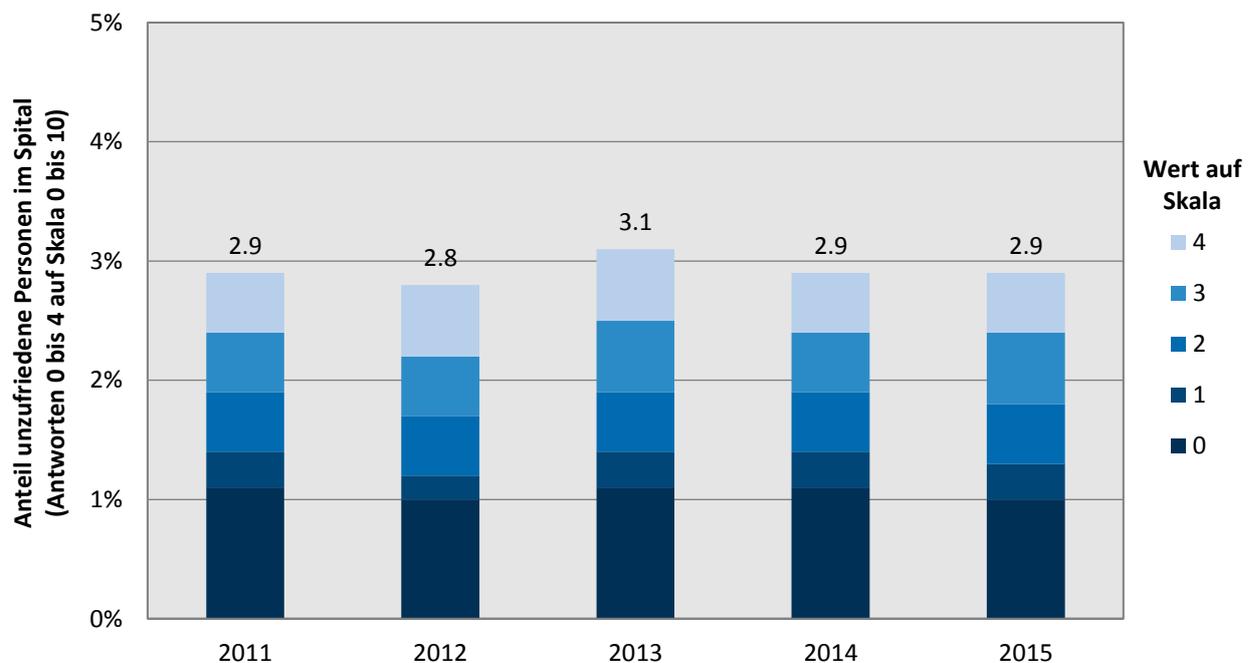
Auszug aus dem Ziel 2.3 «Versicherte und Patientinnen und Patienten stärken»: Im Zentrum der Gesundheitspolitik steht der Mensch. Mit der Agenda «Gesundheit2020 » soll das *Wohlergehen der Versicherten und der Patienten/-innen verbessert* werden.

(auch zur Messung des Ziels 3.1: Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern)

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator gibt direkt eine Rückmeldung zum Wohlergehen von Patientinnen und Patienten in Akutspitälern anhand der Frage «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?». Die Befragung wird vom ANQ (Nationaler Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) durchgeführt.

Quantifizierbares Ziel: Keine Zunahme der Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten im Akutspital.

Abb. 38 Anteil unzufriedene Patient/innen im Spital (Patient/innen mit Antworten 0 bis 4 auf die Frage «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in dieses Spital kommen?» auf einer Skala von 0 bis 10), Schweiz, 2011–2015



Antwort 0 = auf keinen Fall, Antwort 10 (nicht gezeigt) = auf jeden Fall

Anzahl Fragebogen: 2011: n=33'300; 2012: n=34'042; 2013: n=35'003; 2014: n=34'500; 2015: 35'508

Quelle: ANQ - Nationale Patientenbefragung - Vergleichsberichte Akutspital 2012, 2014, 2015 © Obsan 2017

Die Patientinnen und Patienten sind nach einem Spitalaufenthalt zum allergrössten Teil sehr zufrieden. Jedes Jahr gaben mindestens drei Viertel aller Personen 9 bis 10 Punkte auf der Skala von 0 bis 10 an (hier nicht gezeigt). Eine Veränderung bei den «Unzufriedenen» weist eher auf einen möglichen Handlungsbedarf hin als auf eine Veränderung bei den Hochzufriedenen. Deshalb werden hier die Antworten der unzufriedenen Personen gezeigt, d.h. derjenigen, die auf der Skala von 0 bis 10 Werte unterhalb des mittleren Wertes angegeben haben. Es zeigt sich, dass von 2011 bis 2015 jährlich etwa 3% aller Patientinnen und Patienten unzufrieden sind (Werte 0–4), davon sind gut 1% jeweils gar nicht zufrieden, d.h. sie haben 0 Punkte vergeben und geben damit an, sie würden auf keinen Fall wieder in dasselbe Spital kommen. Beide Anteile sind stabil über die ganze Zeit.

Weiterführende Informationen

Definition

In die Befragung wurden die im Monat September des jeweiligen Jahres austretenden stationär behandelten erwachsenen Patientinnen und Patienten (> 18 Jahre) der Akutsomatik eingeschlossen. Mehrfachhospitalisierte Patientinnen und Patienten wurden nur einmal befragt. Personen mit Wohnsitz im Ausland und verstorbene Patientinnen und Patienten wurden ausgeschlossen.

Der Versand des Fragebogens und eines Begleitschreibens des Spitals an die Patientinnen und Patienten erfolgte im Regelfall 14 Tage (jedoch maximal 7 Wochen) nach Austritt. Um den administrativen Aufwand für die Spitäler möglichst gering zu halten, wurde kein Reminder versandt. Nebst der Papierversion stand optional auch eine Online-Befragung zur Verfügung.

2011 nahmen 163 Spitäler und Spitalstandorte teil. In den folgenden Jahren stieg die Zahl bis auf 197 teilnehmende Spitäler an. Der Rücklauf der Fragebogen lag in den vier Jahren zwischen 46,0% und 49,3%. Insgesamt wurden 5 Fragen gestellt.

Links

[Zur ANQ: Akutsomatik Messergebnisse → Patientenzufriedenheit](#) (letzter Zugriff, 05.12.2016)

Referenzen

Nationale Patientenbefragung Akutsomatik. Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015 – Erwachsene (April 2016, Version 1.0) (letzter Zugriff, 05.12.2016):
http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/anq/1/20160513_Nationaler_Vergleichsbericht_PatZu_Akut_Erwachsene_2015_V_1_0_def_de.pdf (letzter Zugriff, 07.12.2016)

39 Patientenzufriedenheit in Kliniken der Rehabilitation

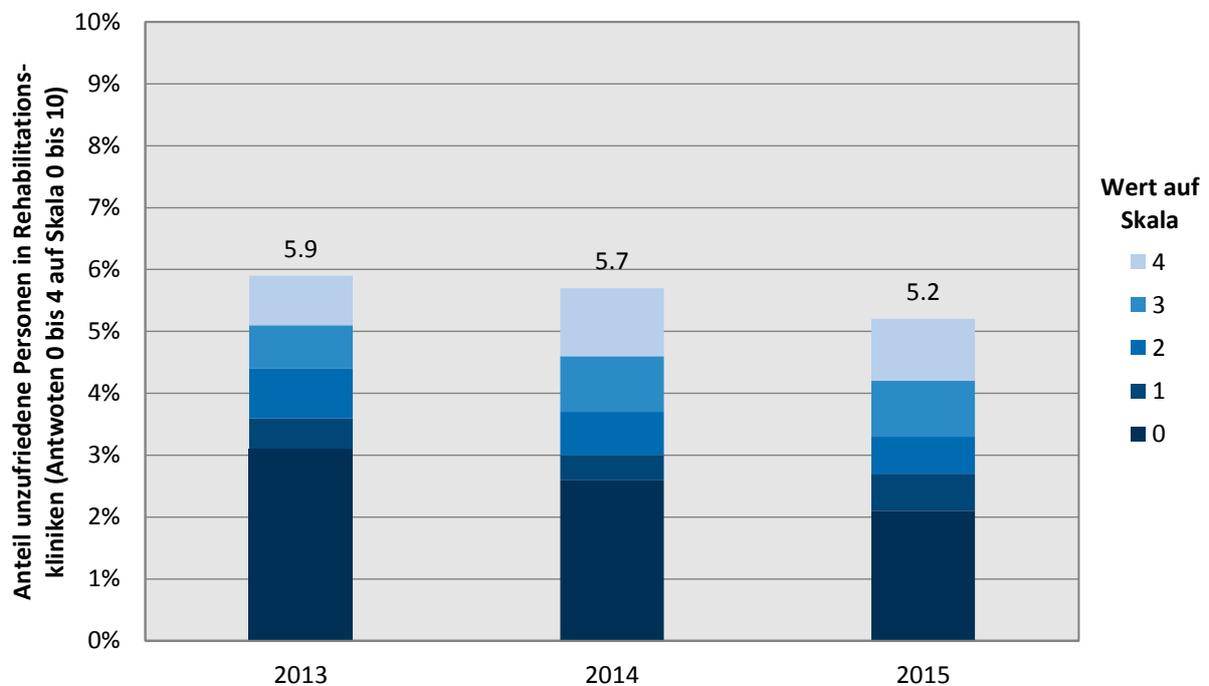
Auszug aus dem Ziel 2.3 «Versicherte und Patientinnen und Patienten stärken»: Im Zentrum der Gesundheitspolitik steht der Mensch. Mit der Agenda «Gesundheit2020 » soll das *Wohlergehen der Versicherten und der Patienten/-innen verbessert* werden.

(auch zur Messung des Ziels 3.1: Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern)

Bedeutung des Indikators: Dieser Indikator gibt eine Rückmeldung zum Wohlergehen von Patientinnen und Patienten in Rehabilitationskliniken anhand der Frage, ob sie wieder in diese Klinik kommen würden. Die Befragung wird vom ANQ (Nationaler Verein zur Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken) durchgeführt.

Quantifizierbares Ziel: Keine Zunahme des Anteils der Unzufriedenen.

Abb. 39 Anteil unzufriedene Patient/innen in Kliniken der Rehabilitation (Patient/innen mit Antwort 0 bis 4 auf die Frage: «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?» auf einer Skala von 0 bis 10), Schweiz, 2013–2015



Antwort 0 = auf keinen Fall, Antwort 10 (nicht gezeigt) = auf jeden Fall

Anzahl Fragebogen: 2013: n=5979 (Rücklauf (RL) 55,0%), 2014: n=6435 (RL 55,8%), 2015: n=6446 (RL 52,3%)

Quelle: ANQ - Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation - Nationale Vergleichsberichte

© Obsan 2017

Die Patientinnen und Patienten sind nach einem Aufenthalt in einer Klinik der Rehabilitation zum allergrössten Teil sehr zufrieden. 2015 gaben 73%, 2014 72% aller Personen 9 bis 10 Punkte auf der Skala von 0 bis 10 an (hier nicht gezeigt).

Eine Veränderung bei den «Unzufriedenen» weist früher auf einen möglichen Handlungsbedarf hin als eine Veränderung bei den Hochzufriedenen. Deshalb werden hier die Antworten der unzufriedenen Personen gezeigt, d.h. derjenigen, die auf der Skala von 0 bis 10 Werte unterhalb der Mitte angegeben haben. Es zeigt sich, dass 2015 5,2%, 2014 5,7% und 2013 5,9% aller Patientinnen und Patienten

unzufrieden waren (Werte 0-4). Die Zahl derjenigen, die 0 Punkte vergeben hatten, sank von 3,1% im Jahr 2013 auf 2,1% im Jahr 2015.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Daten wurden vom Verein ANQ übernommen.

Aus dem Konzept des ANQ: Zielgruppe der Patientenzufriedenheitsbefragung sind jeweils die zwischen dem 1. April und 31. Mai austretenden stationär behandelten erwachsenen Patienten. Das heisst im konkreten Fall in der Schweiz wohnhafte Patienten, welche zum Austrittszeitpunkt 18 Jahre alt oder älter waren und nach einem stationären Aufenthalt aus der Rehabilitationsklinik ausgetreten sind. Mehrfachhospitalisierte wurden nur einmal angeschrieben.

Die Patientinnen und Patienten wurden von der Rehabilitationsklinik selber angeschrieben, die beiden Befragungsinstitute hcri AG / MECON GmbH wurde mit der Auswertung und Berichterstattung im Bereich der Rehabilitation betraut.

Der Fragebogen (Versionen d/f/i) enthielt insgesamt 5 Fragen, die je auf einer Skala von 0(-) bis 10(+) beantwortet werden konnten. Davon wird hier die Teilauswertung der ersten Frage: «Würden Sie für dieselbe Behandlung wieder in diese Rehabilitationsklinik kommen?» gezeigt.

Links

[Zur ANQ: Rehabilitation Messergebnisse →Patientenzufriedenheit](#) (letzter Zugriff, 28.11.2016)

[Zur ANQ: Rehabilitation Patientenzufriedenheitsbefragung](#) (letzter Zugriff, 28.11.2016)

Referenz

Nationale Patientenzufriedenheitsbefragung Rehabilitation. Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015 (Januar 2016, Version 1.0):

http://www.hplusqualite.ch/fileadmin/documents/ang/21/20151222_Nat_Vergleichsbericht_2015_Patzu_Reha_de_final.pdf (letzter Zugriff: 07.12.2016)

40 Prävalenz von Dekubitus (Wundliegen) im Akutspital

Auszug aus dem Ziel 3.1 «Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern»: Die Förderung der Qualität soll zu besseren Behandlungsergebnissen führen und die vermeidbaren Folgeleistungen auf ein Minimum reduzieren. Durch die *Verbesserung der Qualität* können unnötige Kosten eingespart werden.

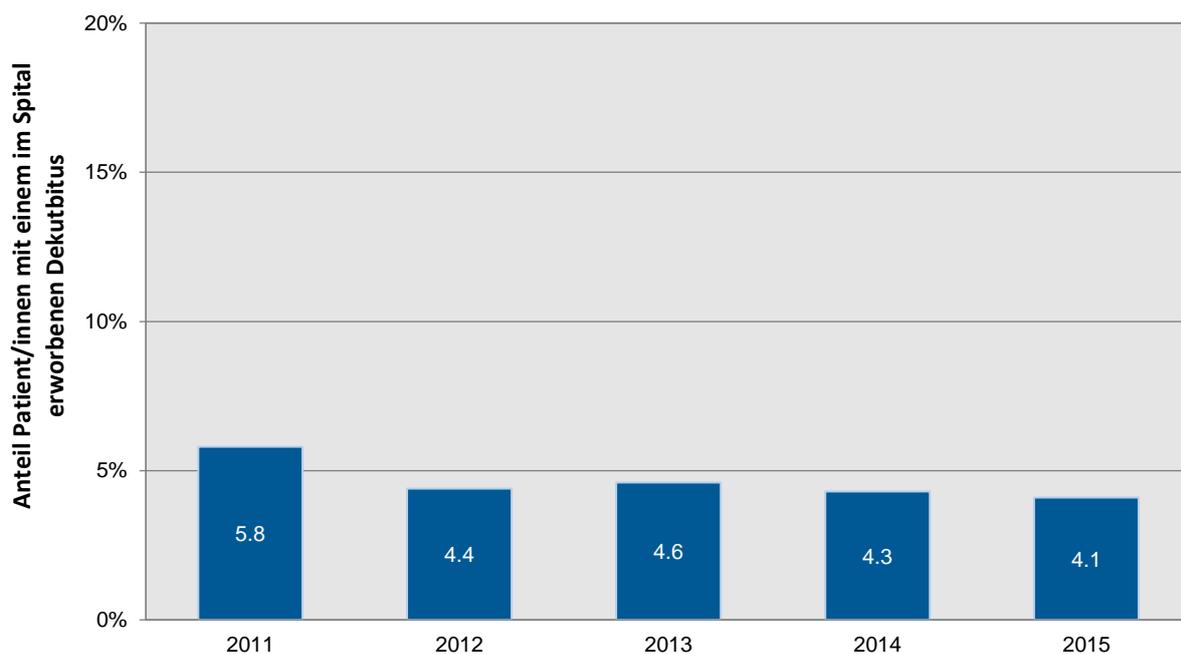
Dazu werden folgende zusätzliche Massnahmen ergriffen:

- Umsetzung der Qualitätsstrategie, um die Transparenz zu erhöhen und die Qualität in ausgewählten Bereichen zu verbessern.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator Dekubitus misst einen Teilaspekt der Pflege- und Behandlungsqualität. Dekubitus (Wundliegen) ist eine multifaktoriell (Alter des Patienten, Diagnose, Pflegeabhängigkeit usw.) bedingte Komplikation des längeren Liegens, die potenziell vermeidbar ist. Es handelt sich hier um eine Messung des Vorkommens (Prävalenzmessung), ausgedrückt als Anzahl aller im Spital erworbenen Dekubitus in Bezug auf die Zahl der teilnehmenden Patientinnen und Patienten im Spital.

Quantifizierbares Ziel: Keine Zunahme des Anteils der im Spital erworbenen Dekubitus.

Abb. 40 Dekubitus (Wundliegen), im Spital erworben, Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, Schweiz, 2011–2015



2011: n=10'600; 2012: n=13'651; 2013: n=12'903, 2014: n=13'317, 2015: n= 13'163

Quelle: ANQ⁸ – Nationale Vergleichsberichte Prävalenzmessung 2011–2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Der Indikator misst die Dekubitus, die während eines Spitalaufenthaltes entstanden sind. Im Jahr 2011 waren in den teilnehmenden Schweizer Spitälern 5,8% aller erwachsenen Patientinnen und Patienten betroffen, in den Folgejahren 2012 bis 2015 waren es zwischen 4,1% und 4,6%. Damit zeigt sich eine

⁸ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Stabilität des Vorkommens, wenn man annimmt, dass im ersten Jahr die Datenqualität noch nicht ideal war.

Gemäss dem Nationalen Vergleichsbericht 2015 des ANQ weist die Schweiz im internationalen Vergleich (Bandbreite 0.6–15%) Werte im unteren Drittel aus. Die Bandbreite der international publizierten Werte hat im Vergleich zum Jahr 2011 abgenommen. Das erklärt, warum die Schweizer Werte im Vergleich mit der internationalen Literatur erstmals nicht mehr markant tiefer liegen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Internationale Definition von Dekubitus gemäss NPUAP-EPUAP (EPUAP & NPUAP, 2009): «Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmasslich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung ist aber noch zu klären. Dekubitus wird in verschiedene Schweregrade unterteilt.»

Die Daten wurden den Nationalen Vergleichsberichten Prävalenzmessung 2011–2015 des ANQ entnommen. Zur Methode wird Folgendes angegeben: Die seit 2011 eingesetzten Instrumente basieren auf der in den Niederlanden sowie international seit mehreren Jahren periodisch wiederholten Messung «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International). Diese Messung wurde von der Universität Maastricht entwickelt.

Spitalteilnahme: 2011: 159, 2012: 186, 2013: 187, 2014: 189, 2015: 195 Spitalstandorte;

Teilnahmeraten der Patientinnen und Patienten: 2011: 68.1%, 2012: 75.4%, 2013: 73.8 %, 2014: 75,9%, 2015: 76,4%.

Referenzen

ANQ Qualitätsbericht: [Prävalenz und Dekubitus: Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015 - Erwachsene](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009 in EPUAP, & NPUAP. (2009). [Leitlinie Dekubitus - Prävention](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

41 Prävalenz von Stürzen im Akutspital

Auszug aus dem Ziel 3.1 «Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern»: Die Förderung der Qualität soll zu besseren Behandlungsergebnissen führen und die vermeidbaren Folgeleistungen auf ein Minimum reduzieren. Durch die Verbesserung der Qualität können unnötige Kosten eingespart werden.

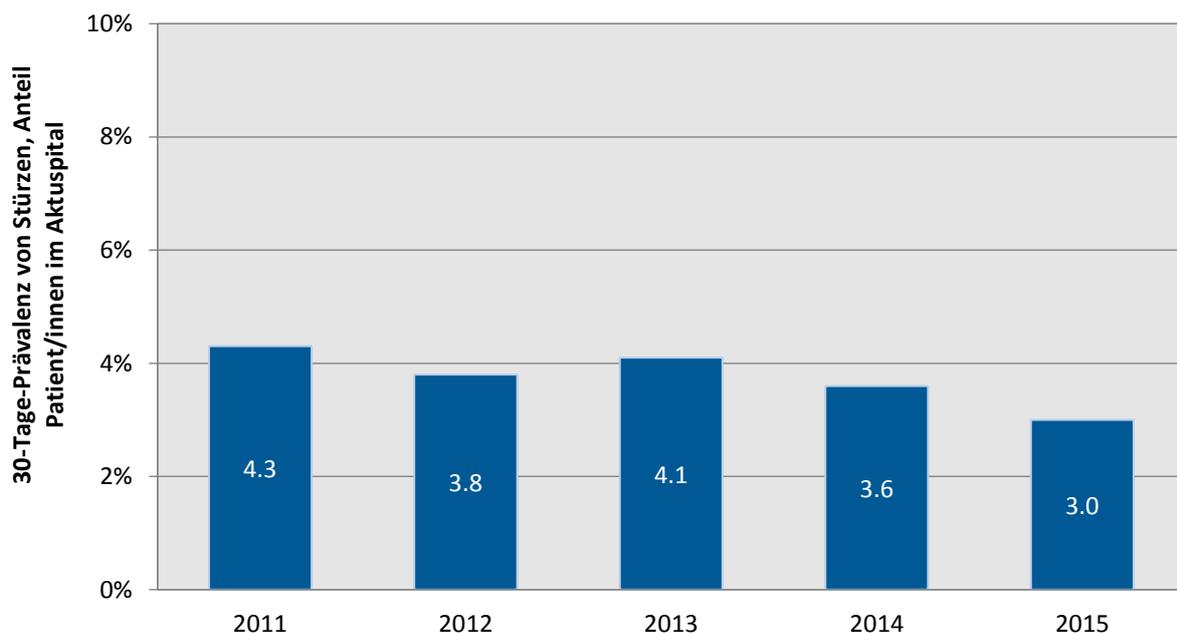
Dazu werden folgende zusätzliche Massnahmen ergriffen:

- Umsetzung der Qualitätsstrategie, um die Transparenz zu erhöhen und die Qualität in ausgewählten Bereichen zu verbessern..

Bedeutung des Indikators: Der Indikator Sturz widerspiegelt einen Teilaspekt der Pflege- und Behandlungsqualität. Ziel einer optimalen Behandlung ist es, mit präventiven Massnahmen (Pflegeinterventionen, Patientenschulungen, Hilfsmittel usw.) Sturzereignisse zu reduzieren, im Wissen darum, dass einige Massnahmen mit Autonomieverlusten bei Patientinnen und Patienten verbunden sind.

Quantifizierbares Ziel: Keine Zunahme des Anteils Stürze in Akutspitälern

Abb. 41 30-Tage-Prävalenz von Stürzen im Akutspital, Patient/innen ab 18 Jahren, Schweiz, 2011–2015



2011: n=10'600; 2012: n=13'651; 2013: n=12'903; 2014: n=13'317, 2015: n=13'163

Quelle: ANQ⁹ – Nationale Vergleichsberichte Prävalenzmessung 2011–2015 / Auswertung Obsan © Obsan 2017

Im Jahr 2015 sind in den teilnehmenden Akutspitälern der Schweiz 3,0% der erwachsenen Patientinnen und Patienten während des Spitalaufenthaltes gestürzt. Dieser Anteil nimmt über die Jahre leicht ab, die Schwankungen sind aber gemäss ANQ-Bericht im Zufallsbereich. Handlungsbedarf ortet der Bericht weiterhin, denn: «Nach wie vor ist die Prävalenzrate der in Schweizer Spitälern erfolgten Stürze in allen Messjahren im internationalen Vergleich hoch. International werden in neueren Erhebungen (Perioden)prävalenzraten zwischen 0.2 % und 13.8 % angegeben.»

⁹ Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken

Weiterführende Informationen

Definitionen

Für die Prävalenzmessung wurde die folgende, von der Stiftung für Patientensicherheit in der Schweiz empfohlene Definition des Sturzes verwendet: „Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt“ (Victorian Government Department of Human Services (2004) zitiert bei Frank & Schwendimann, 2008).

Die Daten wurden den Nationalen Vergleichsberichten Prävalenzmessung 2011 – 2014 des ANQ entnommen. Zur Methode wird Folgendes angegeben: Die Daten wurden den Nationalen Vergleichsberichten Prävalenzmessung 2011–2015 des ANQ entnommen. Zur Methode wird Folgendes angegeben: Die eingesetzten Instrumente basieren auf der in den Niederlanden sowie international seit mehreren Jahren periodisch wiederholten Messung «International Prevalence Measurement of Care Problems» (LPZ International). Diese Messung wurde von der Universität Maastricht entwickelt.

Spitalteilnahme: 2011: 159, 2012: 186, 2013: 187, 2014: 189, 2015: 195 Spitalstandorte;

Teilnahmeraten der Patientinnen und Patienten: 2011: 68.1%, 2012: 75.4%, 2013: 73.8 %, 2014: 75,9%, 2015: 76,4%.

Als Schwierigkeit bei der Interpretation wurde die im internationalen Vergleich tiefe Teilnahmerate angegeben.

Links

[Zur ANQ: Akutsumatik Messergebnisse](#) → Prävalenzmessungen zu Sturz und Dekubitus (letzter Zugriff, 22.12.2016)

Referenzen

ANQ Qualitätsbericht: [Prävalenz und Dekubitus: Nationaler Vergleichsbericht Messung 2015 - Erwachsene](#) (letzter Zugriff, 22.12.2016)

42 Anzahl überprüfte Leistungen, die nach KVG vergütet werden

Auszug aus dem Ziel 3.1: Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern

Reduktion von nicht wirksamen und nicht effizienten Leistungen sowie Medikamenten und Verfahren, um die Qualität zu erhöhen und die Kosten zu reduzieren

Bedeutung des Indikators: Gemäss Artikel 32 Absatz 2 KVG ist die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) der Leistungen periodisch zu überprüfen. Diese Überprüfungen sollen dazu dienen, dass Leistungen, die die WZW-Kriterien nicht erfüllen, nicht von der OKP vergütet werden. Der Indikator gibt einen Hinweis auf die Aktivität im Bereich nicht-pharmazeutischer Leistungen (Arzneimittel siehe Indikator 33), verzichtet aber auf eine Beurteilung der Wirkung hinsichtlich Erhöhung der Qualität und Reduktion von Kosten.

Quantifizierbares Ziel: Im Rahmen eines Pilotprogramms ist für die Jahre 2016 und 2017 der Abschluss der Überprüfung von jeweils 3 Leistungen pro Jahr geplant. Jedoch ist die Anzahl der überprüften nicht-pharmazeutischen Leistungen abhängig von den im BAG aufzubauenden Ressourcen. Die Erhöhung der Ressourcen erfolgt im Rahmen des Aufbaus der HTA-Einheit in den Jahren 2017 bis 2019.

Abb. 42 Anzahl überprüfte Leistungen

Neue Tätigkeit. Im 2016 konnten noch keine Überprüfungen abgeschlossen werden (Arbeiten sind noch im Gange). Die in Vergangenheit sporadisch durchgeführten Überprüfungen werden statistisch nicht dargestellt.

Vorgesehene Quelle: Auswertung BAG

Weiterführende Informationen

In den Jahren 2017 bis 2019 werden im Rahmen der Arbeiten zur Revision der Analysenliste (AL) sowie Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) zusätzliche ausserordentliche Überprüfungen anfallen, die gesondert ausgewiesen werden.

Definitionen

Anzahl der Leistungen

Bei den ärztlichen/chiropraktischen Leistungen werden die einzelnen Leistungen gezählt. Werden in einem Überprüfungsverfahren gleichzeitig mehrere unterschiedliche Leistungen evaluiert, so werden die Leistungen einzeln gezählt. Hingegen wird die Anzahl der bezüglich einer Leistung geprüften Indikationen nicht in der Zählung berücksichtigt. Der Zeitpunkt der Zählung erfolgt dann, wenn der Bericht zur Überprüfung veröffentlicht wird.

Bei den Laboranalysen sowie Mittel- und Gegenständen werden die Anzahl der überprüften Positionen der Analysenliste (AL) respektive Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) gezählt, unabhängig davon ob die Überprüfung alle drei Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit umfasst oder ob nur Teilbereiche wie z.B. die Anzahl Taxpunkte überprüft wurden.

43 Rate der postmortalen Organspenderinnen und -spender pro Million Einwohnerinnen und Einwohner

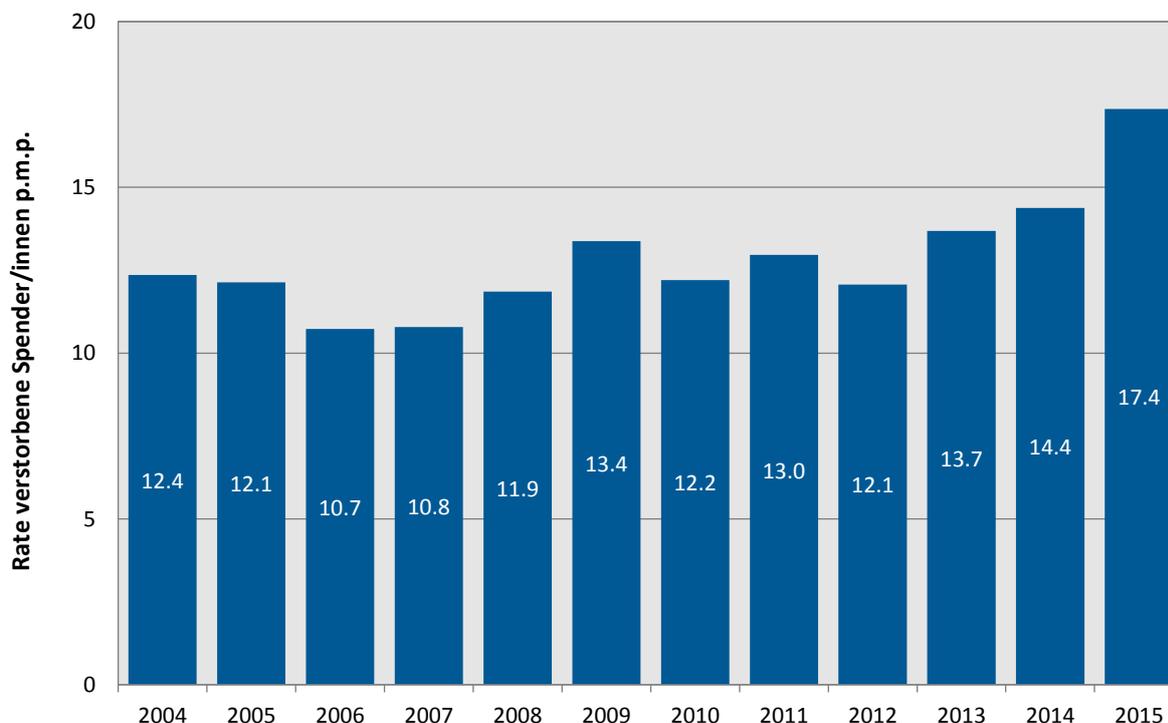
Auszug aus dem Ziel 3.1 «Die Qualität der Leistungen und der Versorgung fördern»:

- Sensibilisierung der Bevölkerung für die Anliegen der Patienten/-innen, die auf lebensnotwendige Organtransplantationen warten, damit die Bereitschaft zu Organspenden steigt

Bedeutung des Indikators: Dank dem medizinischen Fortschritt ist es immer häufiger möglich, einer Patientin oder einem Patienten mit einer Organtransplantation zu helfen. Die Zahl der gespendeten Organe liegt jedoch deutlich unter dem Bedarf. Mittels des Aktionsplans «Mehr Organe für Transplantationen», der 2014 vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik verabschiedet wurde, soll die Zahl der verstorbenen Spenderinnen und Spender bis 2018 auf 20 pro Million Einwohnerinnen und Einwohner (per million population: p.m.p.) erhöht werden.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme der Rate der postmortalen Spenderinnen und Spender auf 20 pro Million Einwohnerinnen und Einwohner pro Jahr bis 2018.

Abb. 43 Postmortale Spenderinnen und Spender pro Million Einwohner/innen, Schweiz, 2004–2015



Quelle: Swisstransplant – Jahresberichte / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Während Jahren stagnierte in der Schweiz die Spenderate Verstorbener. Gleichzeitig stieg die Zahl der Personen an, die auf der Warteliste auf ein Organ warteten.

Seit Beginn der verstärkten Anstrengungen zugunsten von Organspenden stiegen die Spenderzahlen an, von 13,7 postmortale Spenderinnen und Spender pro Million Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2013 auf 17,4 im Jahr 2015.

Weiterführende Informationen

Personen mit einer Spendekarte sind in der Schweiz nicht registriert und können daher statistisch nicht erfasst werden.

Definitionen

Die Stiftung Swisstransplant und das BAG erheben unter anderem Zahlen zur Anzahl Organspender, den transplantierten Organen und zur Anzahl Personen auf der Warteliste.

Um einen Vergleich über die Jahre zu ermöglichen, wird bei den Verstorbenen pro Jahr die Anzahl Spender/-innen pro Million Einwohner/-innen erfasst (p.m.p.). Zur Berechnung wird die Bevölkerungszahl vom 31.12. des Vorjahres verwendet (mündliche Auskunft der Verantwortlichen im BAG).

Links

[Zu Swisstransplant](#) (letzter Zugriff, 07.12.2016)

[Zum BAG: Transplantationsmedizin](#) (letzter Zugriff, 07.12.2016)

44 Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die mit eMedikation arbeiten

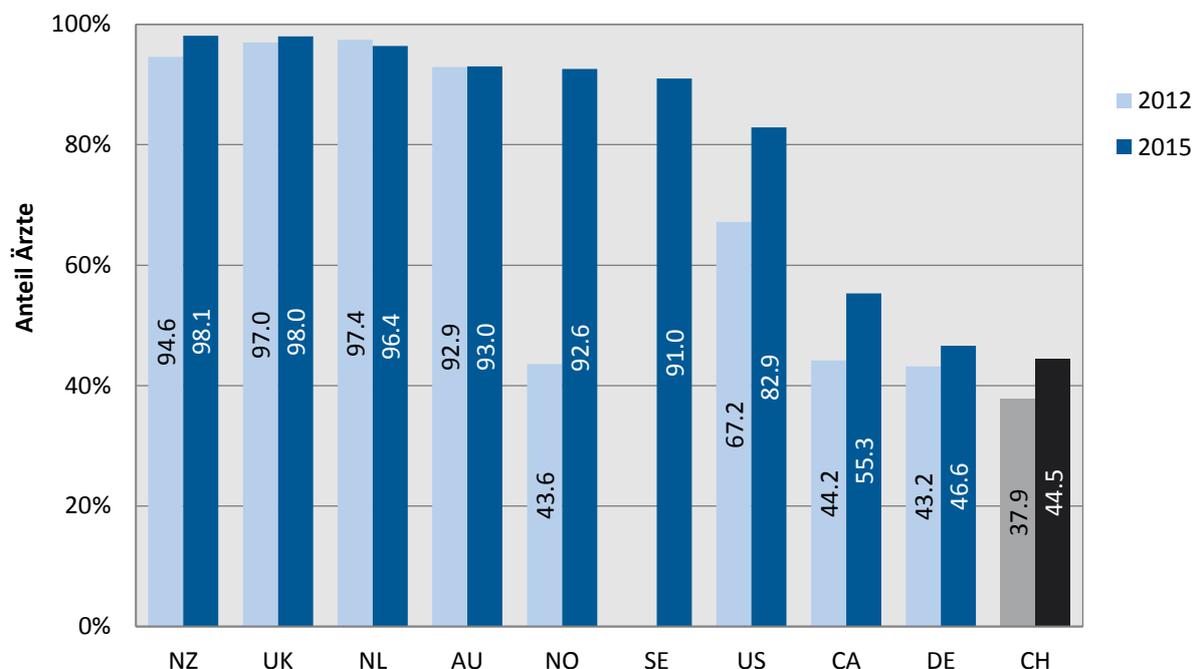
Auszug aus dem Ziel 3.2 «eHealth stärker einsetzen»:

- Einführung und aktive Förderung der eMedikation mit der Möglichkeit für Ärzte/-innen, Apotheken und Spitäler, einen elektronischen Zugang auf Medikationsinformationen der Patienten/-innen zu erhalten. Durch die Reduktion von Fehlern wird die Patientensicherheit erhöht.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst die Verbreitung eines bestimmten Bereichs von eHealth, nämlich den Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die angeben, mit eMedikation zu arbeiten.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme des Anteils der Ärztinnen und Ärzten, die eMedikation verwenden, an allen Grundversorgerinnen und Grundversorgerinnen.

Abb. 44 Anteil der Grundversorger/innen, die (regelmässig oder gelegentlich) mit eMedikation arbeiten, internationaler Vergleich, 2012 und 2015



2012 : NZ: n=1000, UK: n=500, NL: n=522, AU: n=1000, NO: n=869, US: n=1014, CA: n=2126, DE: n=907, CH: n=1025. 2015: NZ: n=503, UK: n=1001, NL: n=618, AU: n=747, NO: n=864, SE: n=2905, US: n=1001, CA: n=2284, DE: n=559, CH: n=1065.

Quelle: Commonwealth Fund, International Health Policy Survey 2012 und 2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

2015 gaben 44,5% der Grundversorgerinnen und -versorger in der Schweiz an, regelmässig oder gelegentlich eine Technologie einzusetzen, mit der sie elektronische Nachrichten oder Warnhinweise zu möglichen Problemen bei der Dosierung oder den Wechselwirkungen von Arzneimitteln erhalten. Dieser Prozentsatz ist seit 2012 (37,9%) nur wenig angestiegen. Somit wird eMedikation in der Schweiz von weniger als der Hälfte der Grundversorgerinnen und -versorger verwendet, während dies in anderen untersuchten Ländern (Neuseeland, Vereinigtes Königreich, Niederlande) bei der überwiegenden Mehrheit der Fall ist (über 95%). Ins Auge fällt die besonders die rasche Verbreitung

von eMedikation in Norwegen: Hier hat sich der Anteil zwischen 2012 und 2015 von 43,6% auf 92,6% erhöht.

Unterschiede bei den Schweizer Grundversorgerinnen und -versorgern bestehen nach Alter, Fachrichtung und Praxistyp (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis). Die jüngsten Ärztinnen und Ärzte verwenden häufiger eMedikation als die ältesten (54,6% der 35- bis 44-Jährigen gegenüber 23,7% der 65-Jährigen und Älteren), Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (48,1%) häufiger als jene für Pädiatrie (15,3%) und solche in Gemeinschaftspraxen (51,7%) häufiger als solche in Einzelpraxen (35,5%).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Ergebnisse stammen aus dem International Health Policy Survey (IHP), der 2012 und 2015 vom Commonwealth Fund durchgeführt wurde. Die Befragung fand in elf Ländern bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung statt (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Pädiatrie). 2015 beteiligten sich in der Schweiz 1065 Ärztinnen und Ärzte, 2012 waren es 1025.

Der Indikator zeigt, wie viele Ärztinnen und Ärzte angaben, regelmässig oder gelegentlich elektronische Nachrichten oder Warnhinweise zu möglichen Dosierungs- oder Interaktionsproblemen von Medikamenten zu verwenden. Dieser Indikator weicht insofern von der Definition im Rahmen des Gesundheitsziels 3.2 ab, als die Grundversorgerinnen und -versorger nicht unbedingt darüber informiert sind, welche Medikamente andere medizinische Fachpersonen abgeben. Ausserdem liefert dieser Indikator keine Angaben zur Praxis der elektronischen Verschreibung.

Der IHP wird im Dreijahresrhythmus jedes Jahr zu einem anderen Thema durchgeführt; die nächsten Ergebnisse für diese Frage sollten 2018 vorliegen.

Links

[Zur Beschreibung Commonwealth Fund-Umfrage](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

[Zu eHealth Suisse](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

Referenzen

Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_50_1.pdf
(letzter Zugriff, 08.02.2017)

eHealth Suisse (2014). Förderung der eMedikation. Umsetzung der Massnahme aus der Agenda "Gesundheit2020". Bern, 28 August 2014. http://www.e-health-suisse.ch/umsetzung/00135/00218/00250/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6IONTU042I2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDdlF4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- (letzter Zugriff, 08.02.2017)

45 Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die ein elektronisches Patientendossier führen

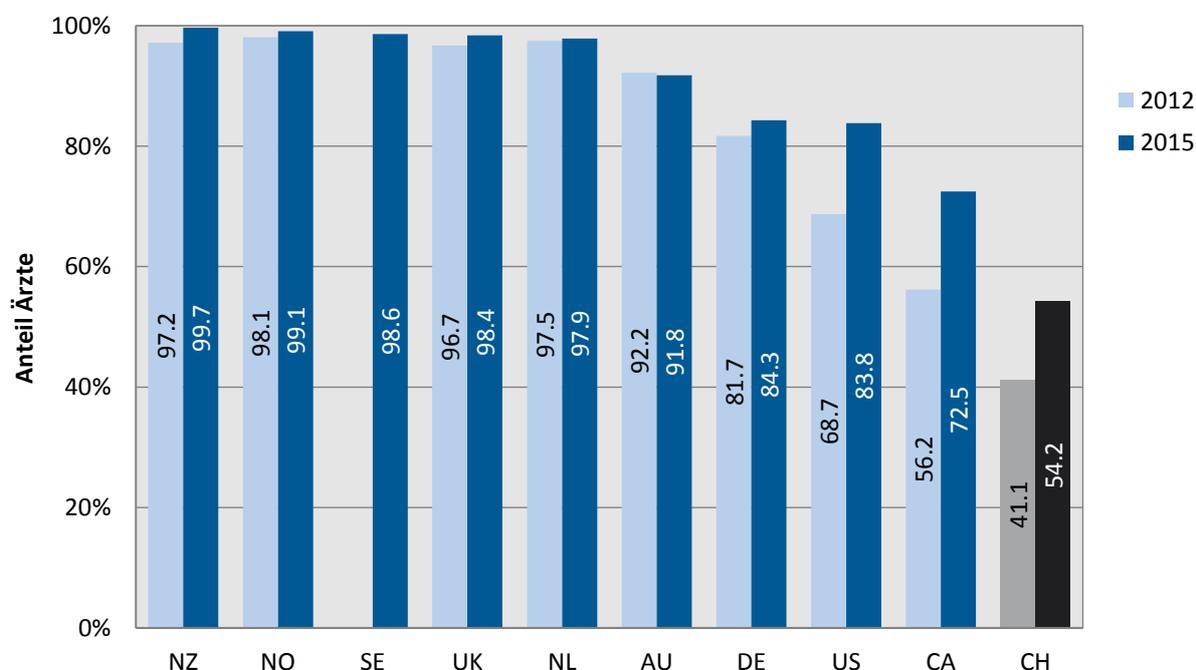
Auszug aus dem Ziel 3.2 «eHealth stärker einsetzen»:

- Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers, um die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit zu erhöhen sowie um die Behandlungsprozesse und die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern zu unterstützen.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst die Verbreitung eines Bereichs von eHealth, nämlich den Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die angeben, mit einem elektronischen Patientendossier (vgl. Definition am Schluss des Indikators) zu arbeiten.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme des Anteils der Grundversorgerinnen und Grundversorger, die mit einem elektronischen Patientendossier arbeiten, an allen Grundversorgerinnen und Grundversorgern.

Abb. 45 Anteil der Grundversorger/innen, die ein elektronisches Patientendossier führen, internationaler Vergleich, 2012 und 2015



2012 : NZ: n=1000, UK: n=500, NL: n=522, AU: n=1000, NO: n=869, US: n=1014, CA: n=2126, DE: n=907, CH: n=1025. 2015: NZ: n=503, UK: n=1001, NL: n=618, AU: n=747, NO: n=864, SE: n=2905, US: n=1001, CA: n=2284, DE: n=559, CH: n=1065.

Quelle : Commonwealth Fund, International Health Policy Survey 2012 et 2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2016

Trotz einer *beträchtlichen Zunahme in den letzten drei Jahren* (+13,1 Prozentpunkte), liegt die Schweiz beim Anteil der Ärztinnen und Ärzte, die ein elektronisches Patientendossier führen, im internationalen Vergleich weiterhin am Schluss der Rangliste. In der Schweiz verwendet etwas mehr als die Hälfte (54,2%) der Grundversorgerinnen und -versorger dieses Instrument, während dies in mehreren anderen Ländern fast durchwegs der Fall ist (Neuseeland, Norwegen, Schweden, Vereinigtes Königreich, Niederlande).

Von den unter 45-jährigen Ärztinnen und Ärzten haben 2012 bereits 64,6% der Befragten elektronische Patientendossiers verwendet. 2015 nutzen 81,9% dieser Altersgruppe dieses Instrument. Auch bei den 45- bis 54-Jährigen ist ein sehr deutlicher Anstieg zu verzeichnen (44,4% auf 62,6%). Da auch bei den höheren Altersgruppen eine (wenn auch weniger ausgeprägte) zunehmende Nutzung des elektronischen Patientendossiers zu beobachten ist, liegt neben dem Alterseffekt auch ein Generationeneffekt vor.

Ausserdem ist in Gemeinschaftspraxen eine deutlich markantere Zunahme festzustellen (54,3% auf 69,8%) als in Einzelpraxen (30,6% auf 35,3%). Dies kann teilweise mit dem jüngeren Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte in Gemeinschaftspraxen zusammenhängen. Begünstigt oder erforderlich wird dieser Trend wohl auch dadurch, dass in einer solchen Arztpraxis mehrere Ärztinnen und Ärzten Zugriff auf dasselbe Patientendossier benötigen.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Ergebnisse stammen aus dem *International Health Policy Survey (IHP)*, der 2012 und 2015 vom *Commonwealth Fund* durchgeführt wurde. Die Befragung fand in elf Ländern bei ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung statt (Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Pädiatrie). 2015 beteiligten sich in der Schweiz 1065 Ärztinnen und Ärzte, 2012 waren es 1025.

Der Indikator misst, wie viele Ärztinnen und Ärzte angeben, für die Patientendossiers ein elektronisches System zu verwenden (ohne Fakturierungssysteme). Die Frage ist auf Deutsch so formuliert, dass sich die Befragten darunter vermutlich ein virtuelles, dezentrales Dossier vorstellen, auf das verschiedene Leistungserbringer zugreifen können. In der französischen und italienischen Version hingegen lässt die Formulierung eher nur an ein elektronisch geführtes Patientendossier denken. Deshalb wurde diese Frage je nach Sprachregion möglicherweise anders aufgefasst, was die Ergebnisse beeinflusst haben könnte.

Der IHP wird im Dreijahresrhythmus jedes Jahr zu einem anderen Thema durchgeführt; die nächsten Ergebnisse für diese Frage sollten 2018 vorliegen.

Links

[Zur Beschreibung Commonwealth Fund-Umfrage](#) (letzter Zugriff, 10.02.2016)

Referenzen

Merçay, C. (2015). Médecins de premier recours – Situation en Suisse, tendances récentes et comparaison internationale. Analyse de l'International Health Policy Survey 2015 du Commonwealth Fund sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (Obsan Dossier 50). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_50_1.pdf (letzter Zugriff, 08.02.2017)

46 Ausbildungsabschlüsse in Humanmedizin

Auszug aus dem Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»:

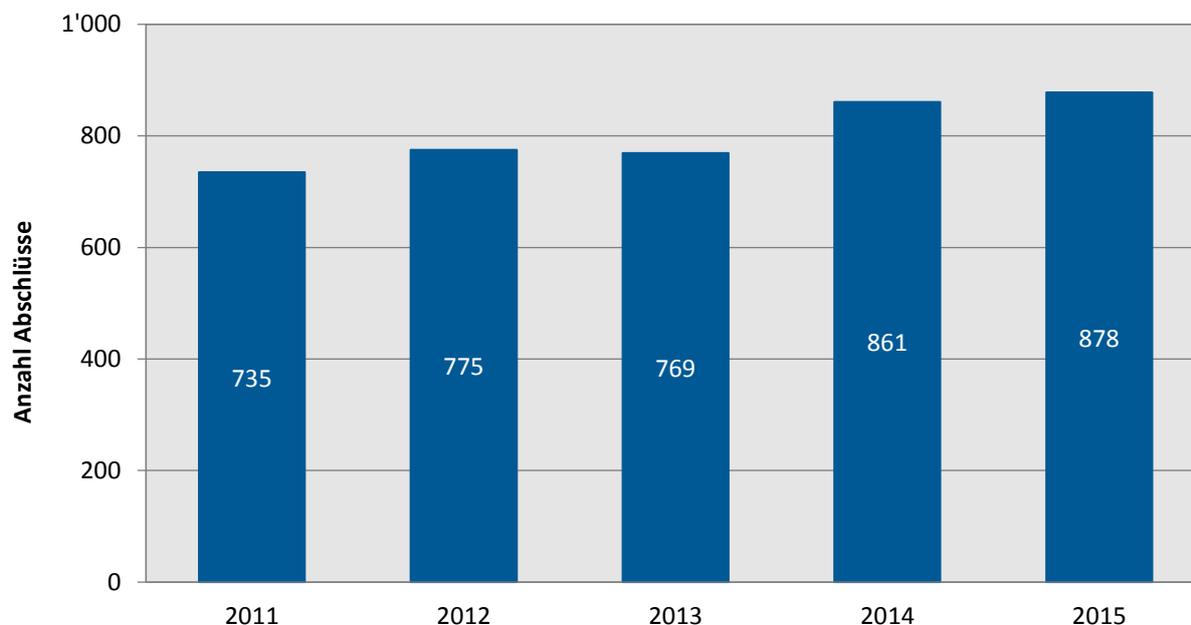
Die Anzahl der universitären und nicht universitären Aus- bzw. Weiterbildungsplätze soll dem Bedarf entsprechen und die Lerninhalte sollen den Anforderungen einer integrierten Versorgung angepasst werden, damit in der Schweiz genügend und den Bedürfnissen entsprechend ausgebildetes Gesundheitspersonal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

- Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Ärzten/-innen [...] in den entsprechenden Fachrichtungen.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst die Zahl der Ausbildungsabschlüsse von Ärztinnen und Ärzten. Es kann keine Aussage gemacht werden, ob der Bedarf damit gedeckt ist, bzw. ob möglicherweise eine Überversorgung (in Teilbereichen) vorliegt.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme auf 1200–1300 Abschlüsse pro Jahr (gemäss Plattform Zukunft ärztliche Bildung).

Abb. 46 Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Humanmedizin, Schweiz, 2011–2015



Quelle: BAG – Medizinalberuferegister 2011–2015/ Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die Anzahl der Abschlüsse in Humanmedizin (eidgenössisches Arztdiplom) ist in den letzten fünf Jahren stetig gestiegen, von 735 im Jahre 2011 auf 878 im Jahre 2015. Im Jahr 2015 wurden 57% der Diplome an Frauen erteilt. Die Anzahl Abschlüsse wird in den nächsten Jahren wohl weiterhin ansteigen, da die klinischen Studienplatzkapazitäten seit 2007 um 30% erhöht wurden, von 731 im Jahr 2007 auf 950 im Jahr 2015 (BAG & SBFI, 2016).

Der internationale Vergleich zeigt, dass die Schweiz mit rund 10 Ärztinnen und Ärzten pro 100'000 Einwohner/innen weniger Personen ausbildet als zahlreiche europäische Länder wie Deutschland (12,2), Niederlande (14,4), Litauen (14,8) oder Dänemark (18,4) (OECD, 2016).

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die Ausbildungsabschlüsse beziehen sich auf die erteilten eidgenössischen Arztdiplome.

Links

[BAG: Zu den Statistiken des MedReg](#) (letzter Zugriff, 16.11.2016)

[Zur OECD: Daten zu Abschlüssen in der Humanmedizin \(Zahlen von 2013\)](#) (letzter Zugriff, 17.11.2016)

Referenzen

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) (2016). Gesamtsicht Aus- und Weiterbildung Medizin im System der Gesundheitsversorgung. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

47 Ausbildungsabschlüsse von Pflegefachpersonal

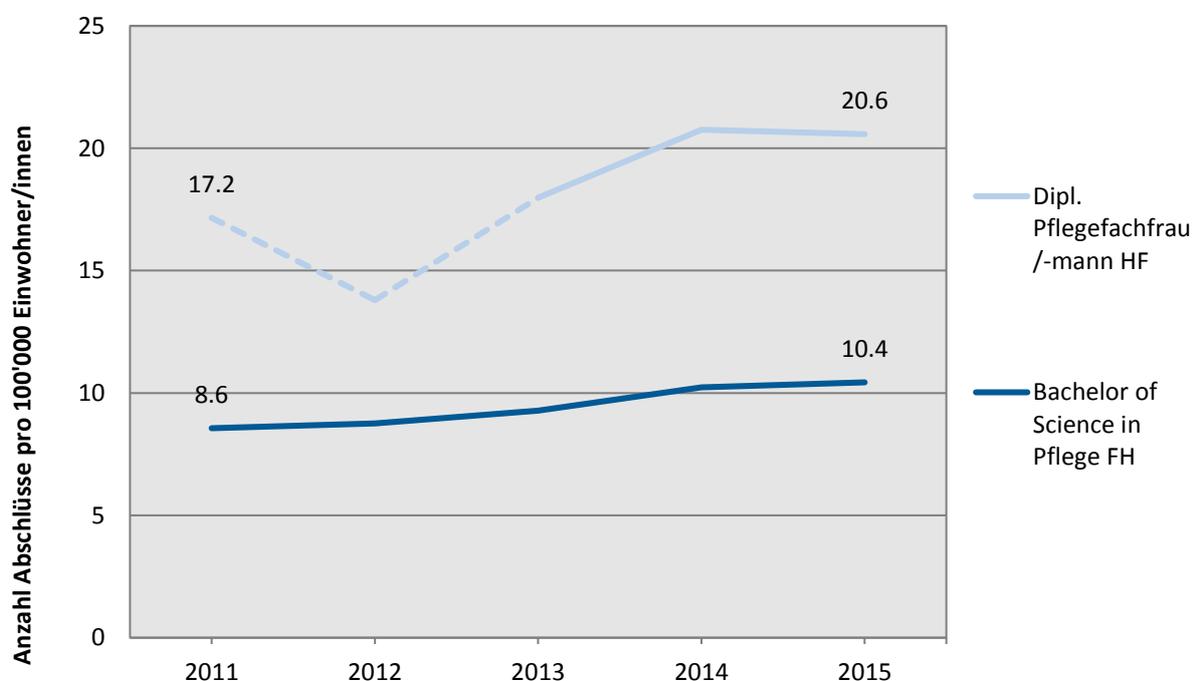
Auszug aus dem Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»:

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

Bedeutung des Indikators: Wegen der Alterung der Bevölkerung wird zunehmend mehr Pflegepersonal benötigt. Die Schweiz strebt an, die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildetem Pflegepersonal zu verringern. Der Indikator misst die Zahl der Ausbildungsabschlüsse von Pflegefachpersonen unterschiedlicher Stufen.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme der Ausbildungsabschlüsse (mindestens bis 2020; für die Zukunft müsste ggf. eine Obergrenze bestimmt werden).

Abb. 47 Anzahl Tertiärabschlüsse in der Pflege pro 100'000 Einwohner/innen, Schweiz, 2011–2015



Quelle: BFS – Schweizerisches Hochschulinformationssystem und STATPOP 2011–2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Die *Raten* der Pflegeabschlüsse auf Tertiärstufe (Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF und Bachelor of Science in Pflege FH) sind seit 2012 steigend, bei den Abschlüssen auf Ebene Höhere Fachschule ist jedoch zwischen 2014 auf 2015 ein geringer Rückgang zu beobachten (von 20,8 auf 20,6 Abschlüsse pro 100'000 Einwohner/innen). Die *Anzahl* der Abschlüsse ist dagegen bei beiden Ausbildungsgängen seit 2012 steigend (hier nicht gezeigt).

Der Knick bei den Zahlen der Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF im Jahr 2012 lässt sich u.a. mit den Bildungsreformen bei den Gesundheitsberufen erklären.

Im Jahr 2015 haben 2582 Pflegefachpersonen ihre Ausbildung abgeschlossen: 1713 Dipl. Pflegefachfrauen/-männer HF und 869 Pflegefachpersonen FH – d.h. ein Drittel hat die Ausbildung an einer Fachhochschule absolviert.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Folgende Ausbildungsabschlüsse wurden berücksichtigt: Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF, Dipl. Pflegefachfrau/-mann DN II (altrechtlicher Abschluss), Bachelor of Science in Pflege FH

Links

[Zum Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation \(SBFI\): Masterplan Bildung Pflegeberufe](#) (letzter Zugriff, 17.11.2016)

Referenzen

- Burla, L. & Rüfenacht, J. (2013). *Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen* (Obsan Bulletin 2/2013). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Burla, L., Vilpert, S. & Widmer, M. (2014). Monitoring des Personals der nicht ärztlichen Gesundheitsberufe – 1. Teil: Pflegepersonal.
- Merçay, C., Burla, L. & Widmer, M. (2016). *Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Prognosen bis 2030* (Obsan Bericht 71). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit* (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

48 Wanderungssaldo ausländischer Ärztinnen und Ärzte

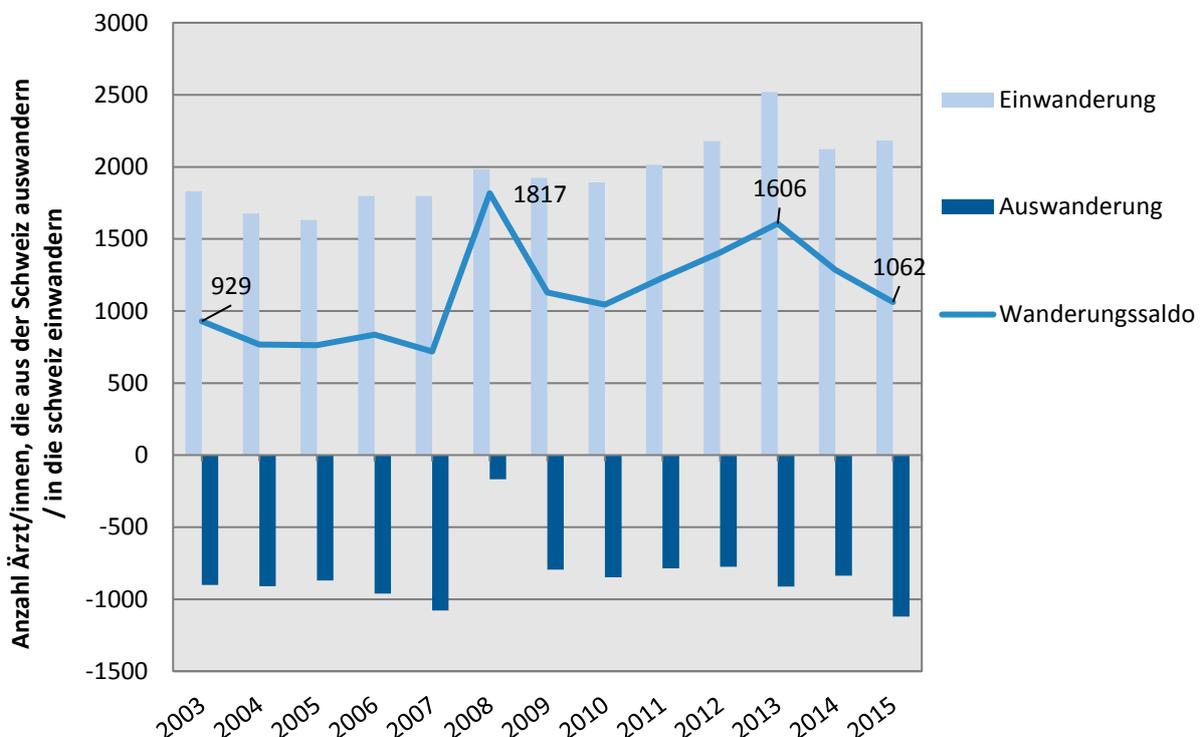
Auszug aus dem Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»:

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

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst die Anzahl eingewanderte minus Anzahl ausgewanderte Ärztinnen und Ärzte in einem Jahr. Ein positiver Wanderungssaldo wird als Hinweis auf eine ungenügende inländische Ausbildungstätigkeit verstanden.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Wanderungssaldos.

Abb. 48 Einwanderung, Auswanderung und Wanderungssaldo von ausländischen Ärzt/innen, Schweiz, 2003–2015



Quelle : SEM, ZEMIS, 2003-2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Zwischen 2003 und 2015 war der Wanderungssaldo ausländischer Ärztinnen und Ärzte jedes Jahr positiv. Zwischen 2003 und 2007 lag er stabil bei rund 800. Nach einem Rekordwert im Jahr 2008 (Wanderungssaldo von 1817 Ärzt/innen), als die Kontingente für Personen aus EU17/EFTA aufgehoben wurden, ging er auf rund 1100 zurück. Anschliessend nahm er bis 2013 wieder zu (1606), bevor er wieder in 2014 (1286) und 2015 (1062) wieder abnahm.

Im Allgemeinen stehen die Veränderungen beim Wanderungssaldo der Ärztinnen und Ärzte hauptsächlich im Zusammenhang mit den zunehmenden Einwanderungen, denn die Auswanderungen entwickelten sich wesentlich stabiler (mit Ausnahme von 2008). Im Jahr 2015 ist das Maximum an Auswanderungen (1419) von Ärztinnen und Ärzten über den beobachteten Zeitraum zu verzeichnen.

Für internationale Vergleiche sind nur die Daten zum Bestand von im Ausland geborenen Ärztinnen und Ärzten der Jahre 2010/11 verfügbar. Mit einem Anteil von 42% gehört die Schweiz zu den OECD-Ländern mit dem höchsten Anteil im Ausland geborener Ärztinnen und Ärzte (OECD, 2015). Höhere Werte weisen lediglich Neuseeland, Australien und Israel auf.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Der Wanderungssaldo entspricht der Differenz zwischen Einwanderung und Auswanderung. In der Schweiz wird der Wanderungssaldo der ausländischen Ärztinnen und Ärzte mit Daten aus dem Migrationsregister des SEM berechnet (ZEMIS = Zentrales Migrationsinformationssystem). Die präsentierten Daten beinhalten die Aufenthaltsbewilligungen, die Kurzaufenthaltsbewilligungen und die Grenzgängerbewilligungen.

Links

[Zum Indikator auf der Obsan-Webseite: Ausländisches Gesundheitspersonal](#) (letzter Zugriff, 14.11.2016)

Referenzen

- Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). L'immigration du personnel de santé vers la Suisse (Obsan Rapport 39). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_rapport_39.pdf (letzter Zugriff, 17.11.2016)
- OECD (2015). Perspectives des migrations internationales 2015. OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2013_migr_outlook-2013-en (letzter Zugriff, 17.11.2016)

49 Wanderungssaldo Pflegefachpersonal

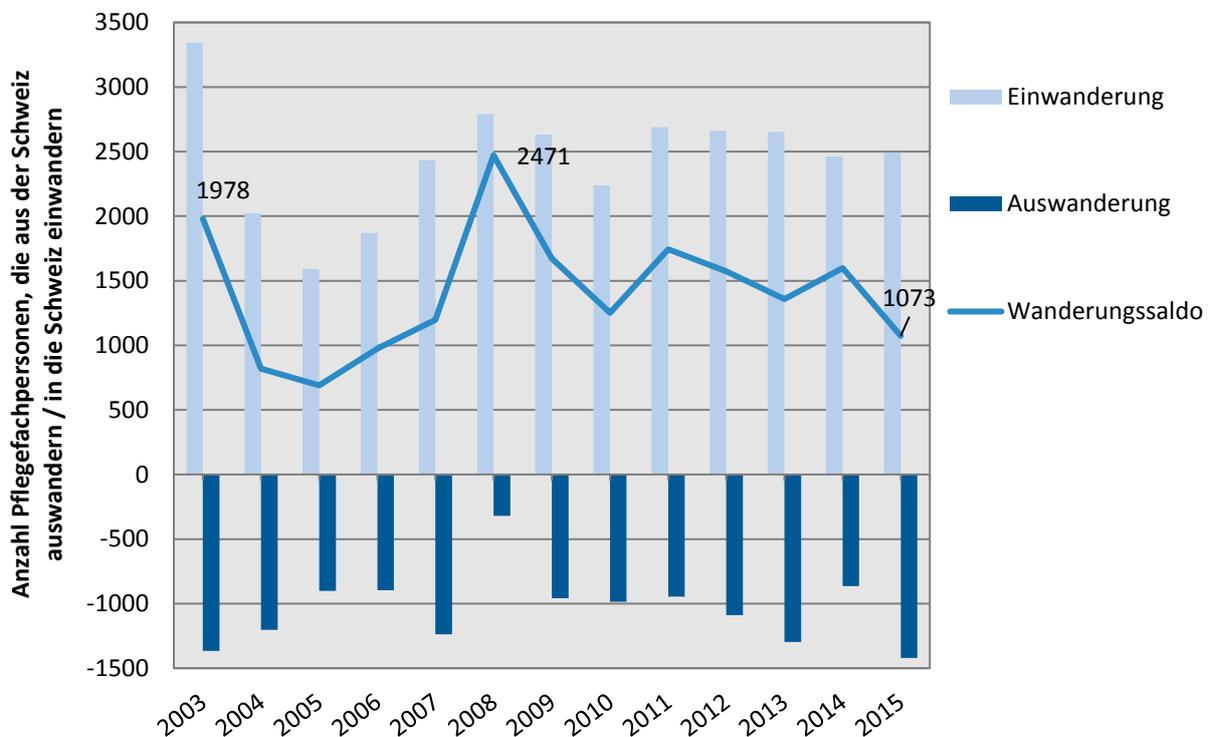
Auszug aus dem Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»:

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

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst für jedes Jahr die Anzahl eingewanderte minus Anzahl ausgewanderte Pflegefachpersonen in einem Jahr. Ein positiver Wanderungssaldo wird als Hinweis auf eine ungenügende inländische Ausbildungstätigkeit verstanden.

Quantifizierbares Ziel: Abnahme des Wanderungssaldos des Pflegepersonals.

Abb. 49 Einwanderung, Auswanderung und Wanderungssaldo von Pflegefachpersonal, Schweiz, 2003–2015



Quelle: SEM, ZEMIS, 2003-2015 / Auswertung Obsan

© Obsan 2017

Ein positiver Wanderungssaldo besteht beim Pflegefachpersonal für sämtliche Jahre zwischen 2003 und 2015. Dabei waren zwei Spitzenwerte zu beobachten: der erste im Jahr 2003 (Saldo von 1978 Personen), nach dem Inkrafttreten des Abkommens über den freien Personenverkehr, der zweite im Jahr 2008 (2471), als die Kontingente für Personen aus der EU17/EFTA aufgehoben wurden.

Seit 2009 bewegt sich der Wanderungssaldo zwischen einem Minimum von 1073 Personen (2015) und einem Maximum von 1743 Personen (2011). Dieser Saldo ergibt sich aus einer jährlichen Einwanderung von durchschnittlich rund 2550 ausländischen Pflegefachpersonen und einer Auswanderung von durchschnittlichen rund 1080 Pflegefachpersonen pro Jahr. Wie bei den Ärztinnen und Ärzten ist im Jahr 2015 das Maximum an Auswanderungen (1419) über den beobachteten Zeitraum zu verzeichnen.

Für internationale Vergleiche sind nur die Daten zum Bestand von im Ausland geborenen Pflegefachpersonen um 2010/11 verfügbar, nicht aber zu den im Ausland ausgebildeten Personen. Mit einem Anteil von 33% gehört die Schweiz zu den OECD-Ländern mit dem höchsten Anteil von im Ausland geborenen Pflegefachpersonen (OECD, 2015). Neuseeland ist das einzige Land mit einem noch höheren Wert.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Der Wanderungssaldo entspricht der Differenz zwischen Einwanderung und Auswanderung. In der Schweiz wird der Wanderungssaldo des ausländischen Pflegefachpersonals mit Daten aus dem Migrationsregister des SEM berechnet (ZEMIS = Zentrales Migrationsinformationssystem). Gemäss OECD-Definition wurden nur Pflegefachpersonen mit Tertiärabschluss berücksichtigt. Die präsentierten Daten beinhalten die Aufenthaltsbewilligungen, die Kurzaufenthaltsbewilligungen und die Grenzgängerbewilligungen.

Link

[Zum Indikator auf der Obsan Webseite: ausländisches Gesundheitspersonal](#) (letzter Zugriff, 14.11.2016)

Referenzen

- Jaccard Ruedin, H. & Widmer, M. (2010). L'immigration du personnel de santé vers la Suisse (Obsan Rapport 39). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_rapport_39.pdf (letzter Zugriff, 17.11.2016)
- OECD (2016). International Migration Outlook 2015. OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2013_migr_outlook-2013-en (letzter Zugriff, 17.11.2016)

50 Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger in ländlichen vs. städtischen Regionen

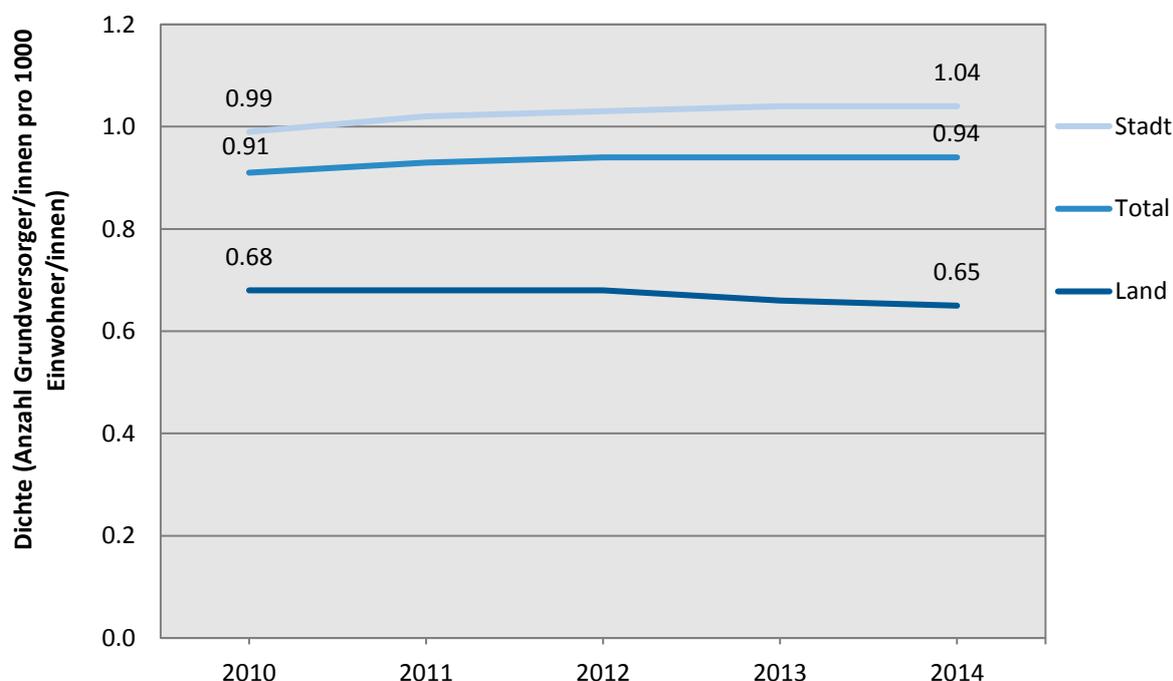
Auszug aus dem Ziel 3.3 «Mehr und gut qualifiziertes Gesundheitspersonal»:

Die medizinische Grundversorgung (namentlich die Hausarztmedizin) und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen sollen durch die Anpassung der Aus- und Weiterbildungen, die Stärkung der Forschung und die Schaffung günstiger Voraussetzungen für die Berufsausübung gefördert werden.

Bedeutung des Indikators: Aktuell besteht in gewissen ländlichen Gegenden eine Tendenz zur Unterversorgung durch Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung. Der Indikator kann im Zeitverlauf darauf hinweisen, ob sich dieser Mangel ausgleicht oder verstärkt.

Quantifizierbares Ziel: Zunahme der Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger (Anzahl Ärztinnen und Ärzte pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner) in ländlichen Gegenden (mindestens bis 2020; für die Zukunft müsste ggf. eine Obergrenze bestimmt werden).

Abb. 50 Dichte der Grundversorger/innen nach Urbanisierungsgrad, Schweiz, 2010–2014



Quellen: FMH – Ärztestatistik 2010–2014 und BFS – STATPOP 2010–2014 / Auswertung Obsan © Obsan 2016

2014 kommen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Schweiz 0,94 Grundversorgerinnen und Grundversorger (Abb. 51). Die Grundversorgerdichte (Total) hat in den letzten fünf Jahren sehr leicht zugenommen, ebenso die Dichte in den städtischen Regionen. In den ländlichen Regionen beobachtet man jedoch eine leichte Abnahme, von 0,68 Grundversorgerinnen und Grundversorger pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2010 auf 0,65 im Jahr 2014.

Im Jahr 2014 waren 7731 (44%) der insgesamt 17'534 Ärztinnen und Ärzte in Praxen in der Grundversorgung tätig. Die Zahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger ist in den letzten Jahren stetig gestiegen: 2011 betrug sie noch 6904.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Die gezeigten Resultate beziehen sich auf alle frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung pro 1000 Einwohner/innen.

Definition Grundversorgung: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Allgemeine Innere Medizin, praktische Ärztin/praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin

Definition Stadt/Land: basierend auf der räumlichen Typologie „Städtische/Ländliche Gebiete 2000“ der Raumgliederung des BFS (BFS, 2016). Die Kategorien wurden wie folgt zusammengefasst:

- Stadt: Kernstadt einer Agglomeration, Andere Agglomerationsgemeinde, Isolierte Stadt
- Land: Ländliche Gemeinde

Links

[Zum Indikator auf der Obsan-Webseite zu Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

[Zur Ärztestatistik der FMH](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

[Zum BFS: Raumgliederung der Schweiz 2016](#) (letzter Zugriff, 07.02.2017)

Referenzen

- Burla, L. & Widmer, M. (2012). *Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz – Bestand und Entwicklungen bis 2011* (Obsan Bulletin 3/2012). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hostettler, S. & Kraft, E. (2015). Frauen- und Ausländeranteil nehmen kontinuierlich zu. FMH-Ärztestatistik 2014. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(13): 462–469.
- Roth, S. & Sturny, I. (2015). *Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte – Entwicklung des Ärztebestands* (Obsan Bulletin 4/2015). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

51 Prämien in Bezug auf Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

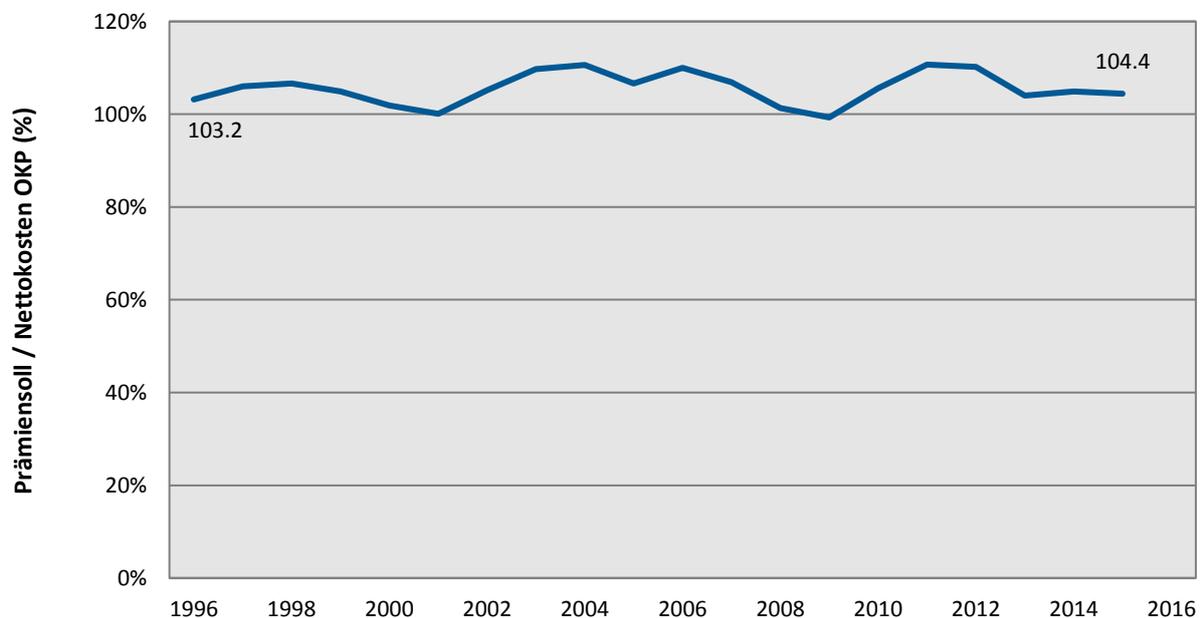
Auszug aus dem Ziel 4.1 «Das System vereinfachen und Transparenz schaffen»:

- *Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer*, damit die Versicherten besser geschützt sind, Insolvenzen der Versicherer verhindert werden können und die Prämien den Kosten entsprechen.

Bedeutung des Indikators: Der Indikator misst, wie adäquat die Prämien prospektiv festgesetzt wurden.

Quantifizierbares Ziel: Das Verhältnis von Prämien Soll und Nettokosten pro versicherte Person konvergiert gegen 100%.

Abb. 51 Prämien Soll in Bezug auf die Nettokosten pro versicherte Person in der OKP, Schweiz, 1996–2015



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 / Auswertung BAG

© BAG 2017

Das Verhältnis zwischen Prämien Soll und Nettokosten betrug im Zeitraum 1996–2015 durchschnittlich 105,6%. Dies bedeutet, dass das Prämien Soll im Durchschnitt die Nettokosten deckt und somit die Leistungen der Krankenversicherer vollumfänglich durch die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gedeckt werden.

Das Verhältnis zwischen Prämien und Nettokosten ist jedoch schwierig vorherzusehen. Zwar werden die Prämien aufgrund von Prognosen zu den erwarteten Kosten festgelegt, dies geschieht aber im Voraus, d.h. bevor die effektiv bezogenen Leistungen bekannt sind, deren Finanzierung berechnet werden soll. Die tatsächlich anfallenden Kosten lassen sich nur teilweise und schwierig bestimmen.

Ein internationaler Vergleich der Zahlen dieses Indikators ist nicht verfügbar.

Weiterführende Informationen

Definitionen

Prämien im Verhältnis zu Kosten: Das Verhältnis zwischen Prämien und Nettokosten in der OKP entspricht dem Quotienten aus Prämien Soll pro versicherte Person und Nettoleistungen pro versicherte Person in der Schweiz.

$$\begin{aligned} & \textit{Prämien Soll im Verhältnis zu den Nettokosten in der OKP} \\ & = \frac{\textit{Prämien Soll pro versicherte Person}}{\textit{Nettoleistungen pro versicherte Person}} \end{aligned}$$

Nettoleistungen pro versicherte Person: Als Nettokosten gelten hier die Nettoleistungen, d.h. die Leistungen der Versicherer in der OKP. Nicht berücksichtigt wird bei diesem Wert die Kostenbeteiligung der Versicherten.

Als Bruttoleistungen gelten die Kosten der Leistungen einschliesslich Kostenbeteiligung der Versicherten.

Kostenbeteiligung der Versicherten: Die Kostenbeteiligung der Versicherten entspricht dem Betrag, mit dem sich die Versicherten an den Kosten für die Leistungen beteiligen. Die Beteiligung setzt sich zusammen aus einer Franchise, einem Selbstbehalt und der Beteiligung an Spitalaufenthalten.

$$\begin{aligned} & \textit{Kostenbeteiligung der Versicherten} \\ & = \textit{Franchise} + \textit{Selbstbehalt} + \textit{Beteiligung an Spitalaufenthalten} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \textit{Nettoleistungen pro versicherte Person} \\ & = \textit{Bruttoleistungen pro versicherte Person} \\ & - \textit{Kostenbeteiligung der Versicherten} \end{aligned}$$

Links

[Zum BAG: Statistiken](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017)

[Zur Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017) → Tabelle T 3.01 (Prämien Soll in CHF pro versicherte Person nach Kanton seit 2001); T 2.03 (Nettoleistungen in CHF pro versicherte Person nach Kanton seit 2001)

52 Anteil aller Versicherten die bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind

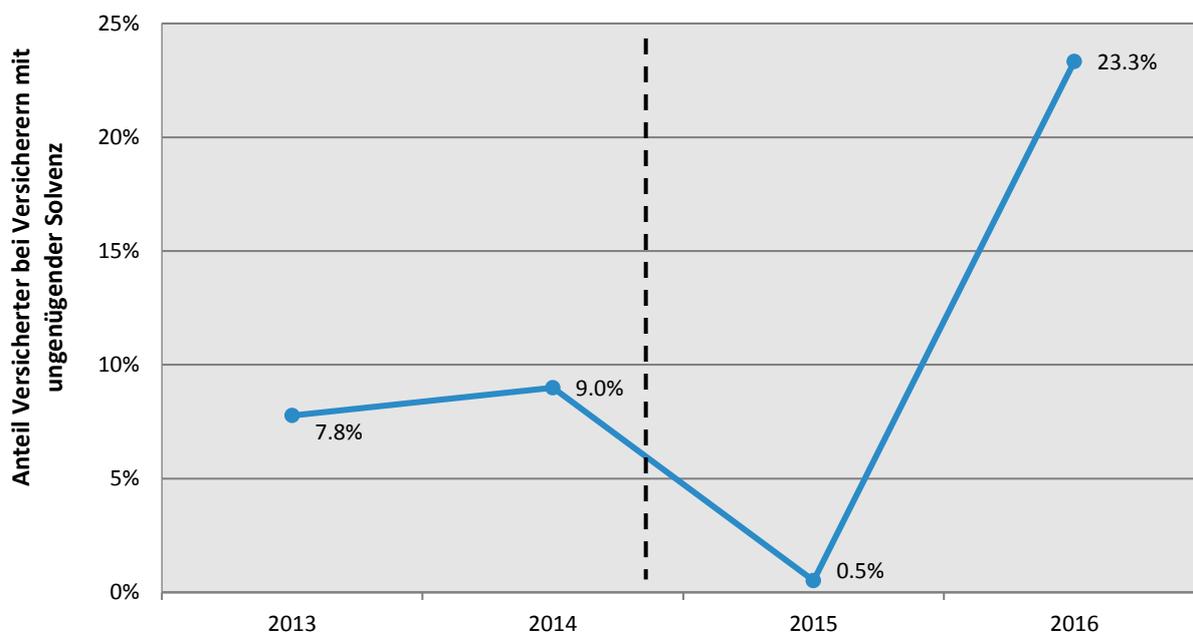
Auszug aus dem Ziel 4.1 «Das System vereinfachen und Transparenz schaffen»:

- *Verbesserung der Aufsicht über die Krankenversicherer*, damit die Versicherten besser geschützt sind, Insolvenzen der Versicherer verhindert werden können und die Prämien den Kosten entsprechen.

Bedeutung des Indikators: Die Aufsicht über die Krankenversicherer der obligatorischen Krankenversicherung hat unter anderem zu gewährleisten, dass die Versicherer solvent sind und die Versicherten vor Missbräuchen geschützt sind. Dieser Indikator misst, wie gross der Anteil Personen an der Bevölkerung (bzw. allen Versicherten der Schweiz) ist, der im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung bei einem Krankenversicherer mit ungenügender Solvenz versichert ist.

Quantifizierbares Ziel: Keine Person ist bei einer Krankenversicherung versichert, welche eine ungenügende Solvenz aufweist (Anteil konvergiert gegen 0).

Abb. 52 Anteil Versicherte, welche bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind, Schweiz, 2013–2016



Quelle: BAG – Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015 / Auswertung BAG

© BAG 2017

Die Daten der Versicherer zur Solvenz sind erst ab 2012 verfügbar, d.h. für den Solvenzttest 2013. Weil die Reserveschwankungen mit der Zeit zunahmen, war es notwendig, einen neuen KVG-Solvenzttest zu entwickeln. Dieser Test berücksichtigt neben versicherungstechnischen Risiken auch die Markt- und Kreditrisiken. Mit den Rückstellungen decken die Versicherer somit unvorhersehbare Risiken ab.

2013 und 2014 gab es 66 Krankenversicherer, 2015 waren es 65 und 2016 waren es 63. 2013 wiesen sieben Versicherer (10,6%) eine ungenügende Solvenzquote auf, 2014 galt dies für acht (12,1%), 2015 waren es drei Versicherer (4,6%) und vierzehn (22,2%) im Jahr 2016 (Ergebnisse nicht abgebildet). Abbildung 52 zeigt den Anteil Versicherter, die insgesamt bei Versicherern mit ungenügender Solvenzquote versichert sind, gemessen an allen Versicherten im betrachteten Jahr: 7,8% im Jahr 2013, 9,0% im Jahr 2014, 0,5% im Jahr 2015 und 23,3% im Jahr 2016.

Der im Jahr 2016 beobachtete deutliche Anstieg der Anteil aller Versicherten, welche bei einem Versicherer mit ungenügender Solvenz versichert sind, ist auf mehrere Ursachen zurückzuführen. Der wichtigste Hauptgrund ist eine Unterschätzung der Kostenentwicklung bei den Leistungen, gefolgt vom Gewinnausfall aufgrund des niedrigen Kapitalertrages der Versicherer im Jahr 2015.

Ein internationaler Vergleich der Zahlen dieses Indikators ist nicht verfügbar.

Weiterführende Informationen

Definitionen

KVG-Solvenztest¹⁰: Mit dem KVG-Solvenztest wird eine Solvenzquote bestimmt. Diese ergibt sich aus der Mindesthöhe der Reserven, die per 01.01. des Folgejahres der analysierten Daten erforderlich sind, und den vorhandenen Reserven, die beim Versicherer zu diesem Zeitpunkt verfügbar sind. Die per 01.01 des Folgejahres der analysierten Daten verfügbaren Reserven beinhalten auch die Reserven für die freiwillige Taggeldversicherung.

Solvvenzquote

$$\text{Solvvenzquote [\%]} = \frac{\text{Verfügbare Rückstellungen per 01.01.}}{\text{Mindestrückstellungen per 01.01.}} * 100$$

Interpretation:

- Wenn die verfügbaren Reserven gleich hoch sind wie die Mindesthöhe der Reserven, beträgt die Solvenzquote 100%.
- Wenn die verfügbaren Reserven höher sind als die Mindesthöhe der Reserven, liegt die Solvenzquote bei über 100%.
- Wenn die verfügbaren Reserven niedriger sind als die Mindesthöhe der Reserven, liegt die Solvenzquote bei unter 100%.

Als ungenügende Solvenzquote gilt ein Wert von unter 100%. Ein solcher Wert ist ein Hinweis darauf, dass der Versicherer nicht über genügend Reserven verfügt, um den versicherungstechnischen Risiken sowie den Markt- und Kreditrisiken im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit gerecht zu werden.

Versichertenbestand: Aufgrund der Verfügbarkeit von neuen Daten ab 2015, berücksichtigt die Anzahl der Versicherten der Jahre 2013 und 2014 den durchschnittlichen Versichertenbestand und ab 2015 den Versichertenbestand am 1. Januar des betreffenden Jahres.

Links

[Zum BAG: Statistiken](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017)

[Zur Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2015](#) (letzter Zugriff, 25.01.2017) → Tabelle T 5.03 für die Versicherer mit ungenügender Solvenz (Quote < 100%), T 5.05 für den durchschnittlichen Bestand der Versicherer und den Bestand aller Versicherer.

¹⁰ Im KVG-Solvenztest wird die Mindesthöhe der Reserven bestimmt. Seit 2012 wird dazu ein Modell verwendet, das individuell die Risiken der Versicherer berücksichtigt (versicherungstechnische Risiken sowie Markt- und Kreditrisiken nach Art. 48 Bst. a bis c KVV, KVG-Solvenztest nach Art. 78 ff. KVV). Diese neue Berechnungsmethode ersetzt die Bestimmungen, die bis 2011 in Kraft waren. Versicherer, die die Mindesthöhe der Reserven nicht erreichen (Solvvenzquote < 100%) bleiben bis 2016 den früheren Rückstellungsvorschriften unterstellt.