



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

**25. Juni 2008**

**Erläuternder Bericht**  
**zum Bundesgesetz über Prävention und**  
**Gesundheitsförderung**  
**(Präventionsgesetz, Prävg)**

---

## Übersicht

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

*Viele dieser Krankheiten können durch einen gesunden Lebensstil und der Gesundheit zuträgliche Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden. Der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dürfte längerfristig nur dann zu erhalten sein, wenn die Prinzipien von Prävention und Gesundheitsförderung politisch gestärkt und im Gesundheitssystem, in der Gesundheitspolitik und in weiteren Politikbereichen (z.B. Bildungspolitik, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Umweltpolitik) besser verankert werden.*

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

### Ausgangslage

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

*Sowohl eine vom Eidg. Departement des Innern (EDI) im September 2005 eingesetzte Fachkommission wie auch die Experten der Weltgesundheitsorganisation und der OECD kommen in ihren Berichten zum Schluss, dass aufgrund der in der Schweiz aktuell bestehenden Strukturschwäche im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch eine*

---

*Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten, nur durch den Erlass von neuen rechtlichen Grundlagen erreicht werden kann.*

*Der Bundesrat folgte diesen Empfehlungen und erteilte am 28. September 2007 dem EDI den Auftrag, bis im Herbst 2008 einen Vorentwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) zu erarbeiten. Dieses soll folgende Ziele verfolgen: Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen; Schliessen der bundesgesetzlichen Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind; Anpassung der Modalitäten der Verwaltung der Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und Zuschlag auf der KVG-Prämie) an die Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrates.*

### **Kernelemente der Vorlage**

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

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

*Aufgabenteilung Bund – Kantone: Gemäss der bundesstaatlichen Kompetenzaufteilung sind die Kantone für die Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zuständig. Sie sollen gesetzlich verpflichtet werden, die dazu notwendigen Einrichtungen zu schaffen. Der Bund wird nur dort aktiv, wo ein gesamtschweizerisch einheitliches Handeln sinnvoll oder notwendig ist (Nationale Programme, Informationstätigkeit und Kampagnen, internationale Zusammenarbeit). Gleichzeitig will der Bund in Zukunft die Kantone wie auch private Präventions- und Gesundheitsorganisationen auf methodologischer und fachlicher Ebene*

---

besser unterstützen (Unterstützungsmassnahmen, Förderungsmassnahmen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung).

Finanzierung und Verwendung der Präventionsabgaben: Jede Staatsebene (Bund oder Kantone) ist für die Finanzierung derjenigen Aufgaben verantwortlich, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Die beiden Präventionsabgaben, d.h. die Tabakpräventionsabgabe und der Zuschlag auf der KVG-Prämie, sollen neben der Finanzierung von nationalen Programmen weiterhin primär den Kantonen sowie privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zur (Co)-Finanzierung ihrer Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung stehen. Im Weiteren sollen die gesetzlichen Voraussetzungen für Finanzhilfen an nationale Dachorganisationen geschaffen werden.

Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen auf Bundesebene: Neu soll das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut), eine öffentlich-rechtliche Anstalt im Besitz des Bundes, den zentralen Ansprechpartner für die Kantone wie auch für private Präventions- und Gesundheitsorganisationen darstellen. Der zukünftige Aufgabenbereich des Instituts umfasst nicht nur die Erbringung der fachlichen und methodologischen Unterstützungsleistungen, sondern auch die Konzeption und Durchführung von Nationalen Programmen wie auch die Gewährung von Beiträgen aus den Präventionsabgaben.

Als Konsequenz werden sowohl die heute auf Grundlage von Artikel 19 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) tätige privatrechtliche Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wie auch die heute beim Bundesamt für Gesundheit angegliederte Fachstelle zur Verwaltung der Tabakpräventionsabgabe (Tabakpräventionsfonds) in das Institut transferiert. Die Organisation des Instituts sowie die Steuerung und Aufsicht durch den Bund werden im neuen Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung geregelt.<sup>1</sup>

### **Auswirkungen auf den Bundeshaushalt**

Die neuen gesetzlichen Grundlagen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz und Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) führen zu keiner Zusatzbelastung für den Bundeshaushalt. Längerfristig wird der Mittelbedarf für die Durchführung von nationalen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsprogrammen sowie für die Gewährung von Beiträgen an Programme und Massnahmen der Kantone und privater Präventions- und Gesundheitsorganisationen zunehmen. Dieser zusätzliche Mittelbedarf soll durch eine Erhöhung des Zuschlags auf der KVG-Prämie gedeckt werden (heute 2,40 Franken pro Person und Jahr).

<sup>1</sup> Es ist vorgesehen, die beiden Erlasse nach der Vernehmlassung in einem Gesetz zusammenzuführen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Übersicht</b>	<b>2</b>
<b>1 Grundzüge der Vorlage</b>	<b>9</b>
1.1 Ausgangslage	9
1.1.1 Gesundheitspolitische Verankerung	9
1.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz	10
1.1.3 Gesetzgebung	16
1.1.4 Schwächen des heutigen Systems	20
1.1.5 Reformbestrebungen in den 1980er Jahren	21
1.1.6 Vorarbeiten	22
1.1.7 Auftrag des Bundesrates	24
1.1.8 Vorgehen bei der Erarbeitung des Vorentwurfs	25
1.2 Ziele der vorgeschlagenen Regelung	25
1.3 Kernelemente der vorgeschlagenen Regelung	26
1.3.1 Steuerungs- und Koordinationsinstrumente	26
1.3.2 Massnahmen zur Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten	27
1.3.3 Aufgabenteilung Bund – Kantone	28
1.3.4 Finanzierungsgrundsätze	29
1.3.5 Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen auf Bundesebene	30
1.3.6 Weitere Neuerungen	30
1.4 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen	30
1.5 Internationale Entwicklungen und Verhältnis zum europäischen Recht	31
1.5.1 Internationale Entwicklungen	31
1.5.2 Verhältnis zum europäischen Recht	33
1.6 Umsetzung	35
1.7 Erledigung der parlamentarischen Vorstösse	35
<b>2 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln</b>	<b>36</b>
2.1 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen und Grundsätze	36
2.2 2. Abschnitt: Steuerungs- und Koordinationsinstrumente	41
2.3 3. Abschnitt: Aufgaben des Bundes	47
2.4 4. Abschnitt: Aufgaben der Kantone	50
2.5 5. Abschnitt: Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung	51
2.6 6. Abschnitt: Präventionsabgaben	51
2.7 7. Abschnitt: Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen	54
2.8 8. Abschnitt: Gesundheitsstatistik und -berichterstattung	55
2.9 9. Abschnitt: Vollzug	57
2.10 10. Abschnitt: Schlussbestimmungen	59

<b>3 Auswirkungen</b>	<b>61</b>
3.1 Auswirkungen auf den Bund	61
3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden	62
3.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft	63
<b>4 Rechtliche Aspekte</b>	<b>71</b>
4.1 Verfassungsmässigkeit	71
4.2 Erlassform	73
4.3 Vereinbarkeit mit dem Subventionsgesetz	73
4.4 Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen	74

## Verzeichnis der Abkürzungen

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
AlkG	Bundesgesetz vom 21. Juni 1932 über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz)
ArG	Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)
Art.	Artikel
ASTRA	Bundesamt für Strassen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
BBG	Berufsbildungsgesetz
BBl	Bundesblatt
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951 (Betäubungsmittelgesetz)
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BG	Bundesgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandprodukt
Bst.	Buchstabe
BStG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Biersteuer (Biersteuergesetz)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BU	Berufsunfall
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EG	Europäische Gemeinschaft
EKAS	Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EpG	Bundesgesetz vom 18. Dezember 1970 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz)
EU	Europäische Union
FHSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über die Fachhochschulen (Fachhochschulgesetz)
FVS	Fonds für Verkehrssicherheit
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
HMG	Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung
KV	Krankenversicherung

KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung
LMG	Lebensmittelgesetz vom 9. Oktober 1992
MedBG	Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006
MFH	Motorfahrzeughaftpflichtversicherung
NBU	Nichtberufsunfall
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organization for Economic Cooperation and Development)
OV-EDI	Organisationsverordnung vom 28. Juni 2000 für das Eidgenössische Departement des Innern
OV-EFD	Organisationsverordnung vom 11. Dezember 2000 für das Eidgenössische Finanzdepartement
OV-EVD	Organisationsverordnung vom 14. Juni 1999 für das Eidgenössische Volkswirtschaftsdepartement
OV-UVEK	Organisationsverordnung für das Eidgenössische Departement für Umwelt, Verkehr, Energie und Kommunikation
PrävG	Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz)
RFA	Regulierungsfolgenabschätzung
RTVG	Bundesgesetz vom 24. März 2006 über Radio- und Fernsehen
SR	Systematische Sammlung des Bundesrechts
RVOG	Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetz vom 21. März 1997
STEG	Bundesgesetz vom 19. März 1976 über die Sicherheit von technischen Einrichtungen und Geräten
StGB	Schweizerisches Strafgesetzbuch
SuG	Bundesgesetz vom 5. Oktober 1990 über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionengesetz)
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVG	Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958
TPF	Tabakpräventionsfonds
TStG	Bundesgesetz vom 21. März 1969 über die Tabakbesteuerung (Tabaksteuergesetz)
UFG	Bundesgesetz vom 8. Oktober 1999 über die Förderung der Universitäten und über die Zusammenarbeit im Hochschulbereich (Universitätsförderungsgesetz)
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung
VO	Verordnung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

# Erläuternder Bericht

## 1 Grundzüge der Vorlage

### 1.1 Ausgangslage

#### 1.1.1 Gesundheitspolitische Verankerung

Der gesellschaftliche Wandel im 20. Jahrhundert hat zu einer Veränderung des Krankheitsspektrums und der Todesursachen geführt. Bis ins 19. Jahrhundert waren Infektionen die Hauptursache für Erkrankung und vorzeitigen Tod. Seit sich die sozialen und hygienischen Verhältnisse verändert haben, seitdem Impfstoffe Epidemien verhindern, haben sich die Krankheitsbilder in der Bevölkerung stark verändert. Heute sind Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen neben Unfällen und Suiziden die Hauptgründe für vorzeitig verlorene Lebensjahre. Aufgrund der demografischen Alterung wird die Bedeutung dieser Krankheiten für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz aber auch für die Entwicklung der Kosten des Gesundheitssystems weiter zunehmen.

Seit der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich in der wissenschaftlichen Literatur die Erkenntnis durch, dass die Gesundheit der Menschen sich nicht auf die menschliche Biologie reduzieren lässt, sondern weitere Dimensionen berücksichtigt werden müssen. Die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) von 1948 nahm diese Überlegungen auf und legte das Fundament für die Etablierung eines umfassenden Gesundheitsverständnisses, das sich heute in fast allen Ländern und Organisationen durchgesetzt hat. Gesundheit wird dort als eine Vision definiert, und als «ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens des Menschen» bezeichnet. Revolutionär war diese Begriffsdefinition vor allem deshalb, weil Gesundheit als mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit verstanden wurde.

In der «Ottawa Charta für Gesundheitsförderung»<sup>2</sup> aus dem Jahre 1986 wurde dieser sehr absolute und statische Gesundheitsbegriff von 1948 relativiert. Im Vordergrund steht seither die Befähigung der Menschen, Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und diese zu verbessern. Wichtig ist insbesondere die Erkenntnis, dass Gesundheit nicht allein aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems, biologisch-genetischen Voraussetzungen und dem persönlichen Lebensstil resultiert. Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, eine intakte Umwelt, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen sowie der Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung.

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

<sup>2</sup> Weltgesundheitsorganisation, Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, Genf 1986; einsehbar z.B. unter: [www.radix.ch/orgd/data/data\\_1.pdf](http://www.radix.ch/orgd/data/data_1.pdf).

Der überwiegende Teil der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verlängerung der Lebenserwartung seit dem 19. Jahrhundert lässt sich nicht durch den medizinisch-kurativen Fortschritt allein erklären. Wesentlich dazu beigetragen haben auch wirtschaftliche und soziale Entwicklungen, staatliche Stabilität sowie Umwelt-, Hygiene- und Bildungsfortschritte. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und Lebenserwartung wurde in der Vergangenheit – je nach Modellansatz und methodischem Vorgehen sowie in Abhängigkeit vom Geschlecht – auf 10 bis 40% beziffert. Der verbleibende Anteil erklärt sich primär aus Fortschritten in den Lebensbedingungen und Lebensstilen.

Da viele der oben erwähnten Krankheiten durch einen gesunden Lebensstil und gesundheitsförderliche Lebensbedingungen verhindert oder zumindest hinausgezögert werden können, besteht heute die Notwendigkeit, die Prinzipien von Prävention und Gesundheitsförderung politisch zu stärken und sie im Gesundheitssystem, in der Gesundheitspolitik und in weiteren Politikbereichen (z.B. Bildungspolitik, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Umweltpolitik) besser zu verankern. Der im internationalen Vergleich überdurchschnittlich gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung dürfte längerfristig nur dann zu erhalten sein, wenn diese Prinzipien in der Schweiz unterstützt werden.

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

Mit dem vorliegenden Gesetzesvorentwurf soll eine solide Basis für die zukünftige Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz gelegt werden. Wichtige Elemente der Vorlage sind beispielsweise die Stärkung von Koordination und Steuerung, die Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen sowie die Neugestaltung der Finanzflüsse und der finanziellen Steuerung auf Bundesebene.

## **1.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz**

### **Organisation und Akteure**

In der Schweiz engagieren sich zahlreiche staatliche und nichtstaatliche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene in der Prävention und Gesundheitsförderung. Während der Bund insbesondere in der Suchtprävention (Alkohol, Tabak, Drogen), in der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten, in der Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sowie in der Prävention von Nichtberufsunfällen tätig ist, kommt den Kantonen und den privaten Akteuren in der Prävention

von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten und in der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle zu. Darüber hinaus sind die Kantone für den Vollzug des Epidemien-, des Betäubungsmittel- wie auch des Arbeitsgesetzes zuständig. Auf der Umsetzungsebene hat die föderale Struktur der Schweiz zu einem reichen Erfahrungsschatz in Bezug auf die Konzeption und Umsetzung von konkreten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen geführt, die den unterschiedlichen kantonalen und kommunalen Bedürfnissen Rechnung tragen.

**Tabelle 1: Akteure auf Bundesebene**

<b>Institution</b>	<b>Grundlagen</b>	<b>Rechtsform</b>	<b>Themen</b>
Bundesamt für Gesundheit	OV-EDI, Spezialgesetze	Einheit der Zentralverwaltung	übertragbare Krankheiten, Drogen-, Alkohol- und Tabakprävention, Ernährung und Bewegung, Migration und Gesundheit
Bundesamt für Sport	BG Turnen und Sport	Einheit der Zentralverwaltung	Bewegungsförderung
Bundesamt für Sozialversicherungen	IVG (Art. 74) AHVG (Art. 101 <sup>bis</sup> )	Einheit der Zentralverwaltung	Subventionen an Gesundheitsligen
Bundesamt für Strassen	OV-UVEK, SVG, Art. 2a	Einheit der Zentralverwaltung	Verhütung von Verkehrsunfällen
Bundesamt für Veterinärwesen	OV-EVD, Tierseuchengesetz	Einheit der Zentralverwaltung	Überwachung und Bekämpfung von Zoonosen
Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit	OV-EDA, BG über die internat. Entwicklungszusammenarbeit	Einheit der Zentralverwaltung	Prävention und Gesundheitsförderung in der internationalen Zusammenarbeit und humanitären Hilfe
Eidg. Alkoholverwaltung	OV-EFD, AlkG, Art. 43a	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Alkoholprävention
Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	UVG, Art. 85	Ausserparlamentarische Verwaltungskommission	Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)
Fonds für Verkehrssicherheit	Unfallverhütungsbeitragsgesetz	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Verhütung von Verkehrsunfällen
Krankenkassen	KVG, Art. 19 und 26	Verein, Stiftung, AG, Genossenschaft oder öffentliche Kasse	Träger der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, Finanzierung von Leistungen der medizinischen Prävention
Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung	UVG, Art. 88	Privatrechtliche Stiftung	Verhütung von Haushalts-, Freizeit- und Verkehrsunfällen
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt	UVG, Art. 61	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Arbeitssicherheit, betriebliche Gesundheitsförderung, Verhütung von Freizeitunfällen
Staatssekretariat für Wirtschaft	OV-EVD ArG, STEG	Einheit der Zentralverwaltung	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, betriebliche Gesundheitsförderung
Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	KVG, Art. 19	Privatrechtliche Stiftung	Ernährung und Bewegung, psychische Gesundheit, betriebl. Gesundheitsförderung
Tabakpräventionsfonds	TStG, Art. 28, VO über den Tabakpräventionsfonds	Spezialrechtlicher Fonds (Verwaltung: Fachstelle des BAG)	Tabakprävention

In der Tabelle 1 sind diejenigen Akteure dargestellt, die auf der Grundlage von bundesgesetzlichen Regelungen Massnahmen zur Krankheits- oder Unfallprävention

sowie zur Gesundheitsförderung konzipieren und umsetzen.<sup>3</sup>

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

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

### **Ausgaben und Finanzquellen**

Im Jahr 2005 wurden in der Schweiz 51,73 Milliarden Franken in das Gesundheitssystem investiert. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) erreichte damit 11,5%. Der weitaus grösste Teil der Gelder (48 Mia. Fr. oder 93%) floss in die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Die statistisch erfassten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung betragen 2005 1,13 Milliarden Franken. Dies entspricht 2,1% der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Damit liegt die Schweiz unter dem Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) von 2,7%. Über dem OECD-Durchschnitt liegen die Niederlande (5,5%), Ungarn (5,0%), Deutschland (4,8%), USA (3,9%), Finnland (3,8%), Polen (3,4%), Mexiko (3,3%), Australien (3,1%) und die Tschechische Republik (2,9%).<sup>4</sup>

Während die Investitionen in das schweizerische Gesundheitssystem zwischen 1996 und 2005 um 38,6% oder um 14,63 Milliarden Franken gestiegen sind, erhöhten sich die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im gleichen Zeitraum um 13%, das heisst um 130 Millionen Franken. Der prozentuale Anteil der Aufwendun-

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

<sup>4</sup> Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, Seite 28 – einsehbar unter [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

gen für Prävention und Gesundheitsförderung an den Gesamtausgaben sank damit von 2,6% im Jahr 1996 auf 2,1% im Jahr 2005.

Diese Angaben basieren auf der Finanzstatistik der öffentlichen Haushalte der Eidg. Finanzverwaltung, welche in Bezug auf die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aus folgenden Gründen allerdings nur begrenzt aussagekräftig ist:

- Es gibt weder auf Kantons- noch auf Bundesebene eine einheitliche Definition, welche öffentlichen Ausgaben unter der Rubrik «Prävention und Gesundheitsförderung» zu erfassen sind. Dies kann zu einer Verzerrung der statistischen Daten führen.
- Die Verwaltungen und die Finanzrechnungen des Bundes, der 26 Kantone und der rund 2700 Städte und Gemeinden sind unterschiedlich organisiert und strukturiert. Das heisst für den Bereich Gesundheit, dass nicht nur verschiedene kantonale Ämter und Bundesämter Massnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung ergreifen, sondern die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auch unter verschiedenen Rubriken verbucht werden. Diese Tatsache erschwert zurzeit den Datenvergleich zwischen den Kantonen sowie die gesamtschweizerische Datenanalyse.
- Die Ausgaben des Bundes umfassen nur die mit Steuermitteln finanzierten Aufwendungen. Im ausgewiesenen Betrag nicht enthalten sind somit die Ausgaben für die medizinische Prävention, welche auf der Grundlage von Artikel 26 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994<sup>5</sup> über die Krankenversicherung (KVG) durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung getragen werden, die Beiträge der Eidg. Alkoholverwaltung (EAV) an nationale Organisationen der Alkoholprävention sowie die Ausgaben des FVS, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und des Tabakpräventionsfonds (TPF). Die Ausgaben der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz werden jedoch unter den Sozialversicherungen ausgewiesen (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung nach Direktzahlenden<sup>6</sup>**

Direktzahler	2004 Mio. SFr.	2005 Mio. SFr.	2004 %-Anteil	2005 %-Anteil
Bund	62,4	54,2	5,5	4,8
Kantone <sup>1)</sup>	252,3	244,9	22,4	21,6
Gemeinden <sup>1)</sup>	124,2	129,0	11,0	11,4
Sozialversicherungen	282,1	291,8	25,1	25,7
davon - KVG <sup>2)</sup>	14,3	15,9	1,3	1,4
- UVG <sup>3)</sup>	117,9	120,3	10,5	10,6
- AHV/IV <sup>4)</sup>	149,8	155,6	13,3	13,7
Private Haushalte <sup>1)</sup>	179,1	182,4	15,9	16,1
Andere private Finanzierung <sup>1)</sup>	222,6	231,2	19,8	20,4
<b>Total <sup>5)</sup></b>	<b>1'122,8</b>	<b>1'133,5</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

<sup>1)</sup> Genauer Verwendungszweck unbekannt.

<sup>2)</sup> Ausgaben der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz; nicht ausgewiesen sind die Leistungen für medizinische Prävention.

<sup>3)</sup> Ausgaben der Durchführungsorgane der Arbeitssicherheit und der Organe der Verhütung von Nichtberufsunfällen;

<sup>4)</sup> AHV- und IV-Versicherungsbeiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe, die Beiträge der AHV an die Altersorganisationen sind in diesem Betrag nicht enthalten.

<sup>5)</sup> Ohne Leistungen der EAV, des Fonds für Verkehrssicherheit und des TPF.

<sup>5</sup> SR 832.10

<sup>6</sup> Bundesamt für Statistik: Statistik der Kosten und der Finanzierung des Gesundheitswesens 2004 und 2005.

**Tabelle 3: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene im Jahre 2005<sup>7</sup>**

Finanzquelle	Institution und Verwendungszweck der Mittel	Ausgaben 2005
Allg. Bundesmittel	<b>Bundesamt für Gesundheit</b> Präventionskredit Beiträge an Lungenliga Schweiz Beiträge an Rheumaliga Schweiz Beiträge an Schweiz. Gesellschaft für Ernährung	<b>31,65 Mio.</b> 29,85 Mio. 0,60 Mio. 0,90 Mio. 0,30 Mio.
	<b>Bundesamt für Sport</b>	<b>1,40 Mio.</b>
	<b>Bundesamt für Strassen</b>	nicht bezifferbar <sup>1)</sup>
	<b>Bundesamt für Veterinärwesen</b>	nicht bezifferbar <sup>2)</sup>
	<b>Staatssekretariat für Wirtschaft</b>	<b>0,55 Mio.</b>
Alkoholsteuer	<b>Eidg. Alkoholverwaltung</b> (ohne Alkoholzehntel)	<b>1,87 Mio.</b>
Tabakpräventionsabgabe	<b>Tabakpräventionsfonds</b>	<b>14,96 Mio.</b>
Zuschlag auf der Berufsunfall (BU)-Prämie	<b>Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit</b> Ausgaben für eigene Aktivitäten Aufwendungen der SUVA (Arbeitssicherheit) Aufwendungen der Fachorganisationen und der kantonalen Arbeitsinspektorate Aufwendungen des SECO (Eidg. Arbeitsinspektorat)	<b>101,61 Mio.</b> 1,00 Mio. 86,41 Mio. 13,50 Mio. 0,70 Mio.
	<b>Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung</b>	<b>24,87 Mio.</b>
	<b>Schweizerische Unfallversicherungsanstalt</b> (Freizeitsicherheit, inkl. Personalausgaben)	<b>6,60 Mio.</b>
	<b>Fonds für Verkehrssicherheit</b>	<b>17,72 Mio.</b>
MFH-Prämienzuschlag	<b>Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz</b>	<b>18,73 Mio.</b>
KVG-Prämienzuschlag	<b>Bundesamt für Sozialversicherungen</b> Beiträge an Aids-Hilfe Schweiz Beiträge an Krebsliga Schweiz Beiträge an Lungenliga Schweiz Beiträge an Rheumaliga Schweiz Beiträge an Schweiz. Diabetes-Gesellschaft Beiträge an Gesellschaft für cystische Fibrose Beiträge an Schweiz. Stiftung Pro Mente Sana	<b>14,52 Mio.</b> 0,33 Mio. 2,99 Mio. 6,39 Mio. 2,43 Mio. 0,74 Mio. 0,27 Mio. 1,37 Mio.
KVG-Prämien	<b>Krankenkassen; santésuisse</b> (Medizinische Prävention)	Nicht bezifferbar <sup>4)</sup>
<b>Total</b>		<b>234,48 Mio.</b>

<sup>1)</sup> Die Aufwendungen des Bundesamts für Strassen (ASTRA) für die Unfallprävention lassen sich nicht im Einzelnen beziffern, da sich seine Fachabteilungen für eine möglichst sichere Mobilität auf den Strassen – und damit auch für die Unfallprävention – einsetzen.

<sup>2)</sup> Die Aufwendungen des Bundesamtes für Veterinärwesen (BVET) für die Zoonosenprävention lassen sich nicht genau beziffern, da sie sich von den generellen Aufwendungen des BVET für die Bekämpfung und Vorbeugung von Tierkrankheiten nicht vollständig abgrenzen lassen.

<sup>3)</sup> Gestützt auf Art. 101<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946<sup>8</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) werden zudem jährliche Beiträge an die Schweiz. Alzheimervereinigung, an Parkinson Schweiz wie auch an das Schweizerische Rote Kreuz entrichtet. Diese Beiträge sind jedoch nicht explizit für präventive oder gesundheitsfördernde Massnahmen bestimmt und werden daher in vorliegender Tabelle nicht angeführt, auch wenn die unterstützten Aktivitäten teilweise auch präventive oder gesundheitsfördernde Aspekte aufweisen.

<sup>4)</sup> Die Kosten für die präventivmedizinischen Pflichtleistungen gemäss KVG werden in den statistischen Erhebungen der Versicherer nicht gesondert erfasst.

<sup>7</sup> Quelle: Jahresberichte 2005 und Angaben der Akteure.  
<sup>8</sup> SR 831.10

Die Gesamtausgaben der oben in Tabelle 1 aufgeführten Akteure beliefen sich im Jahr 2005 auf rund 234 Millionen Franken (vgl. Tabelle 3 auf der vorangegangenen Seite).

Das oben erwähnte Fehlen einer einheitlichen Definition von Prävention und Gesundheitsförderung sowie unterschiedlich strukturierte Staatsrechnungen lassen keine präzisen Vergleiche der Ausgaben der einzelnen Kantone für Prävention und Gesundheitsförderung zu. Gemäss den verfügbaren Zahlen entsprach der Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 2004 durchschnittlich 3,6% der gesamten Ausgaben eines Kantons für die Gesundheitsversorgung. Insgesamt investierten die Kantone im Jahre 2004 252,3 Millionen Franken in Prävention und Gesundheitsförderung. Die Mittel werden unter anderem für die Schulgesundheit, für Projekte und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung (insbesondere Sucht) und für Beiträge an die kantonalen Gesundheitsligen verwendet.

### **Wirksamkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen**

Bundesstellen sind gehalten sicherzustellen, dass ihre Politiken, Strategien oder Massnahmen zweckmässig, wirksam und wirtschaftlich sind. Um die Bedeutung dieses Prinzips zu unterstreichen, wurde die Wirksamkeitsüberprüfung 1999 anlässlich der Totalrevision in der Bundesverfassung (BV) verankert (Art. 170 BV).

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

- die Ausarbeitung eines umfassenden Massnahmenpakets, welches sich sowohl an die Gesamtbevölkerung, an spezifische Zielgruppen als auch an Einzelpersonen richtet;<sup>9</sup>
- die Einbettung von massenmedialen Kampagnen in Präventionsprogramme, Aktionspläne oder gesundheitspolitische Strategien;
- die Berücksichtigung und der Einbezug verschiedener Settings (z.B. Schule, Arbeitsplatz etc.) und Partner;
- die Verwendung unterschiedlicher Strategien und Botschaften für die verschiedenen Zielgruppen (allg. Bevölkerung, spezifische Zielgruppen, Einzelpersonen);
- die Lancierung von Interventionen, die auf die Veränderung gesellschaftlicher Normen abzielen (z.B. «Nichtrauchen als neue gesellschaftliche Selbstverständlichkeit»), um so das individuelle Befolgen von präventivem Verhalten oder gesundheitsförderlichem Lebensstil zu fördern;
- die Einführung von spezifischen gesetzlichen Massnahmen und Steuerungsinstrumenten wie z.B. Erhebung von Lenkungssteuern, marktregulierende Massnahmen wie Abgabebeschränkungen oder Gebühren aber auch positive Anreize wie Subventionen oder Projektbeiträge.

<sup>9</sup> Die Wirkung kann weiter erhöht werden, wenn die Aktivitäten gleichzeitig auf nationaler, lokaler und individueller Ebene erfolgen und mit längerfristigen Massnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung kombiniert werden.

## 1.1.3 Gesetzgebung

### Allgemein

Die Gesetzgebung zu Prävention und Gesundheitsförderung ist uneinheitlich und unübersichtlich und weist wesentliche Lücken auf. Die auf Bundesebene und auf kantonaler Ebene geltenden Rechtsvorschriften zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung betreffen nur Teilbereiche und sind relativ unbestimmt oder sehr offen formuliert. Auf Bundesebene orientiert sich die Strukturierung der Verfassungs- und Gesetzesnormen zudem an anderen Themen (z.B. Produktkategorien, Versicherungswerke) als die auf Krankheiten oder Risikofaktoren ausgerichtete Prävention und Gesundheitsförderung. Andererseits besteht in der Arbeitssicherheit gemäss UVG sowie im Bereich des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz eine hohe gesetzliche Regeldichte.<sup>10</sup>

### Produktgesetzgebung

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

Zu erwähnen ist etwa das Lebensmittelgesetz vom 9. Oktober 1992<sup>11</sup> (LMG). Artikel 12 LMG gibt dem Bund die Kompetenz, die Öffentlichkeit über ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse von allgemeinem Interesse, welche namentlich für die Gesundheitsvorsorge und den Gesundheitsschutz von Bedeutung sind, zu informieren (Abs. 1). Zudem kann er die Öffentlichkeitsarbeit und die entsprechende Forschung anderer Institutionen unterstützen (Abs. 2). Der Bund hat von dieser Kompetenz wiederholt Gebrauch gemacht.

Das Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000<sup>12</sup> über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) soll zum Schutz der Gesundheit von Mensch und Tier gewährleisten, dass nur qualitativ hoch stehende, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht werden (Art. 1 Abs. 1 HMG). Nach Artikel 67 HMG muss Swissmedic, das schweizerische Heilmittelinstitut, dafür sorgen, dass die Öffentlichkeit über besondere Ereignisse im Zusammenhang mit Heilmitteln, welche die Gesundheit gefährden, informiert wird und Verhaltensempfehlungen erhält. Swissmedic kann aber auch Informationen von allgemeinem Interesse aus dem Bereich Heilmittel, wie insbesondere über Zulassungs- und Widerrufentscheide sowie Änderungen von Fach- und Patienteninformationen über Arzneimittel, veröffentlichen. Zudem können die zuständigen Bundesstellen zum Schutz der Gesundheit und zur Bekämpfung des Heilmittelmissbrauchs über die sachgerechte Verwendung von Heilmitteln informieren. Diese Informationstätigkeiten erfolgen im Rahmen der Zweckbestim-

<sup>10</sup> Zu den Einzelheiten vgl. Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, Seiten 15 ff. und Anhang 1, Seiten 5 – 7 – einsehbar unter [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>11</sup> SR 817

<sup>12</sup> SR 812.21

mung des HMG, d.h. sie haben die Sicherstellung des Gesundheitsschutzes bei der Verwendung von Heilmitteln zum Ziel. Informationstätigkeiten zu Heilmitteln im Hinblick auf die Prävention und Früherkennung von Krankheiten bzw. die Gesundheitsförderung werden von dieser Bestimmung nicht erfasst.

Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe vom 3. Oktober 1951<sup>13</sup> (BetmG), bei welchem es sich ursprünglich um ein reines Stoffkontrollgesetz handelte, enthält seit der Revision von 1975 sozialmedizinische und fürsorgerische Massnahmen (Art. 15 - 15c BetmG). Den Kantonen wurde die Aufgabe übertragen, zur Verhütung des Betäubungsmittelmissbrauchs Einrichtungen für Aufklärung und Beratung zu schaffen, für die Betreuung von Personen zu sorgen, die ärztlicher Behandlung oder fürsorgerischer Massnahmen bedürfen, sowie deren berufliche und soziale Wiedereingliederung zu fördern. Vom Parlament im März 2008 verabschiedet, jedoch noch nicht in Kraft gesetzt, ist eine Teilrevision des BetmG, welche vorsieht, dass u.a. die Prävention klarer umschrieben wird und dass sie sich nicht nur auf Betäubungsmittel im Sinne des Gesetzes, sondern unabhängig von der Substanz, auf die Verhütung von suchtbedingten Störungen beziehen soll. Nach wie vor sind die Kantone für die Prävention zuständig und müssen für die adäquaten Rahmenbedingungen und Einrichtungen sorgen. Der Bund ist für die nationalen Programme zuständig und unterstützt die Kantone und privaten Organisationen mit Dienstleistungen. Ausgebaut wird auch die Früherfassung von drohenden oder vorliegenden suchtbedingten Störungen, indem die Meldebefugnis von Amtstellen und Fachleuten an die zuständigen Behandlungs- oder Sozialhilfestellen ausgeweitet wird. Weiter wird festgehalten, dass der Bund die Aus- und Weiterbildung und die Forschung fördert, sowie Empfehlungen zur Qualitätssicherung entwickelt.

Im Kontext der Produktegesetzgebungen sind ausserdem Bestimmungen aus anderen Bereichen zu nennen, so etwa das Alkoholgesetz vom 21. Juni 1932<sup>14</sup> (AlkG). Dieses enthält insbesondere Abgabebeschränkungen und Abgabeverbote für Jugendliche (Art. 41 AlkG) oder Werbebeschränkungen bezüglich gebrannter Wasser (Art. 42b AlkG). Werbebeschränkungen für alkoholische Getränke, Tabak und Heilmittel sind auch im Bundesgesetz vom 24. März 2006<sup>15</sup> über Radio- und Fernsehen (RTVG) zu finden (Art. 10 RTVG).

### **Steuergesetzgebung**

Artikel 43a AlkG verpflichtet den Bund dazu, finanzielle Beiträge an gesamtschweizerische und interkantonale Organisationen und Institutionen, die sich der Bekämpfung des Alkoholismus widmen, auszurichten. Nicht im AlkG, sondern in Artikel 131 Absatz 3 BV ist geregelt, dass die Kantone 10 Prozent des Reinertrages aus der Besteuerung der gebrannten Wasser erhalten. Sie müssen diese finanziellen Mittel zur Prävention und Bekämpfung von Suchtproblemen verwenden. Beim neuen Biersteuergesetz (BStG), das seit dem 1. Juli 2007<sup>16</sup> in Kraft ist, wurden bei der Festsetzung der Steuersätze die Bedürfnisse des Jugend- und Gesundheitsschutzes beachtet (Art. 1 Abs. 2).

<sup>13</sup> SR 812.121

<sup>14</sup> SR 680

<sup>15</sup> SR 784.40

<sup>16</sup> SR 641.41

Das Bundesgesetz vom 21. März 1969<sup>17</sup> über die Tabakbesteuerung (TStG) enthält die gesetzliche Grundlage für die Finanzierung des TPF mittels der Erhebung einer Präventionsabgabe auf Zigaretten (Art. 28). Der TPF finanziert Präventionsmassnahmen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und die Bevölkerung vor Passivrauch schützen sollen.

### **Bekämpfung spezifischer Krankheiten**

Der Bund hat die Zuständigkeit zur Krankheitsbekämpfung auf Gesetzesstufe teilweise ausgeschöpft, insbesondere bezüglich der übertragbaren Krankheiten. Die Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Epidemiengesetz vom 18. Dezember 1970<sup>18</sup> (EpG), wie die Informationspflichten zur Verhinderung der Verbreitung dieser Krankheiten (Art. 3 EpG), dienen auch der Prävention. Als Beispiele sei auf die STOP-AIDS-Kampagne und auf die Impfeempfehlungen hingewiesen. Der Vorentwurf über ein totalrevidiertes Epidemiengesetz wurde Ende 2007 in die Vernehmlassung gegeben. Im Übrigen dienen verschiedene der im Tierseuchengesetz vom 1. Juli 1966<sup>19</sup> vorgesehenen Massnahmen zur Bekämpfung von Zoonosen (d.h. Krankheiten, die zwischen Tier und Mensch übertragen werden können) auch der Prävention von übertragbaren Krankheiten beim Menschen.

Ferner enthält das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928<sup>20</sup> betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose eine Rechtsgrundlage für Bundesbeiträge, namentlich zur Verhütung der Tuberkulose.

Im Bereich der nichtübertragbaren Krankheiten hat der Bund bislang einzig im Bereich der rheumatischen Krankheiten legiferiert. Das Bundesgesetz vom 22. Juni 1962<sup>21</sup> über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten gibt dem Bund eine Rechtsgrundlage für Beiträge an gesamtschweizerische Organisationen für Rheumabekämpfung.

In Ausführung der Parlamentarischen Initiative Gutzwiller (04.476) hat die nationalrätliche SGK am 31. Mai 2007 beschlossen, den Schutz vor Passivrauchen durch ein neues Spezialgesetz zu regeln.<sup>22</sup> Dieses Gesetz ist zurzeit in parlamentarischer Beratung.

### **Krankheitsunspezifische Gesundheitsförderung**

Im Bereich der krankheitsunspezifischen Gesundheitsförderung kann sich der Bund heute nur auf das Bundesgesetz vom 17. März 1972<sup>23</sup> über die Förderung von Turnen und Sport stützen, welches die Entwicklung der Jugend, die Förderung der Volksgesundheit und der körperlichen Leistungsfähigkeit bezweckt (Art. 1). Dieses ist in sachlicher und rechtlicher Hinsicht überholt und wird einer umfassenden Revision unterzogen. Da die positiven Effekte von regelmässigen Sport- und Bewegungsaktivitäten auf die physische und psychische Gesundheit belegt sind, sieht das neue Sportförderungsgesetz explizit die Unterstützung des Bundes für Programme und Projekte zur Förderung regelmässiger Sport- und Bewegungsaktivitäten vor

<sup>17</sup> SR 641.31

<sup>18</sup> SR 818.101

<sup>19</sup> SR 916.40

<sup>20</sup> SR 818.102

<sup>21</sup> SR 818.21

<sup>22</sup> Bericht der SGK-NR vom 1. Juni 2007, BBl 2007 6185.

<sup>23</sup> SR 415.0

(Art. 4 der Revisionsvorlage). Das Wissen um die Bedeutung regelmässiger Sport- und Bewegungsaktivitäten ist in der Gesellschaft zu verankern.

### **Kranken- und Unfallversicherung**

Das KVG verpflichtet die Versicherer dazu, gemeinsam mit den Kantonen eine Institution zu betreiben, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert (Art. 19 KVG). Diese Aufgabe wird heute durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wahrgenommen. Zur Finanzierung der Aufgaben von Gesundheitsförderung Schweiz wird von jeder gemäss KVG versicherten Person ein Beitrag zur Krankheitsbekämpfung erhoben (Art. 20 KVG). Zudem übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten für bestimmte ärztliche Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind (Art. 26). Diese "Prävention" wird in einem engen Sinn verstanden, nämlich als individuelle von einer Ärztin oder einem Arzt ohne Vorliegen konkreter Krankheitssymptome, aber bei Anhaltspunkten für eine erhöhte Gefährdung durchgeführte oder verordnete Massnahme.<sup>24</sup>

Das UVG enthält, eng verbunden mit der obligatorischen Unfallversicherung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, auch Bestimmungen der Arbeitssicherheit (Art. 81 ff. UVG) sowie zur Verhütung von Nichtbetriebsunfällen (Art. 87 und 88 UVG). Zur Finanzierung dieser Massnahmen wird ein Prämienzuschlag für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 87) wie auch für die Verhütung von Nichtberufsunfällen (Art. 88 UVG) erhoben. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und die anderen Versicherer sind verpflichtet, die Verhütung von Nichtberufsunfällen zu fördern und eine Institution (bfu) zu betreiben, die durch Aufklärung und allgemeine Sicherheitsvorkehrungen zur Verhütung von Nichtberufsunfällen beiträgt und gleichartige Bestrebungen koordiniert (Art. 88 UVG). Diese Aufgabe wird heute von der bfu wahrgenommen.

### **Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz**

Das Arbeitsgesetz vom 13. März 1964<sup>25</sup> (ArG) bezweckt den im Vergleich zur Unfallverhütung weitergehenden Schutz der Gesundheit (bzw. Gesundheitsförderung) der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsplatz. Der Schutz deckt einen weiteren Risikobereich ab als die Prävention der Berufskrankheiten nach UVG. Zentral sind Aspekte wie Arbeitszeitbestimmungen (Ruhezeitenregelungen), der Schutz von Jugendlichen sowie von Frauen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Zudem regelt das ArG den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vor psychischen und physischen Überbeanspruchungen sowie ihrer persönlichen Integrität.

### **Prävention im Strassenverkehr**

Das Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958<sup>26</sup> (SVG) und das Unfallverhütungsbeitragsgesetz vom 25. Juni 1976<sup>27</sup> enthalten auch Massnahmen zur Unfallprävention. So kann der Bund sicheres Fahren durch Sensibilisierungsmassnahmen und andere präventiv wirksame Aktivitäten fördern (Art. 2a SVG). Der Fonds für Ver-

<sup>24</sup> BBl 1992 I 93, 154.

<sup>25</sup> SR 822.11

<sup>26</sup> SR 741.01

<sup>27</sup> SR 741.81

kehrssicherheit ist gemäss Unfallverhütungsbeitragsgesetz für die Förderung und Koordination von Massnahmen zur Verhütung von Unfällen im Strassenverkehr verantwortlich und verwaltet die ihm aus den Unfallverhütungsbeiträgen zur Verfügung gestellten Mittel (Art. 3ff.).

### **Kantonale Bestimmungen**

Alle Kantone haben Regelungen über die Prävention und Gesundheitsförderung erlassen, wobei Umfang und Detaillierungsgrad erheblich differieren. Solche Bestimmungen sind in den Kantonsverfassungen, in den kantonalen Gesundheitsgesetzen und weiteren thematischen Spezialgesetzen, in Verordnungen und Reglementen sowie in interkantonalen Vereinbarungen enthalten.<sup>28</sup>

Darüber hinaus gibt es auch nicht rechtsverbindliche Normen und Absichtserklärungen in kantonalen Legislaturprogrammen, regierungsrätlichen Richtlinien und Gesundheitsleitbildern.

### **1.1.4 Schwächen des heutigen Systems**

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

Handlungsbedarf besteht aus Sicht des Bundesrates insbesondere in den folgenden Bereichen:

#### **Schliessen der Lücken in der Bundesgesetzgebung:**

Dem Bund fehlen heute – trotz entsprechendem Auftrag in Artikel 118 Abs. 2 Bst. b BV – die gesetzlichen Grundlagen, um in der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind, aktiv zu werden. Auch wenn nichtübertragbare und psychische Krankheiten nur durch freiwillige, an den Grundsätzen der Ermächtigung, Befähigung und Aufklärung orientierte Massnahmen adäquat angegangen werden können, verlangen rechtsstaatliche Grundsätze (Gesetzmassigkeitsprinzip) auch für diesen Bereich bessere Rechtsgrundlagen.

<sup>28</sup> Auf eine umfassende Darstellung aller kantonalen Bestimmungen wird an dieser Stelle verzichtet. Sie können jedoch über die Datenbank des Instituts für Föderalismus einfach eingesehen werden: [www.lexfind.ch](http://www.lexfind.ch). Ergänzende Informationen zudem in: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Gesundheitspolitiken in der Schweiz - Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Bern, 2006.

## **Notwendigkeit einer Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung**

Der heutigen Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft fehlt eine Gesamtstrategie im Sinne übergeordneter Präventions- und Gesundheitsförderungsziele. Dadurch wirkt sie infolge der aufgrund verschiedener Spezialgesetze tätigen Akteure, der unterschiedlichen Organisations- und Zusammenarbeitsformen, aber auch der unterschiedlichen Prioritätensetzung in den Kantonen unübersichtlich. Die Doppelspurigkeiten und Kompetenzüberschneidungen, aber auch die Lücken in den Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten sind zahlreich. So sind insbesondere im Bereich der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung die Koordination und die Zusammenarbeit der Akteure sowie die koordinierte Umsetzung der verschiedenen Massnahmen bislang nicht verbindlich geregelt.

### **Aufgabenteilung Bund – Kantone**

In denjenigen Themenbereichen, in denen sich aufgrund bestehender Spezialgesetze eine Tradition in der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen etabliert hat (z.B. Suchtprävention, Bekämpfung übertragbarer Krankheiten), werden die Aufgaben gut gemeinsam bewältigt. Aber diverse neue Fragestellungen wie z.B. die Prävention von psychischen Krankheiten, die Prävention der Pflegebedürftigkeit oder die Bekämpfung des Übergewichts werden nicht zuletzt infolge des Fehlens einer bundesgesetzlichen Grundlage nicht oder noch nicht gemeinsam bearbeitet. Dies führt insbesondere auch bei den privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zu Unsicherheiten. Viele Kantone wünschen eine stärkere Rolle des Bundes bei komplexen Aufgaben. Dabei soll der Bund nach Anhörung der Kantone primär Aufgaben von gesamtschweizerischer Bedeutung in den Bereichen Expertise, Information und Koordination des Vollzugs übernehmen.

### **Verbesserung der Steuerung bei den Präventionsabgaben**

Die heutigen Modalitäten der Steuerung und Verwendung der Präventionsabgaben – insbesondere des Zuschlags auf der KVG-Prämie – sind für einen optimierten Mitteleinsatz ungünstig. Auch die Abgrenzungen zwischen Aufsicht (politisch-rechtliche Kontrolle), Mittelvergabe und Umsetzung sind oft nicht durchschaubar.

### **Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsorganisationen**

Die Finanzierung von Gesundheitsligen, die in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind, erfolgt heute vor allem über das Bundesgesetz vom 19. Juni 1959<sup>29</sup> über die Invalidenversicherung (IVG) und das Bundesgesetz vom 22. Juni 1962<sup>30</sup> über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten. Die Finanzhilfe für Aufgaben der Gesundheitsligen soll sich aber über diese Anwendungsbereiche hinaus erstrecken.

## **1.1.5 Reformbestrebungen in den 1980er Jahren**

In der Botschaft vom 22. März 1978 über die Volksinitiative gegen Suchtmittelreklame (so genannte Guttempler-Initiative) gab der Bundesrat bekannt, dass er in der

<sup>29</sup> SR 831.20

<sup>30</sup> SR 818.21

Legislaturperiode 1979 bis 1983 den Eidg. Räten einen Entwurf zu einem Präventivgesetz vorzulegen beabsichtige.<sup>31</sup> Ein solches Gesetz werde in erster Linie die Vorbeugung durch Gesundheitserziehung und ähnliche Massnahmen regeln. Zugleich verlangten National- und Ständerat mit der Motion Schaffner vom 21. Juni 1978 vom Bundesrat, die Vorarbeiten für ein Präventivgesetz gegen Suchtkrankheiten zu intensivieren und den Gesetzesentwurf dem Parlament möglichst bald zu unterbreiten.

Eine am 13. September 1979 vom Eidg. Departement des Innern (EDI) eingesetzte Arbeitsgruppe wurde beauftragt, einen Bericht zu erarbeiten, der unter anderem die Auswirkungen eines solchen Vorhabens auf das Verhältnis zwischen Bund und Kantonen sowie die finanziellen Konsequenzen klären sollte. Der Bericht wurde von der Arbeitsgruppe am 15. September 1982 verabschiedet und dem Bundesrat übergeben.<sup>32</sup>

Aufgrund der Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens, insbesondere der ablehnenden Haltung fast aller Kantone, entschied der Bundesrat auf die Ausarbeitung eines Präventivgesetzes zu verzichten.<sup>33</sup> Als Ersatzmassnahme beauftragte er am 3. Dezember 1984 das EDI, die Einrichtung eines Präventivfonds zu prüfen, um bereits bestehende oder noch zu schaffende Organisationen und Fachstellen, die sich landesweit mit Prävention befassen, finanziell zu unterstützen und durch Ausbau von Dokumentationsstellen die Information der Bevölkerung zu Fragen der Krankheitsvorbeugung zu verstärken. Dieser Entscheid wurde 1989 durch die auf Initiative des Kantons Waadt von Bund und Kantonen gemeinsam vorgenommene Gründung der «Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung» umgesetzt. Als Folge der Inkraftsetzung des neuen Krankenversicherungsgesetzes per 1. Januar 1996 wurde die Stiftung auf Anweisung des Bundesrates in eine von Kantonen und Versicherern getragene Institution umgewandelt und auf den 1. Januar 1998 mit den in Artikel 19 KVG genannten Aufgaben betraut. Die Stiftung trat bis Ende 2002 unter dem Namen «Stiftung 19» auf, wurde anfangs 2002 reorganisiert und trägt seither den Namen «Gesundheitsförderung Schweiz».

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

### **1.1.6 Vorarbeiten**

Ausgehend von der Überzeugung, dass der vergleichsweise gute Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung längerfristig nur dann erhalten werden kann, wenn auch im Bereich der Krankheitsverhütung und der Gesundheitsförderung neue gesund-

<sup>31</sup> BBl 1978 I 1097 ff. – Das Volksbegehren wurde in der Volksabstimmung vom 18. Februar 1979 mit 59% Nein-Stimmen abgelehnt.

<sup>32</sup> Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Grundlagen für ein Bundesgesetz über Krankheitsvorbeugung: Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung. Bern, August 1982.

<sup>33</sup> BBl 1984 I 183 und 237 (Beschluss über die Regierungsrichtlinien vom 13. Januar 1984).

heitspolitische Schwerpunkte gesetzt werden, hat das EDI das BAG im Herbst 2004 damit beauftragt, im Hinblick auf ein mögliches neues «Präventionsgesetz» die aktuellen gesetzlichen Regelungen von Prävention und Gesundheitsförderung einer kritischen Überprüfung zu unterziehen.

### **Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung»**

Basierend auf den Vorarbeiten des BAG, welche zum Ergebnis führten, dass ein «Präventionsgesetz» auf der bestehenden Verfassungsgrundlage realisierbar ist, setzte das EDI am 5. September 2005 die Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» (Fachkommission PGF2010) mit dem Auftrag ein, die inhaltlichen und fachlichen Voraussetzungen sowie die politische Machbarkeit einer rechtlichen Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung zu prüfen. Die Fachkommission PGF2010 unterbreitete dem EDI im Juni 2006 einen Bericht zur Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, der unter anderem Empfehlungen für die im Hinblick auf eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung zu ergreifenden Massnahmen enthält.<sup>34</sup> Es sind dies insbesondere:

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

### **Länderbericht von OECD und WHO**

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

<sup>34</sup> Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidg. Departements des Innern, Bern, Juni 2006 – einsehbar unter: [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

Die Ergebnisse wurden im Oktober 2006 im Länderbericht über das Schweizerische Gesundheitssystem publiziert.<sup>35</sup> Die OECD und die WHO kommen darin zu dem Schluss, dass die Schweiz ein besseres Gleichgewicht von Prävention und kurativer Medizin anstreben sollte, zumal die vielfachen Zuständigkeiten in diesem Bereich trotz einer beträchtlichen Anzahl von Programmen und Projekten zu disparaten und weitgehend unkoordinierten Aktivitäten geführt haben. Zur Verbesserung des Systems schlagen sie unter anderem vor:

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

### **1.1.7 Auftrag des Bundesrates**

Sowohl die Fachkommission PGF2010 wie auch die Experten von OECD und WHO kommen in ihren Berichten<sup>36</sup> zum Schluss, dass aufgrund der aktuell bestehenden Strukturschwäche im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung eine Verbesserung des Gleichgewichts zwischen Prävention und kurativer Medizin, aber auch eine Verbesserung der Koordination und der Effizienz der bereits laufenden Aktivitäten, nur durch den Erlass von neuen rechtlichen Grundlagen erreicht werden kann.

Der Bundesrat folgte diesen Empfehlungen und entschied am 28. September 2007, dem EDI den Auftrag zu erteilen, bis im Herbst 2008 als Grundlage für die Eröffnung der Vernehmlassung einen Vorentwurf der notwendigen rechtlichen Grundlagen inklusive erläuterndem Bericht zu erarbeiten. Dabei seien die Vorarbeiten und Empfehlungen der Fachkommission PGF2010 vom Juni 2006 sowie der OECD und der WHO, die sie in ihrem Länderbericht Schweiz vom Oktober 2006 abgegeben haben, zu berücksichtigen.

Gemäss dem Entscheid des Bundesrates sollen die neuen rechtlichen Grundlagen insbesondere folgende Aspekte regeln:

- Massnahmen des Bundes und der Kantone zur Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, welche stark verbreitet oder bösartig sind (Art. 118 Abs. 2 Bst. b BV);
- Koordination und gemeinsame Ausrichtung der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten des Bundes, der Kantone und privater Akteure

<sup>35</sup> OECD und WHO: OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. Paris, 2006.

<sup>36</sup> Vgl. Fussnoten 32 und 33.

durch gemeinsam erarbeitete nationale Präventions- und Gesundheitsförderungsziele;

- Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten der Bundesstellen durch eine bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung;
- Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen unter Berücksichtigung der Corporate-Governance-Grundsätze des Bundesrates<sup>37</sup>; insbesondere die Neugestaltung der Verwaltung der Präventionsabgaben (erhoben gemäss Art. 28 TStG [Tabakpräventionsabgabe] resp. gemäss Art. 20 KVG [KVG-Prämienzuschlag]) inkl. Anpassung der bestehenden gesetzlichen Grundlagen.

### **1.1.8 Vorgehen bei der Erarbeitung des Vorentwurfs**

Die verwaltungsinternen Vorarbeiten zum Vorentwurf (VE) PräVG erfolgten unter punktuelltem Einbezug der betroffenen Kreise sowie verschiedener Expertinnen und Experten. Ausserdem wurden einzelne Arbeitsdokumente Ende Februar 2008 im Rahmen von zwei informellen Hearings Vertreterinnen und Vertretern der Kantone sowie ausgewählten an Prävention und Gesundheitsförderung besonderes interessierten staatlichen und privaten Organisationen und Institutionen zur Stellungnahme unterbreitet.

## **1.2 Ziele der vorgeschlagenen Regelung**

Das Hauptanliegen der vorgeschlagenen Regelung besteht in der für eine Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung notwendigen Verbesserung von Steuerung, Koordination und Effizienz der verschiedenen Massnahmen. Zudem ist die auf Bundesebene bestehende gesetzliche Lücke im Bereich der Prävention und Früherkennung von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind, zu schliessen. Darüber hinaus verfolgt die vorgeschlagene Regelung das Ziel, die Verwaltung der Präventionsabgaben (erhoben gemäss Art. 28 TStG [Tabakpräventionsabgabe] resp. gemäss Art. 20 KVG [Zuschlag auf der KVG-Prämie]) in Einklang mit den Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrates<sup>38</sup> zu bringen.

Die Hauptzielsetzungen der vorgeschlagenen Regelung im Einzelnen sind:

- die Verbesserung der Steuerung und Koordination aller Akteure durch eine übergeordnete Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung in Form nationaler Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung;
- die Verbesserung der Koordination der Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen des Bundes über den Ausbau der strategischen Planung durch den Bundesrat (bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung);

<sup>37</sup> Bericht des Bundesrates zur Auslagerung und Steuerung von Bundesaussgaben (Corporate-Governance-Bericht) vom 13. September 2006; BBl 2006 8233

<sup>38</sup> siehe Fussnote 31.

- die Vereinheitlichung der Vorgehensweisen von Bund und Kantonen in einzelnen Themenbereichen durch nationale Programme für Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung;
- die Verbesserung der Qualität und der Wirksamkeit der Massnahmen der Prävention, der Früherkennung und der Gesundheitsförderung;
- die Klärung der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen unter besonderer Berücksichtigung des Subsidiaritätsprinzips;
- die rechtliche Verankerung struktureller Vorgaben für die Kantone;
- die Schaffung einer öffentlich-rechtlichen Anstalt (Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) zur Erbringung der Unterstützungsmassnahmen des Bundes zugunsten der Kantone und der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen;<sup>39</sup>
- die Neuregelung des Finanzflusses bei dem gemäss Artikel 20 KVG erhobenen Zuschlag auf der KVG-Prämie sowie die Neugestaltung der Verwaltung der Einnahmen aus der Tabakpräventionsabgabe;
- die Einführung eines Instruments zur prospektiven Abschätzung möglicher Auswirkungen von Bundesrats- und Parlamentsgeschäften auf die Gesundheit;
- die rechtliche Verankerung von Massnahmen zur Förderung von nationalen Dachorganisationen, der Forschung und Innovation sowie der Aus- und Weiterbildung;
- die Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik sowie der Gesundheitsberichterstattung.

## **1.3 Kernelemente der vorgeschlagenen Regelung**

### **1.3.1 Steuerungs- und Koordinationsinstrumente**

In der Schweiz sind zahlreiche Akteure auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene im Gebiet der Prävention und der Gesundheitsförderung tätig. Auf der Umsetzungsebene hat die föderale Struktur der Schweiz zu einem reichen Erfahrungsschatz an Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen geführt. Der Föderalismus trägt auch den unterschiedlichen kantonalen und kommunalen Bedürfnissen Rechnung. Internationale Berichte und Evaluationsstudien mit Bezug auf die Schweiz haben zudem die Wirksamkeit vieler Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen nachgewiesen.

Da der heutigen Präventions- und Gesundheitsförderungslandschaft jedoch eine Gesamtstrategie fehlt, soll der VE PräVG gemäss Auftrag des Bundesrates vom 28. September 2007 die rechtliche Verankerung von zwei neuen Steuerungs- und Koordinationsinstrumenten vorsehen: die nationalen Ziele für Prävention und Gesund-

<sup>39</sup> Die Organisation des Instituts sowie dessen Steuerung und Aufsicht durch den Bund sind in einem gesonderten Organisationserlass geregelt (siehe dazu Vorentwurf und erläutern-der Bericht zum Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung). Es ist vorgesehen, die beiden Erlasse nach der Vernehmlassung in einem Gesetz zusammenzuführen.

heitsförderung (alle acht Jahre, Art. 4) und die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (alle vier Jahre, Art. 5). In der bundesrätlichen Strategie werden insbesondere die strategischen Vorgaben für die nationalen Programme, die strategischen Ziele für das Institut sowie die strategischen Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Zuschlag auf der KVG-Prämie und Tabakpräventionsabgabe) festgelegt.

Auf der Umsetzungsebene werden – nach Massgabe der strategischen Vorgaben des Bundesrates – die Vorgehensweisen und die Handlungsfelder in den einzelnen Themenbereichen für jeweils vier bis acht Jahre in Form von nationalen Programmen für Prävention, Früherkennung oder Gesundheitsförderung festgelegt (Art. 6). Diese dienen allen an der Umsetzung Beteiligten als Richtlinien für die weiteren Aktivitäten. Bei der Umsetzung können sie in Abhängigkeit von den kantonalen oder regionalen Gegebenheiten angepasst oder mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen werden. Zuständig für die Konzeption und Umsetzung der nationalen Programme auf Bundesebene ist primär das Institut, bei politisch sensiblen Themenbereichen die zuständigen Bundesstellen (insbesondere das BAG).

Im Weiteren hat der Bundesrat die Massnahmen nach dem VE PräVG mit den ähnlich gelagerten Bestrebungen in den Bereichen Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und Gewaltprävention zu koordinieren (Art. 8).

### 1.3.2 Massnahmen zur Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten

Da der Gegenstandsbereich des Gesetzesentwurfs alle in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV erwähnten Krankheiten umfasst, verfügt der Bund mit dem VE PräVG über eine neue gesetzliche Grundlage für Massnahmen im Bereich der Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die stark verbreitet oder bösartig sind. Dies ermöglicht dem Bund in der Verhütung und Früherkennung derjenigen Krankheiten, die sowohl für die öffentliche Gesundheit, wie auch für die Entwicklung der Gesundheitskosten von zentraler Bedeutung sind (siehe dazu Tabellen 4 und 5), aktiv zu werden.

**Tabelle 4: Prozentuale Verteilung der vorzeitig (d.h. vor dem 70. Altersjahr) verlorenen potenziellen Lebensjahre nach Haupttodesursachen und Geschlecht (2005)<sup>40</sup>**

Ursache	Männer	Frauen
Krebskrankheiten	27,3	42,9
Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems	17,5	9,9
Unfälle und Gewalteinwirkungen	12,8	7,1
Selbsttötung	12,8	9,3
Infektiöse Krankheiten	1,6	1,6
Andere	28,0	29,2

<sup>40</sup> Quelle: Bundesamt für Statistik, Gesundheitsstatistik 2007, Neuenburg 2007.

**Tabelle 5: «Burden of Disease»: die 10 wichtigsten Risikofaktoren bzw. Krankheiten oder Unfälle<sup>41</sup>**

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

<sup>1)</sup> DALY = Disability adjusted life years. Diese berechnen sich aus der Summe der vorzeitig (d.h. vor dem 70. Altersjahr) verlorenen Lebensjahre und der mit Behinderung verbrachten Lebensjahre.

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

### **1.3.3 Aufgabenteilung Bund – Kantone**

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

- der Koordination von Vorgehensweisen und Massnahmen in wichtigen Themenbereichen (nationale Programme nach Art. 6);
- der Informationstätigkeit, insbesondere in Form von Kampagnen (Art. 9);
- der internationalen Zusammenarbeit (Art. 23).

Gleichzeitig will der Bund aber in Zukunft die Kantone wie auch private Präventions- und Gesundheitsorganisationen bei der Konzeption und Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auf der methodologischen und fachlichen Ebene besser unterstützen. Diese Unterstützungsmassnahmen des Bundes werden in einer eigenständigen Bestimmung näher definiert (Art. 10) und durch die im 7. Abschnitt aufgeführten Förderungsmassnahmen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung ergänzt (Art. 18 und 19).

Gleichzeitig werden die Kantone aufgefordert, ihre Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, wo nötig, zu verstärken und untereinander zu koordinieren. Dazu werden Vorgaben an die kantonale Infrastruktur für Prävention und Gesundheitsförderung formuliert (Art. 11).

Im Weiteren sollen auch im Bereich der medizinischen Prävention und der Früherkennung von Krankheiten die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen geklärt werden. Auch hier sind die Kantone für die Durchführung der Programme zuständig, während der Bund die Informations- und Koordinationsfunktionen übernimmt. Zur finanziellen Entlastung der Kantone können aus den Einnahmen aus

<sup>41</sup> Quelle: Schätzungen aus der WHO-Datenbank «Burden of Disease».

dem nach Artikel 20 KVG erhobenen Zuschlag auf der KVG-Prämie Beiträge an die Programminfrastrukturkosten (Art. 14 Abs. 1 Bst. d) gesprochen werden. Die Regelung der Finanzierung der medizinischen Massnahmen (wie z.B. die Mammografie oder die Impfung selbst) erfolgt wie bis anhin nach den Bestimmungen des KVG (Positivliste für Massnahmen der medizinischen Prävention und Früherkennung nach Art. 26 KVG).<sup>42</sup>

### 1.3.4 Finanzierungssätze

Die Regelung der Finanzflüsse im Präventionsgesetz (PrävG) basiert auf folgendem Finanzierungsgrundsatz: Jede Staatsebene (Bund oder Kantone) ist für die Finanzierung der Aufgaben, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, verantwortlich. So sind einerseits Bundesaufgaben (inkl. die unten unter Ziffer 1.3.5 erwähnte Abgeltung für das Institut) aus dem ordentlichen Bundeshaushalt zu finanzieren. Andererseits haben die Kantone für die Finanzierung der kantonalen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen und der dazu notwendigen Einrichtungen aufzukommen. Die Tabakpräventionsabgabe und der Zuschlag auf der KVG-Prämie sollen neben der Finanzierung von nationalen Programmen (siehe Art. 6) weiterhin primär den Kantonen (den Städten und den Gemeinden) sowie privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen zur (Co)-Finanzierung ihrer Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung stehen. Dabei sind sie gemäss oben gesagtem nicht zur Finanzierung von hoheitlichen Aufgaben zu verwenden.

Basierend auf dem Auftrag des Bundesrats vom 28. September 2007 werden die Modalitäten der Verwaltung und der Verwendungszweck der Tabakpräventionsabgabe und des Zuschlags auf der KVG-Prämie neu geregelt. Dabei gelangen auch die neuen Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrats zur Anwendung.<sup>43</sup> Diese sehen vor, dass die Vergabe von Beiträgen an Programme oder Projekte in Form von Subventionen als Ministerialaufgabe nur noch durch öffentlich-rechtliche Institutionen erfolgen soll. Aus diesem Grund wird die Verwaltung des Zuschlags auf der KVG-Prämie in Zukunft nicht mehr durch die privatrechtliche Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» wahrgenommen, sondern dem neu zu schaffenden Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (siehe unten Ziffer 1.3.5) übertragen. Damit kann die strategische Entscheidungskompetenz über die mit den unterschiedlichen Finanzquellen zu erreichenden Ziele auf Stufe Bundesrat (siehe oben Ziffer 1.3.1) vereinheitlicht werden.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> Siehe dazu auch den Kommentar zu Artikel 28, Änderung bisherigen Rechts.

<sup>43</sup> BBI 2006 8233

<sup>44</sup> Von der Regelung durch den VE PrävG nicht tangiert sind die den Kantonen zufließenden Mittel aus der Alkoholsteuer (Alkoholzehntel), da diese bereits auf Verfassungsstufe festgelegt sind (Art. 131 Abs. 3 BV). Auf der Umsetzungsebene ist jedoch insbesondere bei der Vergabe von Beiträgen aus den Präventionsabgaben an kantonale oder kommunale Projekte eine Koordination mit den durch den Alkoholzehntel finanzierten Aktivitäten anzustreben.

### **1.3.5 Vereinfachung und Neugestaltung der Präventionsstrukturen auf Bundesebene**

Bezüglich der Regelung der organisatorischen Zuständigkeit für die Erbringung der Unterstützungsmassnahmen des Bundes nach Artikel 10 wird die Gründung eines Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut) in Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt des Bundes vorgeschlagen. Die auf Grundlage von Artikel 19 KVG geschaffene Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird in das Institut überführt werden. Zudem gewährt das Institut nach Artikel 15 Beiträge aus den Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Zuschlag auf der KVG-Prämie und Tabakpräventionsabgabe) an Programme und Massnahmen Dritter. Als Konsequenz wird die heute beim BAG angegliederte Fachstelle zur Verwaltung der Tabakpräventionsabgabe (Tabakpräventionsfonds) in das Institut transferiert werden. Die organisatorischen Modalitäten des neuen Instituts werden in Übereinstimmung mit den Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrates in einem eigenständigen Organisationserlass (Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) geregelt.

### **1.3.6 Weitere Neuerungen**

Weitere Neuerungen sind:

- die Einführung eines Instruments zur prospektiven Abschätzung möglicher Auswirkungen von Bundesrats- und Parlamentsgeschäften auf die Gesundheit (Art. 7);
- die rechtliche Verankerung von Massnahmen zur Förderung von nationalen Dachorganisationen, der Forschung und Innovation sowie der Aus- und Weiterbildung (Art. 17 bis 19);
- die Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik sowie der Gesundheitsberichterstattung (Art. 20 bis 22).

## **1.4 Abstimmung von Aufgaben und Finanzen**

Der VE PräVG klärt die zukünftige Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung. Nach dem Prinzip der fiskalischen Äquivalenz finanziert jede Staatsebene diejenigen Aufgaben, die in ihren Zuständigkeitsbereich fallen, selbst. Die Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Art. 13) dürfen nicht für die Finanzierung von hoheitlichen Aufgaben verwendet werden.

Welche konkreten Massnahmen der Bund treffen und durchführen will, wird massgeblich durch die jeweils vier Jahre geltende bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 5) bestimmt. Diese wird auch Angaben über die dazu notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen enthalten (zu den Modalitäten der Finanzierung der neuen Aufgaben des Bundes siehe Ziffer 3.1).

## **1.5 Internationale Entwicklungen und Verhältnis zum europäischen Recht**

### **1.5.1 Internationale Entwicklungen**

#### **Weltgesundheitsorganisation**

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

- die *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986*, die auf die Entwicklung von Gesundheitsressourcen abzielt, sowie Strategien zur Gesundheitsförderung wie z.B. Gesunde Schulen und andere Lebensweltprojekte vorschlägt;
- die *Bangkok-Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt von 2005* beschreibt die Weiterentwicklung der Werte, Prinzipien und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta und aktualisiert deren Forderungen, mit dem Ziel gesundheitliche Chancengleichheit ins Zentrum weltweiter und nationaler Entwicklungen zu stellen;
- die *globale Strategie zu «Ernährung, Bewegung und Gesundheit»*;
- der *WHO-Global-Report «Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment» von 2005*, nach dessen Berechnungen Investitionen in die Krankheitsprävention bis zum Jahr 2015 weltweit 36 Millionen Menschen vor einem vorzeitigen Tod retten könnten;
- die *Europäische Erklärung und der Aktionsplan für die psychische Gesundheit in Europa von 2005* beleuchtet den Bedarf an und den Nutzen aus verschiedenen psycho-sozialen Angeboten für die Gesamtbevölkerung, gefährdete Gruppen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, mit dem Ziel das Bewusstsein für die Bedeutung der psychischen Gesundheit für eine funktionierende Gesellschaft zu fördern;

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

#### **Deutschland**

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

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

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

Am 28. November 2007 wurde ein neuer Entwurf für ein Präventionsgesetz vorgelegt, der im Wesentlichen eine Modifizierung des Entwurfs von 2005 darstellte. Das Projekt sah die Organisation und Finanzierung kassenübergreifender Projekte zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung vor. Kranken-, aber auch Renten-, Unfall- und Pflegekassen sowie private Krankenversicherer sollten Millionenbeträge für Projekte zur Verbesserung der «Lebenswelten» (Settings) in einen gemeinsamen Finanzfonds abführen.

Zum aktuellen Zeitpunkt (Frühjahr 2008) ist der Gesetzesentwurf blockiert, da eine Reihe von Regierungsressorts sowohl verfassungsrechtliche als auch ordnungspolitische Bedenken gegen den Gesetzesentwurf vorgebracht hatte. Dass sich die Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker der Koalition auf einen gemeinsamen Entwurf verständigen, scheint in näherer Zukunft nicht möglich zu sein.

## **Österreich**

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

Das Gesundheitsförderungsgesetz orientiert sich inhaltlich an der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO und legt auch den Budgetrahmen fest, der jährlich für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung steht (aktuell 7.25 Mio. Euro).

Das Gesundheitsförderungsgesetz zielt darauf ab, den Wissensstand der Bevölkerung über Gesundheitsgefahren und gesundheitsfördernde Massnahmen zu erweitern und die Entwicklung positiver Verhaltensweisen zu unterstützen. Dies soll vor allem durch den Aufbau von Strukturen für Gesundheitsförderung, durch Programme, Angebote und Fortbildungsmassnahmen erfolgen.

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

## **Frankreich**

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

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

Die zur Zielerreichung durchzuführenden Programme konzentrieren sich auf die Risikofaktoren, bestimmte Pathologien und einzelne Bevölkerungsgruppen.

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

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

## **1.5.2 Verhältnis zum europäischen Recht**

Im Bereich der nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten bestehen für die Schweiz noch keine rechtlichen Verpflichtungen gegenüber der Europäischen Union (EU). Das BAG führt im Auftrag des Bundesrates mit der Europäischen Kommission Verhandlungen im Hinblick auf ein mögliches Gesundheitsabkommen zwischen der Schweiz und der EU.

### **Aktionsprogramme der EU**

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

Eine konkrete Aktivität der EU stellt das zweite «Aktionsprogramm im Bereich der Gesundheit 2008-2013» dar. Das Europäische Parlament und der Rat haben am 27. Oktober 2007 (Nr. 1350/2007/EG) ein Nachfolgeprogramm für das «Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003-2008»

(Public-Health-Programm, PHP) vom 23. September 2002 (Beschluss Nr. 1786/2002/EG) beschlossen. Es zielt auf einen verbesserten Gesundheitsschutz, auf die Gesundheitsförderung, einschliesslich der Verringerung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und auf die Schaffung und Verbreitung von Informationen und Wissen zu Gesundheitsfragen. Mit diesem zweiten Aktionsprogramm, das mit 321,5 Mio. Euro dotiert ist, sollen die politischen Massnahmen der EU-Mitgliedstaaten ergänzt, unterstützt und intensiviert werden.

Zur Umsetzung des PHP hat die EU im Jahr 2005 eine «Exekutivagentur für das Aktionsprogramm im Bereich der öffentlichen Gesundheit» (Exekutivagentur für das Gesundheitsprogramm oder Public Health Executive Agency, PHEA) eingerichtet. Diese hat ihren Sitz in Luxemburg und beschäftigt 30 Personen.

### **Empfehlungen der EU**

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

- Empfehlung des Rates vom 12. Juli 1999 zur Begrenzung der Exposition der Bevölkerung gegenüber elektromagnetischen Feldern (0 Hz – 300 GHz) (1999/519/EG)
- Entschliessung des Rates vom 18. November 1999 zur Förderung der psychischen Gesundheit (2000/C 86/01);
- Entschliessung des Rates vom 29. Juni 2000 zu Massnahmen im Bereich der gesundheitsrelevanten Faktoren (2000/C 218/03);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 5. Juni 2001 zu einer Gemeinschaftsstrategie zur Minderung der schädlichen Wirkungen des Alkohols (2001/C 175/01);
- Empfehlung des Rates vom 5. Juni 2001 zum Alkoholkonsum von jungen Menschen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen (2001/458/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 15. November 2001 zur Bekämpfung von stress- und depressionsbedingten Problemen (2002/C 6/01);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 2. Dezember 2002 zur Fettleibigkeit (2003/C 11/03);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 2. Juni 2003 zur Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung in Verbindung mit psychischen Erkrankungen (2003/C 141/01);
- Empfehlung des Rates vom 18. Juni 2003 zur Prävention und Reduzierung von Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit (2003/488/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 2. Dezember 2003 zu «Gesunder Lebensführung: Bildung, Information und Kommunikation» (2004/C 22/01);
- Empfehlung des Rates vom 2. Dezember 2003 zur Krebsfrüherkennung (2003/878/EG);
- Schlussfolgerungen des Rates vom 3. Juni 2005 zu Übergewicht, Ernährung und körperlicher Bewegung (9803/053);

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der VE PräVG grundsätzlich eine adäquate Rechtsgrundlage zur Zusammenarbeit mit den EU-Strukturen im Bereich der Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten sowie der Gesundheitsförderung bildet.

## **1.6 Umsetzung**

Die neuen Gesetzesbestimmungen müssen in der Regel nicht mehr auf Verordnungsstufe präzisiert werden. Ausnahmen davon betreffen neue Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Art. 13 bis 16), zu den Voraussetzungen für Förderungsmassnahmen (Art. 17 bis 19) sowie zur Erhebung von Daten zu statistischen Zwecken (Art. 20 und 21).

Hingegen sieht die Vorlage neue Steuerungs- und Koordinationsinstrumente vor, die periodisch umgesetzt werden müssen:

- Nationale Ziele (Art. 4): alle 8 Jahre eine Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen;
- Bundesrätliche Strategie (Art. 5) : alle 4 Jahre durch Bundesrat;
- Gesundheitsbericht (Art. 22): regelmässig durch den Bund.

Ob sich die Umsetzung des PräVG bewährt, muss regelmässig durch das BAG evaluiert werden (Art. 24).

Im Übrigen wurde auf die Statuierung eines eigentlichen Vollzugsartikels verzichtet, weil die Kantone gestützt auf dieses Bundesgesetz keine Massnahmen gegenüber Dritten vollziehen müssen.

## **1.7 Erledigung der parlamentarischen Vorstösse**

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

- *Motion Schenker 07.3261, Prävention und Gesundheitsförderung, vom 23. März 2007*: Die Motion fordert die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine koordinierte Planung, Durchführung und Evaluation von Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei sei der Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- *Motion Heim 07.3525, Gesundheitskompetenz. Zentraler Faktor im Gesundheitswesen, vom 22. Juni 2007*: Die Motion fordert den Bundesrat auf, Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung aufzuzeigen und insbesondere erstens die rechtlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitskompetenz bei der zukünftigen Gesetzgebungsarbeit für die Prävention zu schaffen, zweitens bei aktuellen Revisionen und künftigen Gesetzgebungsprojekten mit Bezug zur Gesundheit die aktive Rolle von Bürgerinnen und Bürgern und die unterstützende Rolle des Staates zu beachten und drittens Massnahmen für die Stärkung der Gesundheitskompetenz

der Bürgerinnen und Bürger sowie der Angehörigen und des medizinischen Fachpersonals zu treffen.

- *Motion Schenker 07.3544, Bekämpfung chronischer Krankheiten, vom 22. Juni 2007*: Die Motion fordert die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine koordinierte Planung, Durchführung und Evaluation von Massnahmen zur Bekämpfung von chronischen Erkrankungen. Insbesondere sind dabei zu berücksichtigen: die Sicherstellung der epidemiologischen Daten für ein Monitoring der chronischen Krankheiten in der Schweiz, die Förderung von Massnahmen zur Verhinderung des Fortschreitens von Krankheiten in Frühstadien, zur Vermeidung der Verschlimmerung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen sowie zur Verbesserung der Lebenssituation der Betroffenen wie auch die finanzielle Unterstützung von Organisationen, die sich für die Beratung und Unterstützung von Menschen mit chronischen Leiden und ihren Angehörigen einsetzen.

Alle drei Motionen wurden vom Bundesrat am 28. September 2007 dem Parlament mit Antrag auf Annahme überwiesen. Zum aktuellen Zeitpunkt (1. Juni 2008) hat noch keine parlamentarische Debatte zu diesen Vorstössen stattgefunden.

## **2 Erläuterungen zu den einzelnen Artikeln**

### **2.1 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen und Grundsätze**

#### *Art. 1* Gegenstand

Der vorliegende Vorentwurf regelt in Übereinstimmung mit Artikel 118 Absatz 2 BV die Verhütung und die Früherkennung von physischen und psychischen Krankheiten des Menschen, sofern diese übertragbar, stark verbreitet oder bösartig sind. Dabei können zur Krankheitsverhütung sowohl präventive wie auch gesundheitsfördernde Massnahmen ergriffen werden (*Abs. 1*). Nicht in den Geltungsbereich des Gesetzes fallen die Arbeitssicherheit (Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten) und die Verhütung von Nichtberufsunfällen. Diese sind im UVG geregelt. Die Unfallverhütung im Strassenverkehr ist im SVG, die Gewaltprävention in Artikel 386 des Schweizerischen Strafgesetzbuches<sup>45</sup> (StGB) und der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz im ArG vom 13. März 1964<sup>46</sup> (ArG) geregelt.

Sinngemäss ist das Gesetz hingegen anwendbar auf Massnahmen der Suizidprävention und der Prävention der Pflegebedürftigkeit, sofern diese auf eine Verhütung der zugrundeliegenden psychischen oder physischen Krankheiten nach Massgabe von Artikel 118 Absatz 2 BV abzielen.

*Absatz 2* nimmt das Prinzip, dass das speziellere Gesetz dem allgemeinen vorgeht, auf. Vorbehalten sind demzufolge insbesondere:

- spezifische Verhütungs- und Bekämpfungsmassnahmen zum Schutz des Menschen vor übertragbaren Krankheiten nach dem EpG;
- die sozialmedizinischen und fürsorgerischen Massnahmen zur Verhütung und Therapie des Betäubungsmittelmissbrauchs nach dem BetmG;

<sup>45</sup> SR 311.0

<sup>46</sup> SR 822.11

- die Information über ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse von allgemeinem Interesse nach Artikel 12 LMG sowie Information über die sachgerechte Verwendung von Heilmitteln nach Artikel 67 HMG;
- die Massnahmen zur Prävention von schädlichem Alkoholkonsum, insbesondere die Werbeverbote und die spezifischen Schutzbestimmungen betreffend Jugendliche nach dem AlkG;
- die Massnahmen zur Bewegungsförderung nach dem Bundesgesetz vom 17. März 1972<sup>47</sup> über die Förderung von Turnen und Sport;
- die Modalitäten der Kostenübernahme von individuellen Präventions- und Früherkennungsmassnahmen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach dem KVG.

## Art. 2 Zweck

Gemäss *Absatz 1* beschränkt sich der Zweck des VE PrävG nicht auf den Schutz und die Erhaltung der Gesundheit des Einzelnen. Er umfasst zusätzlich die Reduktion der (finanziellen) Auswirkungen stark verbreiteter Krankheiten auf die Bevölkerung (Stichwort: steigende Gesundheitskosten und Krankenversicherungsprämien) wie auch auf die volkswirtschaftliche Entwicklung (Stichwort: Erhaltung der Arbeitsfähigkeit älterer Arbeitnehmer). Zudem zielt er auch auf die angesichts der demografischen Entwicklung notwendige Förderung der gesunden, d.h. krankheits- oder behinderungsfreien Lebenserwartung wie auch der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit. Letztere umfasst nicht nur die bereits oben erwähnte Erhaltung der Arbeitsfähigkeit, sondern auch die Bewahrung der sozialen Partizipation.

*Absatz 2* erläutert die Ziele der vorgeschlagenen Regelung im Einzelnen.

*Buchstabe a:* Mit der Stärkung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen ist auch die Stärkung der Eigenverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit verbunden. Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz ermächtigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Gesundheitskompetenz umfasst fünf wichtige Bereiche:<sup>48</sup>

- *Persönliche Gesundheit:* Individuelle Gestaltung der Gesundheit. Wissen und Anwendung von entsprechendem Verhalten bei Selbstpflege und Betreuung der Familie.
- *Systemorientierung:* Die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber Fachpersonal als kompetente/r Partner/in aufzutreten.
- *Konsumverhalten:* Die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen.

<sup>47</sup> SR 415.0

<sup>48</sup> Kickbusch, I., Maag, D., Saan H.: Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005.

- *Arbeitswelt*: Unfälle und Berufskrankheiten vermeiden, Einsatz für die Sicherheit und für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben.
- *Gesundheitspolitik*: Informiertes gesundheitspolitisches Handeln (Eintreten für Gesundheitsrechte, Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen, Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen).

Die persönliche Entscheidung des Einzelnen für einen gesundheitsförderlichen oder risikoreichen Lebensstil wird – abgesehen von seiner Konstitution – von sozialen, kulturellen und umweltbedingten Lebensbedingungen mitgeprägt. So haben beispielsweise im Kinder- und Jugendalter Gruppenstandards eine sozialisierende Funktion. Deshalb ist es wichtig, dass die Förderung des Gesundheitsverhaltens nicht isoliert, sondern immer in Verbindung mit gesellschaftlichen Lebensbereichen betrachtet wird (z.B. Schule, Freizeitaktivitäten, Arbeitsbedingungen). Hier sollen mit dem VE PräVG die notwendigen Anreize gesetzt werden, die es den Menschen ermöglichen, Entscheidungen zu treffen, die ihrer Gesundheit zuträglich sind. Dabei spielen die Gesundheitsdeterminanten (siehe unten Art. 3) eine entscheidende Rolle.

*Buchstabe b*: Die Schweiz entwickelte sich in den letzten Jahrzehnten zu einer «Gesellschaft des langen Lebens». Immer mehr Menschen dürfen mit einer hohen Lebenserwartung bei relativ guter Gesundheit rechnen. Die Chancen für ein langes und gesundes Leben stehen aber nicht für alle gleich gut. Wissenschaftliche Studien belegen, dass auch in der Schweiz Personen mit einem niedrigen sozialen Status (d.h. niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder tiefem Einkommen) kränker sind und früher sterben als Personen mit einem höheren sozialen Status.<sup>49</sup> Neben dem sozio-ökonomischen Status können auch sozio-kulturelle Aspekte wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität sowie Migrationshintergrund zu gesundheitlicher Ungleichheit führen.

Die Massnahmen nach diesem Gesetz sollen deshalb dazu beitragen, die Chancengleichheit im Gesundheitsbereich zu erhöhen. So sind einerseits für Personengruppen, bei denen ein besonderer Handlungsbedarf besteht, spezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zu ergreifen. Andererseits sind auch Massnahmen in anderen Politikbereichen (Sozial-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik) notwendig, die darauf abzielen, die Lebensverhältnisse dieser Personengruppen zu verbessern.

*Die Buchstaben c bis e* umschreiben die strukturellen Veränderungen, die mit dem Gesetz angestrebt werden. Neben der Verbesserung der Steuerung und Koordination sowie der Wahrung der Kohärenz zur internationalen Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik<sup>50</sup> (*Bst. c*) sind dies insbesondere der verstärkte Einbezug anderer Politikbereiche wie Sozial-, Bildungs-, Integrations-, Wirtschafts- oder Umweltpolitik in die Planung und Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen (politikübergreifender Ansatz von Prävention und Gesundheitsförderung, *Bst. d*) wie auch die Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der zu

<sup>49</sup> Vgl. dazu z.B. Caritas Schweiz: Gesundheit – eine soziale Frage. Sozialalmanach 2003, Luzern, 2003 oder Bopp M., Minder Ch.: Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort. In: International Journal of Epidemiology 2003, Nummer 32, Seiten 346 bis 354.

<sup>50</sup> Die Ziele der Schweizerischen Gesundheitsausserpolitik wurden 2006 in einer Vereinbarung zwischen dem Eidg. Departement für auswärtige Angelegenheiten und dem EDI festgehalten.

ergreifenden Massnahmen (*Bst. e*). Letzteres soll durch den Ausbau der Gesundheitsberichterstattung, die Weiterentwicklung der Qualitätsstandards sowie durch eine regelmässige Evaluation der einzelnen Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen erfolgen. Unter das Stichwort «Qualität» fällt insbesondere auch die zielgruppenspezifische und gendergerechte Ausrichtung der einzelnen Massnahmen.

*Absatz 3* betont, dass die Massnahmen nach diesem Gesetz die individuelle Selbstbestimmung und somit die Autonomie zur freien Entscheidung nicht tangieren dürfen. Diese Vorgaben leiten sich aus dem verfassungsrechtlich vorgegebenen Grundsatz ab, dass der Staat bei der Anwendung dieses Gesetzes seine Grenzen nicht überschreiten darf und dementsprechend den staatsfreien Raum, der die vielfältige Freiheit des Individuums bedeutet, achten muss. Die Grund- und Freiheitsrechte, wie etwa die Wirtschaftsfreiheit, dürfen durch die Massnahmen nach diesem Gesetz nicht unzulässigerweise eingeschränkt werden. Die Vielfalt der Bevölkerung, insbesondere kulturelle Eigenheiten verschiedener Personengruppen, wird geachtet und von den Massnahmen des Gesetzes nicht tangiert. Auf der anderen Seite sind aber bei der Konzeption der Massnahmen auch die unterschiedlichen Bedürfnisse der verschiedenen Personengruppen zu berücksichtigen.

### *Art. 3*            Begriffe

Wie viele andere verfassungsrechtliche Begriffe ist der Gesundheitsbegriff nicht definiert. Als unbestimmter Rechtsbegriff bedarf er der Konkretisierung, für die auch auf die Verfassungswirklichkeit, zum Beispiel auf fachwissenschaftliche Begriffsverständnisse, Bezug genommen wird. So verweist die verfassungsrechtliche Lehre zur Umschreibung des Gesundheitsbegriffs, sofern sie sich überhaupt dazu äussert, meist auf fachwissenschaftliche Gesundheitsverständnisse.<sup>51</sup>

Die Begriffsdefinitionen in Artikel 3 gehen von einem Gesundheitsbegriff aus, bei dem Gesundheit als sich laufend verändernde Positionierung auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen eines vollständig gesunden und eines vollständig kranken Zustands verstanden wird. Der Gesundheitszustand ist das jeweilige Gleichgewicht zwischen gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Faktoren. Das immer wieder neu herzustellende Gleichgewicht wird durch vier Dimensionen beeinflusst: biologisch-genetische Voraussetzungen, persönlicher Lebensstil, Umwelt und Lebensbedingungen (z.B. Bildung oder Arbeit) sowie medizinische Versorgung (Gesundheitssystem).<sup>52</sup> Gesundheit wird somit als persönlicher und gesellschaftlicher Wert verstanden und reicht über den Zustand der Abwesenheit von Krankheit hinaus.

*Buchstabe a* enthält eine Definition des Begriffs «Gesundheitsdeterminanten». Aus politischer Sicht können die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten, d.h. die strukturellen Rahmenbedingungen für Gesundheit, in sechs Handlungsfelder unterteilt

<sup>51</sup> Eine der bekanntesten Begriffsbestimmungen stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Nach dieser Definition aus dem Jahr 1948 ist die Gesundheit «ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens» (Präambel; Verfassung der WHO vom 22. Juli 1946; SR 0.810.1). Danach ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

<sup>52</sup> Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2007, Bern; 2. überarbeitete Auflage.

werden: a) Soziale Sicherheit und Chancengleichheit, b) Beschäftigung und Arbeitswelt, c) Bildung und Befähigung, d) Lebensraum und natürliche Umwelt, e) Wohnen und Mobilität, f) Lebensmittelsicherheit und Ernährung. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass diese Rahmenbedingungen die Gesundheit des Individuums oder einzelner Personengruppen ebenso beeinflussen, wie die biologisch-genetischen Voraussetzungen, der persönliche Lebensstil oder der Zugang zu qualitativ hochstehenden Versorgungseinrichtungen: Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (Bildung, berufliche Position, Einkommen) wie auch Personen in prekären Lebensumständen oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus haben erhöhte Krankheitsrisiken und Krankheitslast sowie eine erhöhte Frühsterblichkeit. Zudem weisen sie ein riskanteres Gesundheitsverhalten auf. Das Gesundheitswesen selbst hat nur wenig Einfluss auf die oben erwähnten Rahmenbedingungen für Gesundheit. Zur Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten bedarf es daher einer politikbereichsübergreifenden Gesundheitspolitik (siehe auch Art. 2 Abs. 2 Bst. d).

*Buchstabe b* enthält eine Definition des Begriffs «Gesundheitsförderung». Im Hinblick auf den Schutz der Menschen vor Krankheiten umfasst Gesundheitsförderung sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen (individuelle Faktoren) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (kollektive Faktoren). Gesundheitsförderung schliesst somit nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die durch Empowerment und Partizipation auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch solche, die darauf abzielen, die Gesundheitsdeterminanten (siehe oben Bst. a) derart zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken.

*Buchstabe c* definiert den Begriff «Krankheit». Darunter fallen alle von der WHO anerkannten medizinisch klassifizierbaren physischen und psychischen Krankheiten. Der Geltungsbereich des VE PräVg umfasst in Übereinstimmung mit Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV nur die in den *Buchstaben d bis f* spezifizierten Krankheiten. Zu den übertragbaren Krankheiten gehören namentlich HIV/Aids, Tuberkulose oder die saisonale Grippe. Stark verbreitete Krankheiten sind etwa Herz-Kreislauf-Krankheiten, Depressionen oder Diabetes, zu den bösartigen Krankheiten gehören Krebs, rheumatische Krankheiten oder Schizophrenie.

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

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

Zudem wird zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden:

- *Verhaltensprävention* umfasst Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens von Menschen, zur Befähigung zu einem selbst bestimmten Umgang mit Gesundheitsrisiken und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, insbesondere Informations- und Aufklärungsmassnahmen sowie Beratung.
- *Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention* umfasst Massnahmen zur Beeinflussung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Dies können sowohl regulative Massnahmen (z.B. Besteuerung gesundheitsschädigender Produkte, Abgabeverbote) wie auch Massnahmen zur Förderung eines gesundheitsfördernden Verhaltens (z.B. Bau von Radwegen, Gratisabgabe von Kondomen) sein. Die meisten Massnahmen der Verhältnisprävention liegen ausserhalb des engeren Zuständigkeitsbereichs der Gesundheitspolitik.

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

## **2.2 2. Abschnitt: Steuerungs- und Koordinationsinstrumente**

### *Art. 4* Nationale Ziele

Gemäss der verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung sind in erster Linie die Kantone für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen zuständig. Gleichzeitig gilt es heute aber als unbestritten, dass angesichts der zahlreichen öffentlichen und privaten Initiativen und Strategien klare gesundheitspolitische Prioritäten gesetzt und die horizontale und vertikale Zusammenarbeit zwischen den Akteuren verstärkt werden müssen, mit dem Ziel, die Koordination und Effizienz der Massnahmen und des Mitteleinsatzes zu erhöhen. Gemäss Auftrag des Bundesrates vom 28. September 2007 (siehe oben Ziffer 1.1.7) soll diese Prioritätensetzung und die damit verbundene Verbesserung der Steuerung und Koordination durch nationale Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung (nationale Ziele) erreicht werden.

Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Kompetenzausscheidung von Bund und Kantonen kommt dem Bund die Aufgabe zu, die nationalen Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung festzulegen (*Abs. 1*). In Anbetracht der Tatsache, dass vor allem die Kantone Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen durchführen, sind diese jedoch eng in die Erarbeitung der nationalen Ziele einzubinden. Idealerweise resultiert dieser Prozess der Einbindung in einer von Bund und Kantonen gemeinsam getragenen politischen Vereinbarung über die nationalen Ziele.

Um zu vermeiden, dass die Formulierung der Ziele zeitlich und administrativ zu aufwändig wird, sollen dazu die bestehende Strukturen genutzt werden. Sinnvollerweise stellen der Vorstand der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesund-

heitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) als Vertretung der Kantone und das Eidg. Departement des Innern (EDI) als Vertretung der betroffenen Bundesstellen die zentralen Partner in diesem politischen Prozess dar. Als strategische Informations- und Diskussionsplattform soll unter anderem der bereits bestehende Dialog zwischen Bund und Kantonen zur Nationalen Gesundheitspolitik<sup>53</sup> genutzt werden. Die Verabschiedung der nationalen Ziele erfolgt nach Möglichkeit durch eine politische Vereinbarung zwischen der Plenarversammlung der GDK und dem Bundesrat.

Während die nationalen Ziele vom Bund bei der Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung als verbindliche Vorgabe für die in seinen Zuständigkeitsbereich fallenden Massnahmen beizuziehen sind (siehe Art. 5 Abs. 2), stellen sie für die Kantone sowie die übrigen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung tätigen Institutionen und Organisationen lediglich Richtlinien für ihre Aktivitäten dar.

Die Formulierung und Verabschiedung der nationalen Ziele sind Bestandteile eines zyklischen Prozesses, der sich alle 8 Jahre wiederholt: Auftragserteilung – Zielformulierung – Zielverabschiedung – Umsetzung – Überprüfung der Zielerreichung – Berichterstattung – Auftragserteilung und so weiter.

Zu den in *Absatz 2* erwähnten interessierten Kreisen zählen die direkt oder indirekt von den nationalen Zielen betroffenen Institutionen und Organisationen. Dies sind unter anderen die interkantonalen Koordinationsgremien, die medizinischen und nichtmedizinischen Berufs- und Fachorganisationen, die Forschungsorgane, die privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen sowie die übrigen unter anderem auch im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Fachverbände, die Patientenorganisationen, die Kranken- und Unfallversicherer sowie die Gewerbe- und Wirtschaftsverbände. Diese sind in geeigneter Form in den Zielformulierungsprozess einzubeziehen und vor Verabschiedung der Ziele durch den Bundesrat und die Plenarversammlung der GDK im Rahmen einer Anhörung zu begrüssen.

Wie in *Absatz 3* ausgeführt, sind als wissenschaftliche Grundlagen für die Zielformulierung neben der kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung, welche auch die Gesundheitsdeterminanten abdeckt, der schweizerische Gesundheitsbericht (siehe Art. 22) sowie Empfehlungen der internationalen Organisationen oder der Wissenschaft zu berücksichtigen. Der Bedarf einzelner Personengruppen soll nach Möglichkeit ebenfalls in den Zielformulierungsprozess einfließen, er kann im Rahmen von Forschungsprojekten oder Bevölkerungsbefragungen erhoben werden.

Die nationalen Ziele sind in ihrer konkreten Ausgestaltung so zu formulieren, dass sie überprüfbar sind (*Abs. 4*). Das heisst, sie sollten über quantifizierbare Zielgrössen und/oder Indikatoren verfügen. Eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung (siehe Art. 22 Abs. 1) soll sicherstellen, dass die Wirkungen der zur Zielerreichung ergriffenen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen von Bund und Kantonen regelmässig beurteilt werden können. Bei Bedarf sind Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

<sup>53</sup> Vereinbarung zwischen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Bund) vertreten durch das Eidg. Departement des Innern (EDI) zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz vom 15. Dezember 2003.

## Art. 5 Bundesrätliche Strategie

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

Nach *Absatz 1* legt der Bundesrat damit die Schwerpunkte seiner Politik zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten fest. Damit unterstützt die bundesrätliche Strategie die gemeinsame inhaltliche Orientierung innerhalb der Bundesverwaltung, die Koordination der Aktivitäten der verschiedenen Bundesstellen sowie der ausserparlamentarischen Kommissionen. Darüber hinaus sorgt sie für einen effizienten Ressourceneinsatz.

Die bundesrätliche Strategie hat eine Laufdauer von vier Jahren. Damit folgt sie dem Zyklus der Legislaturplanung. Die Verantwortung für die Prozessführung für die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie wird dem EDI (BAG) übertragen. Dieses wird in einem noch näher zu definierenden Verfahren alle betroffenen Bundesstellen, aber auch die Kantone (siehe *Abs. 3*) in die Erarbeitung einbeziehen. Dabei hat das EDI/BAG insbesondere auch sicherzustellen, dass die in der bundesrätlichen Strategie enthaltenen Vorgaben mit den Inhalten der Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesrates<sup>54</sup> koordiniert und kompatibel sind. Letztere enthält unter anderem ein Handlungsfeld «Öffentliche Gesundheit, Sport und Bewegungsförderung» und nimmt damit ebenfalls auf die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung Bezug.

*Absatz 1* erläutert im weiteren detailliert, welche Festlegungen durch die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung getroffen werden sollen.

Gemäss *Buchstabe a* werden in der bundesrätlichen Strategie die strategischen Schwerpunkte für die nationale Programme nach Artikel 6 festgelegt. Da im Rahmen der nationalen Programme auch strukturelle Präventionsmassnahmen, die eine Änderung der Bundesgesetzgebung zur Folge haben, vorgesehen werden können, sind in diesem Zusammenhang auch alle geplanten Richtliniengeschäfte in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung aufzuführen. Dabei kann es sich um Teilrevisionen bestehender Gesetze oder auch um neue gesetzliche Regelungen handeln. Die Geschäftsplanung ist mit der Legislaturplanung nach Artikel 146 des Parlamentsgesetzes vom 13. Dezember 2002<sup>55</sup> abzustimmen.

Nach *Buchstabe b* legt die bundesrätliche Strategie in Übereinstimmung mit den Corporate-Governance-Leitlinien des Bundesrates<sup>56</sup> und mit Artikel 16 des Vorentwurfs über ein Bundesgesetz über ein Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung alle vier Jahre die strategischen Ziele des Instituts fest.

Nach *den Buchstaben c und d* soll der Bundesrat alle vier Jahre sowohl die Höhe des nach Artikel 20 KVG erhobenen Zuschlags auf der KVG-Prämie festlegen wie auch die strategischen Vorgaben für die Verwendung der Einnahmen aus den Präventionsabgaben nach Artikel 13 sowie die Ausrichtung der Finanzhilfen nach Artikel 17.

<sup>54</sup> Die Strategie Nachhaltige Entwicklung des Bundesrates wird vom Bundesrat alle vier Jahre aktualisiert. Sie führt die Bemühungen weiter, die weltweit vor 20 Jahren mit dem Bericht «Our common future» der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung - nach deren Vorsitzenden auch «Brundtland-Bericht» genannt - ihren Anfang nahmen. Eine Entwicklung ist nachhaltig, wenn sie die Ziele der ökologischen Verantwortung, der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und der gesellschaftlichen Solidarität in Einklang bringt.

<sup>55</sup> SR 171.10

<sup>56</sup> BBl 2006 8233

Und nicht zuletzt bestimmt die bundesrätliche Strategie auch die strategische Stossrichtung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsstatistik und der Gesundheitsberichterstattung nach den Artikel 20 bis 22 (*Bst. e*).

Nach *Absatz 2* stützt der Bundesrat seine Strategie auf die nationalen Ziele ab. Nach *Buchstabe a* sind im Rahmen der Erarbeitung der Strategie auch deren potentielle Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Umwelt zu analysieren, um unnötige Belastungen für den Einzelnen, für einzelne Personengruppen sowie für Unternehmen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist ein sorgfältiges Abwägen zwischen dem öffentlichen Interesse des Schutzes der Bevölkerung oder einzelner Personengruppen vor übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten einerseits und dem Schutz der Wirtschaftsfreiheit andererseits erforderlich.

Die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten im Sinne von Artikel 1 weist auf fachlicher Ebene enge Bezüge zu anderen Präventionsbereichen auf. Zu nennen sind insbesondere die Verhütung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>57</sup> über die Unfallversicherung (UVG), der Gesundheitsschutz nach dem Arbeitsgesetz vom 13. März 1964<sup>58</sup> (ArG), die Unfallverhütung im Strassenverkehr nach dem Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958<sup>59</sup> (SVG) wie auch die Gewaltprävention nach Artikel 386 des Schweizerischen Strafgesetzbuches<sup>60</sup> (StGB). Aus diesem Grund ist nach *Buchstabe b* sicherzustellen, dass die bundesrätliche Strategie die Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen der namentlich aufgeführten Gesetze berücksichtigt.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden Koordination der Aktivitäten der Kantone mit denjenigen des Bundes sind die Kantone nach *Absatz 3* in geeigneter Form in die Erarbeitung der bundesrätlichen Strategie einzubinden. Vor der Beschlussfassung sind die übrigen direkt oder indirekt von der bundesrätlichen Strategie betroffenen Institutionen und Organisationen anzuhören (siehe auch Art. 4 Abs. 2). Es handelt sich dabei um eine Anhörung nach Artikel 10 des Vernehmlassungsgesetzes (SR 172.061).

Am Ende jedes Vierjahreszyklus überprüft der Bundesrat die mit der Strategie erzielten Wirkungen mittels einer Evaluation und berücksichtigt die Ergebnisse der Evaluation bei der Formulierung der neuen Strategie (*Abs. 4*).

## *Art. 6* Nationale Programme

*Absatz 1* definiert in Ergänzung zu den entsprechenden Bestimmungen im BetmG und im EpG die nationalen Programme als das zentrale Steuerungs- und Koordinationsinstrument auf der Umsetzungsebene. Nationale Programme werden vor allem dann zum Einsatz gelangen, wenn komplexe und vielschichtige Themen (z.B. Alkoholprävention, Tabakprävention, Förderung einer ausgewogenen Ernährung und regelmässiger Bewegung, Prävention von psychischen Krankheiten, Prävention und Früherkennung von Krebs) ein hohes Mass an Koordination unter den beteiligten staatlichen und privaten Akteuren auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene erfordern.

57 SR 832.20

58 SR 822.11

59 SR 741.01

60 SR 311.0

Thema eines nationalen Programms kann nicht nur ein Gesundheitsrisiko oder eine bestimmte Krankheiten sein, sondern – im Hinblick auf den in Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe b erwähnten Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten – auch eine ausgewählte Zielgruppe (z.B. Migrantinnen und Migranten, ältere Menschen, etc.) oder ein bestimmtes «Setting» (Schule, Betrieb, Gemeinde etc.).

In Abhängigkeit von den nationalen Zielen werden nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe a die strategischen Vorgaben und damit auch die Themenbereiche der nationalen Programme vom Bundesrat festgelegt. Basierend auf diesen Vorgaben werden in den nationale Programme für einen bestimmten Themenbereich die Vorgehensweisen und die Handlungsfelder für die nächsten vier bis acht Jahre festgelegt. Damit dienen sie allen an der Umsetzung Beteiligten als Richtlinien für die weiteren Aktivitäten. Bei der Umsetzung können sie in Abhängigkeit von den kantonalen oder regionalen Gegebenheiten angepasst oder mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen werden.

Nach *Absatz 2* haben die zuständigen Bundesstellen bei der Erarbeitung der Programme deren mögliche Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Umwelt zu berücksichtigen, um unnötige Belastungen für den Einzelnen, für einzelne Personengruppen sowie insbesondere für Unternehmen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist die Freiheitssphäre der Bürgerinnen und Bürger, wie verfassungsrechtlich vorgegeben, zu achten und zu schützen und unverhältnismässige Einschränkungen der Wirtschaftsfreiheit sind zu vermeiden.

Konzeption und Umsetzung der nationalen Programme sollen nach Möglichkeit dem Institut übertragen werden (siehe Art. 26 Abs. 1 Bst. a). Einzig bei Programmen mit starker gesundheitspolizeilicher Ausrichtung (z.B. Pandemievorbereitung) oder Programme im Bereich des Gesundheitsschutzes, die eine enge Abstimmung mit gesetzgeberischen Aktivitäten erfordern (z.B. Radon-Programm), ist diese Aufgabe von der zuständigen Stelle in der Zentralverwaltung wahrzunehmen. Zudem soll das Institut die Kantone und die privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen bei der Umsetzung der nationalen Programme durch programmspezifische Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 10 unterstützen. Die Umsetzung der Massnahmen ist von den Kantonen sowie von den übrigen beteiligten Institutionen und Organisationen grundsätzlich selbst zu finanzieren. Jedes Programm ist von der zuständigen Stelle periodisch auf seine Wirkungen (Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) hin zu überprüfen.

Als wichtiges Instrument zur Koordination der Umsetzung der Programme zählen die in *Absatz 4* erwähnten Plattformen.

#### *Art. 7* Gesundheitsfolgenabschätzung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein Instrument der Gesundheitspolitik, das darauf abzielt, im Rahmen der Planungs- und Entscheidungsprozesse mögliche positive und negative Gesundheitsauswirkungen von politischen Vorhaben in Politikbereichen ausserhalb des Sektors Gesundheit prospektiv abzuschätzen. Die GFA wurde in den 1970er Jahren von der WHO aus der Erkenntnis heraus entwickelt, dass Gesundheit nicht alleine aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems wie Qualität und Zugang zu medizinischen Leistungen, aus den biologisch-genetischen Voraussetzungen und aus dem persönlichen Lebensstil resultiert. Wesentlich für Gesundheit und Wohlbefinden einer Bevölkerung oder einzelner Personengruppen sind gemäss der WHO Lebensbedingungen wie Frieden, sozialer Status,

Bildung, Beschäftigung, Einkommen, Wohnen, Umwelt und Nahrung, d.h. Gesundheitsdeterminanten, die ausserhalb des Politikbereichs Gesundheit liegen (siehe auch Erläuterung zu Art. 3 Bst. a).

*Absatz 1* gibt dem Bundesrat die Möglichkeit bei Parlaments- und Bundesratgeschäften von besonderer Tragweite eine GFA durchführen zu lassen. Vorhaben, die in kantonaler Kompetenz liegen, sind von der GFA gemäss Art. 11 nicht betroffen.

Mit der GFA sollen gemäss *Absatz 2* einerseits die politischen Entscheidungsträger ausserhalb des Sektors Gesundheit für gesundheitliche Belange sensibilisiert werden. Andererseits soll die GFA zu einem möglichst transparenten Entscheidungsprozess unter Offenlegung allfälliger Interessenskonflikte beitragen. Deshalb ist vorgesehen, dass die für das Vorhaben federführende Bundesstelle die GFA in einer möglichst frühen Phase der Politikformulierung durchführt.

Prospektive Folgenabschätzungen werden in der Bundesverwaltung bereits seit längerem erfolgreich durchgeführt: die Regulierungsfolgenabschätzung zwecks Darstellung der volkswirtschaftlichen Auswirkungen und die Nachhaltigkeitsbeurteilung zwecks Abschätzung der sozialen, ökonomischen und ökologischen Auswirkungen. Bei der Entwicklung der methodischen Grundlagen der GFA sind deshalb die Erfahrungen und Vorgehensweisen der bereits bestehenden Instrumente zu berücksichtigen. Zudem sind die verschiedenen Instrumente koordiniert einzusetzen (*Abs. 3*).

#### *Art. 8* Koordination

Wie oben (Art. 5) erwähnt weist die Verhütung und Früherkennung von Krankheiten im Sinne von Artikel 1 auf fachlicher Ebene enge Bezüge zu anderen Präventionsbereichen auf. Zu nennen sind insbesondere die Verhütung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>61</sup> über die Unfallversicherung (UVG), der Gesundheitsschutz nach dem Arbeitsgesetz vom 13. März 1964<sup>62</sup> (ArG), die Unfallverhütung im Strassenverkehr nach dem Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958<sup>63</sup> (SVG) wie auch die Gewaltprävention nach Artikel 386 des Schweizerischen Strafgesetzbuches<sup>64</sup> (StGB).

Damit die Koordination der Massnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten im Sinne von Artikel 1 mit denjenigen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen, die über den Geltungsbereich des VE PräVG hinausgehen, sichergestellt werden kann, soll der Bundesrat verpflichtet werden, die Umsetzung des VE PräVG mit den ähnlich gelagerten Bestrebungen der in Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b namentlich aufgeführten Gesetze zu koordinieren.

61 SR 832.20

62 SR 822.11

63 SR 741.01

64 SR 311.0

## 2.3 3. Abschnitt: Aufgaben des Bundes

### Art. 9 Information

Informationen über mögliche Gesundheitsrisiken und über gesundheitsförderndes Verhalten sind eine Grundvoraussetzung für situationsgerechtes Verhalten und damit ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Verhütung und Früherkennung von Krankheiten. Der Bevölkerung oder Teilen davon sollen adäquate Informationen, Handlungsoptionen sowie Entscheidungsgrundlagen im Sinne der Förderung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung zur Verfügung gestellt werden. Die Informationen des Bundes können sich aber auch an Fachleute des Gesundheitswesens oder anderer Bereiche, an Behörden (auch ausserhalb des Gesundheitsbereichs) sowie an die Wirtschaft richten. (*Abs. 1*).

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

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

Empfehlungen der Behörden enthalten Verhaltensanweisungen, die sich an die Gesamtbevölkerung, Personengruppen oder an bestimmte Adressaten wie Fachleute des Gesundheitsbereichs oder anderer Bereiche richten (*Abs. 2*). Obwohl staatliche Empfehlungen rechtlich nicht verbindlich sind, können sie rechtliche Wirkungen entfalten: Empfehlungen können bei Privaten zu einem (finanziellen) Schaden führen und damit allenfalls eine Haftung des Staates auslösen.<sup>65</sup> Die Zulässigkeitsvoraussetzungen von Empfehlungen ergeben sich aus dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit, der (potenzielle) Grundrechtseingriffe auf das jeweils erforderliche und zumutbare Mass beschränkt.

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

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

Um eine kohärente Information und ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, hält *Absatz 4* fest, dass Bund und Kantone z.B. im Rahmen der nationalen Programme nach Artikel 6, eine ausreichende Koordination der Informationstätigkeit sicherstellen.

<sup>65</sup> BGE 116 II 480 ff. (Tschernobyl), 118 Ib 473 ff. (Vacherin Mont d'Or).

## Art. 10 Unterstützungsmassnahmen

Gemäss *Absatz 1* soll der Bund in Zukunft die Kantone, private Präventions- und Gesundheitsorganisationen, medizinische und nicht medizinische Fachorganisationen wie auch Leistungserbringer nach KVG bei der Konzeption und Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen besser unterstützen. Diese Dienstleistungen des Bundes werden durch die in den Artikeln 18 und 19 aufgeführten Förderungsmassnahmen in den Bereichen Forschung sowie Aus- und Weiterbildung ergänzt. Die Unterstützungsmassnahmen sollen dazu beitragen, die Wirksamkeit der Aktivitäten auf allen Ebenen zu verbessern.

Für die Erbringung der Unterstützungsmassnahmen ist nach Artikel 12 Absatz 2 das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (Institut) zuständig. Als zentraler Ansprechpartner der Kantone auf Bundesebene für die Durchführung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen besteht die Hauptaufgabe des Instituts darin, die Kantone bei der Umsetzung des Präventionsgesetzes zu unterstützen.

Gemäss *Absatz 2 Buchstaben a bis e* wird das Institut als Fachstelle insbesondere Aufgaben auf dem Gebiet des Wissensmanagements und der Dokumentation, der Qualitätssicherung, der Programmentwicklung, der Koordination und Netzwerkarbeit, der Intervention sowie der Informationsaufbereitung erbringen.

*Buchstabe a* betont, dass das Institut als nationales Kompetenzzentrum in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung notwendige wissenschaftliche Erkenntnisse sammelt und dokumentiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Verfügung stellt. In enger Zusammenarbeit mit seinen Partnern wird es über die Abgabe von Informationen und Kenntnissen einen entscheidenden Beitrag zur Festigung und Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz leisten. Dazu gehört auch die von der Wissenschaft weniger häufig geleistete Aufarbeitung und Weitergabe von verfügbarem Praxiswissen. Wertvolles Praxiswissen findet sich beispielsweise in anerkannten Interventionsmodellen (Best-Practice-Modelle). Das Institut wird solche Modelle propagieren als einen von möglichen Schritten zur Steigerung der Wirksamkeit von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen bei optimalem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die Verbreitung von anerkannten Interventionsmodellen wird insbesondere bei solchen Gesundheitsrisiken angezeigt sein, bei denen die Präventionsarbeit in der Schweiz noch am Anfang steht: ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, psychische Krankheiten.

Das Institut muss nicht selber im Besitz aller erforderlichen spezifischen Kompetenzen sein und kann wenn nötig die entsprechenden Expertinnen und Experten beiziehen, um flexibel und effizient zu handeln.

Mit seinen Aktivitäten auf dem Gebiet der Information und Dokumentation ergänzt das Institut dank seines bereichsübergreifenden Ansatzes bereits bestehende, aber auf ausgewählte Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung spezialisierte Dokumentationszentren wie die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), die auf Sucht und stationäre Therapie ausgerichtete Infodrog oder die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Eine themenzentrierte und projektorientierte Zusammenarbeit mit diesen und weiteren Organisationen wie den Gesundheitsligen, dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium, der Swiss School of Public Health, den Fachhochschulen und Universitäten gehört zu den Aufgaben des Instituts.

Neben dem nationalen Netzwerk wird das Institut auch über ein internationales Netzwerk verfügen und sich damit einen Überblick über die in anderen Ländern vorhandenen wissenschaftlichen Kenntnisse sowie das dortige Wissen verschaffen.

Um sicherzustellen, dass nationale Programme oder Projekte effizient und/oder dauerhaft umgesetzt werden, soll das Institut nach *Buchstabe b* methodologische Grundlagen, insbesondere Qualitätsstandards erarbeiten. Unter solche Qualitätsstandards fallen zum Beispiel die Berücksichtigung des Gender-Mainstreaming oder die zielgruppenspezifische Ausrichtung von Massnahmen. Aber auch die Konzipierung und Umsetzung von Projekten nach dem «quint-essenz»-Modell, die «Selbstevaluation» von Projekten oder die Einhaltung der so genannten SEVAL-Standards (Qualitätsanforderungen an die Evaluation) zählen zu den Elementen in der Qualitätssicherung, die das Institut zur Verfügung stellen wird. Es wird zudem sicherstellen, dass die mit der Konzeption und Umsetzung betrauten Personen über das dazu notwendige Fachwissen verfügen. Schliesslich wird das Institut an der Weiterentwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung mitwirken.

Nach *Buchstabe c* soll das Institut in Zusammenarbeit mit Universitäten, Fachhochschulen, der Swiss School of Public Health und weiteren Organisationen aus Wissenschaft und Forschung die Entwicklung neuer präventiver und gesundheitsförderlicher Interventionen unterstützen und im Rahmen der Durchführung von Pilotprojekten auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin untersuchen können.

*Buchstabe d* betont die Rolle des Instituts als zentrale Ansprechstelle und Drehscheibe, insbesondere für die Kantone sowie für private Organisationen in der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten.

Die vielfachen Zuständigkeiten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung haben in der Schweiz trotz einer beträchtlichen Anzahl von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen zu disparaten und weitgehend unkoordinierten Aktivitäten geführt. Massnahmen können aber nur dann dauerhaft wirksam sein und finanzielle Mittel nur dann effizient und wirkungsvoll eingesetzt werden, wenn das Vorgehen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gesamtschweizerisch koordiniert ist und Prioritäten gesetzt werden. Es gehört zu den Aufgaben des Instituts, die Zusammenarbeit von Bund, Kantonen sowie den übrigen Akteuren (Kranken- und Unfallversicherer, Leistungserbringer, private Organisationen, Wirtschaftsverbände etc.) zu fördern und zu koordinieren. Dabei wird das Institut auf bestehende Netzwerke wie beispielsweise «hepa» oder «nutrinet» zurückgreifen und bei Bedarf neue Netzwerke initiieren, da diese für die Verbreitung von wissenschaftlichem Grundlagenwissen, den Erfahrungsaustausch, sowie die Kommunikation und Vernetzung innerhalb der Mitgliederorganisationen und Akteure von grosser Bedeutung sind.

Es ist sinnvoll, dass der Bund Prävention und Gesundheitsförderung in jenen Bereichen unterstützt, in welchen Aktivitäten auf übergeordneter Ebene an Wirksamkeit gewinnen. Dazu zählen unter anderen auch die Sensibilisierung der Bevölkerung für ausgewählte Gesundheitsrisiken und die Abgabe der entsprechenden Informationen. *Buchstabe e* hält demgemäss fest, dass das Institut in Absprache mit den Kantonen Informationsmaterialien wie Flyer oder Broschüren aufbereiten oder Kampagnen konzipieren und realisieren kann.

## 2.4 4. Abschnitt: Aufgaben der Kantone

### Art. 11

Wie in *Absatz 1* beschrieben, sind primär die Kantone für die Durchführung von Massnahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung zuständig. Dabei sollen sie ihre Aktivitäten auf die Erreichung der nationalen Ziele konzentrieren. Gleichzeitig erhalten sie durch den Bund (Institut) methodologische und technische Unterstützung bei der Konzeption und Umsetzung der Massnahmen (Art. 10). Die finanzielle Unterstützung erfolgt nach Massgabe der bundesrätlichen Strategie durch Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Art. 5 Abs. 1 Bst. d und Art. 13). Bereits heute verfügen alle Kantone über mehr oder weniger stark entwickelte Strukturen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

In *Absatz 2* werden die Kantone verpflichtet, die notwendigen Einrichtungen und Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Umsetzung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zu ermöglichen. Sie können diese auch privaten Institutionen oder Organisationen übertragen. Eine ähnliche Regelung findet sich auch in Artikel 3b Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 (BetmG), der am 20. März 2008 von der Bundesversammlung verabschiedet wurde.<sup>66</sup>

In den *Buchstaben a bis d*, welche der langfristigen Sicherung des von den Kantonen bisher Erreichten dienen, werden die von den Kantonen zu gewährleistenden Strukturen und Angebote detaillierter beschrieben.

Jeder Kanton hat eine Beauftragte oder einen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung zu bezeichnen (*Bst. a*). Diese Person ist sowohl Ansprechpartner des Bundes als auch Kontaktperson der politischen Gemeinden zwecks Vernetzung zwischen Kantonen und Gemeinden. Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Kantonen kann einerseits über gemeinsame Projektorganisationen und andererseits über die Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung (VGBF) erfolgen.

Neben den Strukturen und Angeboten, die den spezifischen kantonalen Bedürfnissen Rechnung tragen (z.B. sprachlicher, sozio-ökonomischer, politischer Art) sollen die Kantone auch Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Verfügung stellen, die zur Erreichung der nationalen Ziele und für die Verbesserung der individuellen Gesundheitskompetenz unter Gewährleistung der gesundheitlichen Chancengleichheit notwendig sind. Dabei ist der gesellschaftlichen Diversität (Migrationshintergrund, Gender, sozio-ökonomischer Status) besondere Beachtung zu schenken (*Bst. b*).

Die *Buchstaben c und d* lenken die Aufmerksamkeit auf die aus Sicht des Bundes speziell zu beachtende und zu fördernde Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen im Schulalter. Im Zentrum der Dienstleistungen des Schulgesundheitsdienstes stehen das physische und psychische sowie das soziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen. Damit Schülerinnen und Schüler gesundheitsfördernde Verhaltensmuster und Lebenskompetenzen erwerben können und lernen, gesundheitliche Gefahrenpotentiale zu erkennen, sollte der Zugang zu Schulgesundheitsdiensten am besten während der gesamten Schulzeit gesichert sein.

<sup>66</sup> BBl 2008 2269

Je nach bereits bestehendem Engagement im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung kann die Einrichtung oder der Ausbau von Strukturen und Angeboten in der Prävention und Gesundheitsförderung für die Kantone, Städte und Gemeinden einen Mehraufwand bedeuten. Andererseits gibt das Gesetz den Kantonen die Möglichkeit, die entsprechenden Massnahmen gemeinsam zu organisieren und anzubieten.

In Analogie zu den Bundesstellen (siehe oben Art. 6 Abs. 3) werden auch die Kantone angehalten, regelmässig die Wirksamkeit und – wo möglich – auch die Wirtschaftlichkeit, der von ihnen getroffenen oder finanzierten Massnahmen zu überprüfen. Gleichzeitig haben sie für eine sinnvolle Koordination und Vernetzung der Aktivitäten innerhalb eines Kantons aber auch zwischen den Kantonen zu sorgen (*Abs. 3*).

## **2.5 5. Abschnitt: Schweizerisches Institut für Prävention und Gesundheitsförderung**

### *Art. 12*

Nicht im PräVG selbst, sondern in einem Spezialgesetz (Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) werden die Organisation, der Betrieb und die Finanzierung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung geregelt. Die Verweisung in *Absatz 1* auf diese spezialgesetzliche Regelung soll diese Beziehung zwischen dem PräVG und dem Spezialgesetz über das Institut verdeutlichen. Nach *Absatz 2* werden die Unterstützungsmassnahmen (Art. 10) gesetzlich auf das Institut übertragen. Artikel 3 Absatz 2 des Spezialgesetzes über das Institut verweist seinerseits auf diese Aufgabenübertragung im PräVG.

## **2.6 6. Abschnitt: Präventionsabgaben**

Nach geltendem Recht werden die Einnahmen aus den Präventionsabgaben wie folgt verwaltet: der nach Artikel 20 KVG erhobene Zuschlag auf der KVG-Prämie wird von der privatrechtlichen Stiftung «Gesundheitsförderung Schweiz» im Sinne von Artikel 19 Absatz 1 KVG für die Anregung, Koordination und Evaluation von Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten eingesetzt, während die Tabakpräventionsabgabe durch den TPF – nach Artikel 3 der Verordnung vom 5. März 2004<sup>67</sup> über den Tabakpräventionsfonds (TPFV) eine Fachstelle im BAG – verwaltet wird.

Neu sieht das PräVG vor, dass die Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Zuschlag auf der KVG-Prämie und Tabakpräventionsabgabe) direkt dem neu geschaffenen Schweizerischen Institut für Prävention und Gesundheitsförderung zufließen. Soweit die Einnahmen für Beiträge an Programme oder Projekte von Kantonen oder privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen geleistet werden, handelt es sich um die Erteilung von Subventionen und damit eigentlich um eine Ministerialaufgabe. Die Mittelvergabe durch das Institut ermöglicht aber einen von den allge-

<sup>67</sup> SR 641.316

meinen Bundesmitteln getrennten Einsatz dieser Einnahmen, welcher sowohl die spezifische Form der Erhebung der Präventionsabgaben wie auch die zweckgebundenen Verwendung der Mittel entsprechend berücksichtigt.

Der TPF, der heute durch eine beim BAG angesiedelte Fachstelle verwaltet ist, wird als Konsequenz an das Institut transferiert werden. Die neue Regelung der Finanzflüsse beim Zuschlag auf der KVG-Prämien und bei der Tabakpräventionsabgabe bedingt auch eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen im KVG und im TStG (vgl. dazu Art. 28 «Änderungen bisherigen Rechts»).

#### Art. 13 Zweckbindung

*Absatz 1* regelt die Zweckbindung für beide Präventionsabgaben. Diese können entweder für die Gewährung von Beiträgen an Programme und Massnahmen Dritter (*Bst. a*) oder zur Finanzierung von nationalen Programmen nach Artikel 6 (*Bst. b*) verwendet werden, wobei die Einzelheiten der Beitragsgewährung in den Artikeln 14 und 15 festgehalten werden. Wie bis anhin sollen mit der Tabakpräventionsabgabe nur Programme und Massnahmen der Tabakprävention finanziert werden (siehe dazu auch Art. 14 Abs. 2).

*Absatz 2* hält in Ergänzung zu Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe d nochmals fest, dass der Bundesrat im Rahmen der Verabschiedung der bundesrätlichen Strategie die Schwerpunkte der Mittelverwendung festlegt. Er hat dabei insbesondere festzulegen, welcher Anteil der Einnahmen aus den Präventionsabgaben für die Finanzierung von nationalen Programmen nach Artikel 6, welche das Institut im Auftrag des Bundesrates (siehe unten Art. 26 Abs. 1 Bst. a) erarbeitet oder umsetzt, verwendet werden darf. Durch geeignete Modalitäten bei der Rechnungslegung des Instituts (siehe Art. 14 des VE zu einem Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung) ist sicherzustellen, dass die Einhaltung der Zweckbindung der Mittel im Sinne von Absatz 1 überprüft werden kann.

#### Art. 14 Mittelverwendung

Aus den Einnahmen aus den Präventionsabgaben sollen nach Massgabe der bundesrätlichen Strategie (Art. 5 Abs. 1 Bst. d) und im Sinne von Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe a Programme und Massnahmen finanziert werden, die der Prävention von Krankheiten oder der Gesundheitsförderung dienen. Der genaue Verwendungszweck der Präventionsabgaben wird in Artikel 14 weiter spezifiziert.

Je nach Abgabe werden dabei etwas unterschiedliche Prioritäten gesetzt: Für Zuschlag auf der KVG-Prämie gilt, dass er zur Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen von Bund, Kantonen und Dritten sowie von kantonalen Programmen nach den Artikeln 26 und 33 Absatz 2<sup>bis</sup> KVG verwendet werden kann (*Abs. 1 Bst. a und d*). Zudem können nach noch näher zu definierenden Modalitäten Beiträge an kantonale Präventionsprogramme geleistet werden, welche zur Erreichung der nationalen Ziele beitragen (*Abs. 1 Bst. b*). Dabei ist ebenfalls auf Verordnungsstufe vorzusehen, dass gesetzgeberische Aktivitäten von Bund und Kantonen wie auch Massnahmen zum Vollzug von Bundes- oder Kantonsrecht nicht aus dem KVG-Prämienzuschlag finanziert werden dürfen, da es sich hier um hoheitliche Aufgaben handelt, die aus den Staatshaushalten zu finanzieren sind. Und nicht zuletzt können mit dem Zuschlag auf der KVG-Prämie auch Forschungsvorhaben finanziert werden (*Bst. c*).

Die Verwendung der Einnahmen aus der Tabakpräventionsabgabe beschränkt sich auf den Bereich der Tabakprävention. In Analogie zur Verwendung des KVG-Prämienzuschlags können auch hier Beiträge an Präventionsmassnahmen von Bund, Kantonen und Dritten (*Abs. 2 Bst. a*), kantonale Tabakpräventionsprogramme (*Abs. 2 Bst. b*) sowie Forschungsvorhaben (*Abs. 2 Bst. c*) gewährt werden. Auch hier ist die Verwendung für hoheitliche Aufgaben auf Verordnungsstufe einzuschränken.

#### *Art. 15*            Voraussetzungen

Die Gewährung von Beiträgen durch das Institut wird von materiellen Voraussetzungen abhängig gemacht, welche ein Programm, eine Massnahme oder ein Forschungsvorhaben kumulativ erfüllen muss. Die in *Absatz 1* abschliessend aufgeführten fünf Voraussetzungen sollen sicherstellen, dass die finanziell zu unterstützenden Programme und Projekte sowohl zur Umsetzung der nationalen Ziele beitragen wie auch den anerkannten Qualitätsstandards entsprechen. Um die Entwicklung innovativer Modelle zu fördern, ist den Akteuren jedoch ein breiter Gestaltungsfreiraum zu gewähren.

Die Möglichkeit von längerfristig zugesicherten finanziellen Leistungen ist in *Absatz 2* festgehalten.

*Absatz 3* bestimmt, dass auch bei Erfüllung aller Voraussetzungen nach *Absatz 1* kein Anspruch auf einen finanziellen Beitrag durch das Institut besteht.

#### *Art. 16*            Wirkungsmanagement

Jedes Programm oder Projekt, welches ganz oder teilweise mit Einnahmen aus den Präventionsabgaben finanziert wurde, muss eine Wirksamkeitsüberprüfung durchführen. Diese Projekt- oder Programmevaluationen sind der beitragsgewährenden Stelle, also dem Institut, zuzustellen. In Übereinstimmung mit Artikel 10 Absatz 2 Buchstabe b ist es Aufgabe des Instituts die Wirkungsüberprüfung in den Projekten im Sinne eines umfassenden Wirkungsmanagements<sup>68</sup> zu stärken und aktiv zu begleiten. Die Ergebnisse der geförderten Projekte werden systematisch und wissenschaftlich aufgearbeitet und z.B. zielgruppen-, setting- oder massnahmenspezifisch synthetisiert und praxisbezogene «lessons learned» formuliert (Valorisierung). Die Ergebnisse der Projekte werden allgemein zugänglich und die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Aufarbeitung bei den Kantonen und den privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen bekannt gemacht.

<sup>68</sup> Wirkungsmanagement meint, dass gezielt Informationen über Wirkungen und Nutzen der eigenen Tätigkeit oder von Projekten generiert und systematisiert werden, um auf diese Weise mehr Wirkung und mehr Nutzen zu erzielen. Ein integriertes Wirkungsmanagement umfasst Projektplanung, Abwicklung von Projektgesuchen, Management von Qualität und Nachhaltigkeit, Controlling, Projektevaluationen, Benchmarking sowie die Evaluation von Wirkungen allgemein.

## 2.7 7. Abschnitt: Finanzhilfen und andere Förderungsmassnahmen

### Art. 17 Finanzhilfen an Organisationen

Diese Bestimmung gibt dem Bund die Möglichkeit, bestimmten öffentlichen und privaten Organisationen Finanzhilfen zu gewähren. Diese sind aus den bewilligten Krediten des Bundes zu finanzieren. Massgeblich für die Höhe und den Verwendungszweck der Finanzhilfen sind die strategischen Vorgaben des Bundesrates (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. d).

Solche Finanzhilfen werden nur gewährt, wenn sie im öffentlichen Interesse und von nationaler Bedeutung sind. Die Finanzhilfen können gesprochen werden für Massnahmen in den Bereichen der Information, Sensibilisierung und Prävention von bestimmten nichtübertragbaren oder psychischen Krankheiten beziehungsweise der Beratung und Unterstützung (inkl. Selbsthilfe) von Menschen, die an diesen Krankheiten leiden. Die Gewährung einer Finanzhilfe ist mit einer Leistungsvereinbarung verbunden, in welcher die zu erreichenden Ziele umschrieben werden.

Diese Regelung entspricht teilweise Artikel 2 Absatz 3 des Bundesgesetzes vom 22. Juni 1962<sup>69</sup> über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten, welches mit diesem Gesetz aufgehoben wird (siehe Art. 27). Hintergrund von Artikel 17 ist der Gedanke, dass die entsprechenden Organisationen auf Unterstützung durch den Bund angewiesen sind, weil deren Arbeit kaum gewinnbringend erfolgen kann. Ohne die Gewährung von Finanzhilfen würde die Gefahr bestehen, dass solche Engagements nicht mehr vorgenommen werden. Die Abgeltung der Leistungen zugunsten von Leistungsbezügern der IV und ihren Angehörigen sowie von Menschen, die Gefahr laufen, Leistungsbezüger der IV zu werden, erfolgt weiterhin nach den Vorgaben von Art. 74 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>70</sup> über die Invalidenversicherung.

Nach Artikel 12 des Bundesgesetzes vom 5. Oktober 1990<sup>71</sup> über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionsgesetz; SuG) sind Finanzhilfen, welche die Anspruchsvoraussetzungen von verschiedenen Erlassen erfüllen, nach den einzelnen Interessen aufzuteilen. Zudem ist das Vorgehen der betroffenen Behörden zu koordinieren (Art. 12 Abs. 2 SuG). Bereits heute sehen sowohl Artikel 74 IVG wie auch Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG die finanzielle Unterstützung von gesamtschweizerisch tätigen Präventions- und Gesundheitsorganisationen vor, sofern diese beispielsweise Beratungen, Betreuungen oder Kurse für den jeweiligen Adressatenkreis anbieten. Während Art. 17 VE PrävG eine in Bezug auf die Zielgruppen offene Zweckbestimmung für die Fördermassnahmen vorsieht, schränkt das IVG die Fördermassnahmen auf invalide, und das AHVG auf betagte Personen ein. Damit es weder zu ungewollten Doppelzahlungen, noch zu ungewollten Streichungen von Beiträgen durch die IV oder AHV (siehe dazu Art. 75 Abs. 2 IVG und Art. 101<sup>bis</sup> Abs. 4 AHVG) bei gewissen Organisationen kommt, muss auf der Umsetzungsebene die Koordination zwischen den Fördermassnahmen nach IVG und AHVG mit denjenigen nach dem VE PrävG sichergestellt werden.

<sup>69</sup> SR 818.21

<sup>70</sup> SR 831.20

<sup>71</sup> SR 616.1

## *Art. 18*            Forschungs- und Innovationsförderung

Planung und Durchführung von wirksamen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen sind auf gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse angewiesen. Diese Bestimmung räumt deshalb dem Bund die Kompetenz ein, bei Bedarf spezifische Forschungsarbeiten in Auftrag zu geben oder mit Finanzhilfen zu unterstützen.

Neben der Grundlagenforschung – die im Prinzip über die bestehenden Forschungsorgane gefördert werden soll – besteht in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung zusätzlich ein grosser Erkenntnisbedarf aus dem Bereich der angewandten Forschung. Notwendig ist insbesondere die Entwicklung innovativer Interventionsmodelle, sei es für die gesamte Bevölkerung, sei es für ausgewählte Bevölkerungsgruppen. Deshalb soll der Bund auch die Forschung in diesen Bereichen gezielter fördern.

## *Art. 19*            Aus- und Weiterbildung

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

Insbesondere für kleinere Kantone, aber auch für die privaten Organisationen ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines Alleingangs in der Aus- und Weiterbildung in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung äusserst ungünstig. Deshalb ist ein spezifisches Engagement des Bundes für die Weiterentwicklung der heute auf nationaler und kantonaler Ebene existierenden privaten und staatlichen Aus- und Weiterbildungsangebote unabdingbar.

Die Konkretisierung der hier erwähnten Förderung der Aus- und Weiterbildung erfolgt im Rahmen der entsprechenden Spezialgesetze des Bundes, namentlich dem Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (MedBG)<sup>72</sup>, dem BBG<sup>73</sup>, dem Fachhochschulgesetz vom 6. Oktober 1995 (FHSG)<sup>74</sup> und dem Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999 (UFG)<sup>75</sup>.

## **2.8 8. Abschnitt: Gesundheitsstatistik und -berichterstattung**

### *Art. 20*            Gesundheitsstatistik

Für eine effektive und effiziente Ausgestaltung von Massnahmen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung sowie für die Überprüfung von deren Wirksamkeit ist eine solide Gesundheitsstatistik unerlässlich. In den

<sup>72</sup> SR 811.11

<sup>73</sup> SR 412.10

<sup>74</sup> SR 414.71

<sup>75</sup> SR 414.20

*Buchstaben a bis c* werden die Daten, welche die Gesundheitsstatistik umfassen soll, aufgezählt.

Die Gesundheitsstatistik hat einerseits zum Ziel die Entwicklung von gesundheitsfördernden Faktoren und die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens in der Bevölkerung und in bestimmten Personengruppen im zeitlichen Verlauf zu verfolgen. Andererseits soll sie dazu beitragen, das Auftreten ausgewählter Krankheiten sowie deren Risikofaktoren in der Bevölkerung und in bestimmten Personengruppen im zeitlichen Verlauf beschreiben zu können. Und nicht zuletzt dient die Gesundheitsstatistik dazu, Massnahmen zur Prävention und Früherkennung von ausgewählten Krankheiten festzulegen und auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen.

Die genauen Anforderungen im Zusammenhang mit den zu erhebenden Daten sollen im Hinblick auf den Gesetzesentwurf zuhanden der Eidg. Räte noch konkretisiert werden. Auf die Erhebung von besonders schützenswerten Personendaten soll aus Datenschutzgründen möglichst verzichtet werden. Falls dies aus Gründen einer zuverlässigen Gesundheitsstatistik nicht realisierbar sein sollte, sollen die entsprechenden Personendaten möglichst frühzeitig anonymisiert werden.

#### *Art. 21*            Diagnoseregister

Bekannt sind derzeit insbesondere kantonale Krebsregister, welche Statistiken zu Krebsinzidenz und -mortalität enthalten und verschiedentlich zur Qualitätssicherung der Präventionsmassnahmen herangezogen werden. Gemäss dem vorliegenden Vorentwurf soll der Fokus der Diagnoseregister in Zukunft nicht mehr alleine auf Krebs liegen, sondern kann bei Bedarf auf weitere ausgewählte physische und psychische Krankheiten ausgedehnt werden. Der Bundesrat wird ermächtigt, die Krankheiten in einer Verordnung zu spezifizieren (*Abs. 1*).

Den Kantonen obliegt die Erfassung der Daten und die Nachführung der Register (*Abs. 1*). Dabei gelten die Bestimmungen der kantonalen Datenschutzgesetze, soweit es sich um Personendaten handelt.

*Absatz 2* spezifiziert die Ziele der Datenerhebung durch die Diagnoseregister.

Um auf nationaler Ebene eine Auswertung der Daten zu ermöglichen, ist es unerlässlich, dass der Bundesrat Vorgaben zur Erhebung der Daten erlässt (*Abs. 3*). Die Vorgaben werden aus Datenschutzgründen eine möglichst frühzeitige Anonymisierung von allfälligen Personendaten vorsehen. Nur mit einer einheitlichen Vorgehensweise hinsichtlich der Datenerhebung kann sicher gestellt werden, dass die Registerinformationen aus den verschiedenen Kantonen zusammen geführt werden und eine nationale Analyse möglich wird. Die Finanzierung der zentralen Datenauswertung erhält mit *Absatz 3* eine gesetzliche Grundlage.

#### *Art. 22*            Gesundheitsberichterstattung

Die kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung stellt eine zentrale Voraussetzung für die wissensbasierte Formulierung und Überprüfung von nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen dar, indem sie die gesundheitliche Situation sowie die Versorgung der Bevölkerung und einzelner Personengruppen analysiert und beschreibt. Eine Gesamtschau des Gesundheitsgeschehens macht zudem die Zusammenhänge zwischen einer Vielzahl der entsprechenden Einflussfaktoren sichtbar. Die kontinuierlich durchgeführte Datenerhebung lässt es zu, Entwicklungen im Zeitverlauf nachzuvollziehen und zu verstehen (*Abs. 1*).

Die Kantone stellen dem Bund die notwendigen statistischen Daten zu Verfügung (*Abs. 2*), auf deren Basis der Bund unter Mitwirkung der Kantone regelmässig einen schweizerischen Gesundheitsbericht erarbeitet (*Abs. 3*). Es ist davon auszugehen, dass dieser durch das Schweizerische Gesundheitsobservatorium erstellt wird.

## 2.9 9. Abschnitt: Vollzug

Zuständig für die Durchführung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen sind entsprechend der bundesstaatlichen Vorgaben grundsätzlich die Kantone. Die Artikel 23 bis 26 enthalten Bestimmungen des Vollzugs und der Umsetzung des vorliegenden Gesetzes, die aufgrund des konkreten Sachgebiets in den Kompetenzbereich des Bundes fallen oder generell der Zuständigkeit des Bundes entsprechen.

### Art. 23 Internationale Zusammenarbeit

*Absatz 1* verpflichtet die Vollzugsbehörden des Bundes, die Zusammenarbeit mit ausländischen Behörden und Institutionen sowie mit internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen zu suchen und zu pflegen. Schon heute arbeiten die Bundesstellen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen internationalen und zwischenstaatlichen Organisationen wie der WHO, der EU, der OECD oder dem Europarat mit.

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

Nach Artikel 7a Absatz 1 des Regierungs- und Verwaltungsorganisationsgesetzes vom 21. März 1997<sup>76</sup> (RVOG) darf der Bundesrat völkerrechtliche Verträge selbstständig abschliessen, wenn er dazu in einem Bundesgesetz ermächtigt wird. *Absatz 3* räumt ihm diese Kompetenz für zwei Bereiche speziell ein: zum einen zum Abschluss von Verträgen über den gegenseitigen Informationsaustausch (*Bst. a*) und zum andern über den Austausch von statistischen Daten (*Bst. b*).

### Art. 24 Evaluation

*Absatz 1* lehnt sich an Artikel 170 der BV an, welcher verlangt, dass die Massnahmen des Bundes auf ihre Wirksamkeit überprüft werden. Die Evaluation dient als Grundlage zur Weiterentwicklung des PräVG. Es soll wissenschaftlich ermittelt werden, inwiefern bestimmte Massnahmen tatsächlich die Erwartungen erfüllen und die Ziele erreichen. Im vorliegenden Zusammenhang geht es darum, Stärken und

Schwächen dieses Gesetzes zu benennen, seine Wirkungen zu beurteilen und Empfehlungen für eine Optimierung abzugeben.

Nach *Absatz 2* soll die zuständige Bundesstelle im Rahmen der Evaluation insbesondere folgende Aspekte untersuchen: den Einfluss des Gesetzes auf die Koordination und Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden sowie privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen (*Bst. a*) wie auch den Verwendungszweck und die Wirkungen der von Bund und Kantonen eingesetzten Finanzmitteln sowie den Beiträgen aus den Präventionsabgaben nach Artikel 13 (*Bst. b*). Dass die für die Durchführung der Evaluationen notwendigen Daten erhoben und zugänglich gemacht werden, wird durch Artikel 20 sichergestellt.

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

#### *Art. 25*            Ausführungsrecht des Bundesrates

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

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

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

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

#### *Art. 26*            Übertragung von Aufgaben

Aufgabenübertragungen bedürfen als Ausnahme zur ordentlichen Behördenorganisation einer speziellen Ermächtigung durch den Gesetzgeber. Nach Artikel 26, der als formell-gesetzliche Grundlage dient, kann der Bundesrat Aufgaben im Bereich des Vollzugs des Gesetzes auf Organisationen und Personen des öffentlichen und des privaten Rechts übertragen. Die Aufgaben der Vollzugsbehörden umfassen auch einzelne sehr technische Bereiche, in denen Organisationen oder Personen, die nicht der Bundesverwaltung angehören, über ein hohes Fachwissen verfügen. In solchen Bereichen kann es zweckmässig und ökonomisch sinnvoll sein, externen Organisationen und Personen mit speziellem Fachwissen einzelne Vollzugsaufgaben zu über-

tragen. Der vorliegende Artikel schafft – in Übereinstimmung mit dem RVOG – die gesetzliche Grundlage für die Auslagerung von Vollzugsaufgaben.

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

## **2.10 10. Abschnitt: Schlussbestimmungen**

*Art. 27*            Aufhebung bisherigen Rechts

Mit der Inkraftsetzung des Präventionsgesetz kann das Bundesgesetz vom 22. Juni 1962<sup>77</sup> über Bundesbeiträge an die Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten aufgehoben werden. Die heute noch massgeblichen Bestimmungen dieses Erlasses werden durch den VE PräVG abgedeckt.

*Art. 28*            Änderung bisherigen Rechts

### **1. Tabaksteuergesetz vom 21. März 1969<sup>78</sup>**

*Art. 28*

Nach geltendem Tabaksteuergesetz<sup>79</sup> wird der Tabakpräventionsfonds von einer Präventionsorganisation unter Aufsicht des Bundesamtes für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit dem BASPO verwaltet. Gestützt darauf wurde in der Verordnung über den Tabakpräventionsfond<sup>80</sup> die Verwaltung des Fonds einer Fachstelle übertragen, die administrativ im BAG angegliedert ist. Künftig sollen die Einnahmen aus der Tabakpräventionsabgabe direkt an das Institut fliessen, wobei die Verwaltung der Einnahmen nach den Bestimmungen des Präventionsgesetz erfolgen (Artikeln 13 bis 16 PräVG).

### **2. Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>81</sup> über die Krankenversicherung:**

*Art. 19 aufgehoben*

Artikel 19 KVG kann aufgehoben werden, weil die Verwendung des Zuschlags auf der KVG-Prämie nach neu vorgeschlagenem Artikel 20 KVG nicht mehr durch eine von Kantonen und Versicherten getragene Institution, sondern durch das neu zu schaffende Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung (siehe oben Art. 12) erfolgen soll.

*Art. 20 Prämienzuschlag*

Bereits nach geltender Krankenversicherungsgesetzgebung ist vorgesehen, dass von jeder obligatorisch versicherten Person jährlich ein Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung (Art. 20 Abs. 1 KVG) zu erheben ist. Dieser Beitrag wurde bis anhin vom EDI auf Antrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz festgelegt und beträgt zurzeit 2,40 Franken.

<sup>77</sup> SR 818.21

<sup>78</sup> SR 641.31

<sup>79</sup> SR 641.31

<sup>80</sup> SR 641.316

<sup>81</sup> SR 832.10

An der Erhebung KVG-Prämienzuschlags im Sinne eines Beitrages oder eine Abgabe zur Krankheitsverhütung von allen Versicherten soll sich grundsätzlich nichts ändern. Die erhobenen finanziellen Mittel sollen indessen nicht mehr einer von Versicherern und Kantonen getragenen Präventionsorganisation zukommen, sondern an das Institut fliessen, welches die Einnahmen nach den Bestimmungen des PrävG verwendet (*Abs. 2*). Eine weitere Änderung gegenüber dem geltenden Recht ergibt sich daraus, dass neu der Bundesrat und nicht mehr das EDI die Höhe des Beitrages bestimmt und zwar nach den Vorgaben, die er im Rahmen seiner Strategie zur Prävention und Gesundheitsförderung festgelegt hat (*Abs. 3*).

*Art. 33 Abs. 2<sup>bis</sup> Bezeichnung der Leistungen*

*<sup>2bis</sup> Er kann zur Umsetzung der Massnahmen nach Artikel 26 die Kantone einbeziehen. Die Kantone sind vorgängig anzuhören.*

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt für die gesamte Bevölkerung das finanzielle Risiko im Krankheitsfall ab und wird durch die anerkannten Versicherer durchgeführt. Diese vereinbaren mit den zugelassenen Leistungserbringern, d.h. denjenigen, welche die in Gesetz und Verordnung festgelegten Zulassungsbestimmungen erfüllen, die Vergütung der Leistungen (Tarifverträge, Art. 43 ff. KVG). Die Kosten der Leistungen, die von einem zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt und zugleich Pflichtleistungen darstellen, werden von den Versicherern zurückerstattet (sog. Kostenerstattungsprinzip). Die Leistungserbringer sind in Artikel 35 KVG und den Ausführungsverordnungen abschliessend aufgezählt. Öffentliche kantonale Spitäler oder kantonale ärztliche Dienste können zwar dieselben Leistungen wie eine private Arztpraxis erbringen. Dennoch ist auf Gesetzesebene den Kantonen im Bereich der Erbringung von Leistungen keine eigentliche Rolle zudedacht. Gerade im Bereich der Prävention ist es indessen zur Erfüllung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» der Leistungen (Art. 32 KVG) sowie zur zielorientierten und erfolgreichen Durchführung von bestimmten Massnahmen notwendig, die Kantone einzubeziehen. Zu solchen Massnahmen gehören insbesondere solche, die wie z.B. die Pandemieimpfung oder das Mammografie-Screening eine grosse Zahl von Personen erreichen sollten. Nur so kann eine genügende Vernetzung zwischen Finanzierung der medizinischen Leistungen und Sicherstellung der Erreichung der Präventionsziele durch Information der Bevölkerung und Versorgung erreicht werden. Bereits heute sieht das KVG (Art. 64 Ziffer 6 Buchstabe d) eine entsprechende Rolle der Kantone vor, indem Präventionsleistungen von der Franchise befreit werden können, wenn diese im Rahmen von national oder kantonal organisierten Präventionsprogrammen durchgeführt werden. Des weiteren werden auf Ebene der Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995<sup>82</sup> (KLV) die Kantone zur Durchführung von Programmen im Präventionsbereich verpflichtet, wenn die Kostenübernahme der Leistungen durch die Krankenversicherung erfolgen soll. Dies wird damit begründet, dass nur damit die Leistungsvoraussetzungen der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden können. Um diese Rolle der Kantone auch auf gesetzlicher Ebene sichtbar zu machen, soll Artikel 33 KVG entsprechen ergänzt werden.

<sup>82</sup> SR 832.112.31

### **3 Auswirkungen**

#### **3.1 Auswirkungen auf den Bund**

Mit dem VE PräVG werden die gesetzlichen Grundlagen für die Koordination und Steuerung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen in der Schweiz spürbar verbessert. Dadurch werden neue gesetzliche Grundlagen für die Prävention von nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten geschaffen. In beiden Bereichen soll der Bund auf der strategischen Ebene eine Führungsrolle übernehmen.

Mit dem PräVG erhält der Bund die neue Aufgabe, gemeinsam mit den Kantonen nationale Ziele für Prävention und Gesundheitsförderung zu formulieren und deren Umsetzung zu überprüfen. Zudem soll er im Hinblick auf die Erreichung dieser nationalen Ziele die Massnahmen und Aktivitäten aller betroffenen Bundesstellen alle vier Jahre durch eine bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung koordinieren.

Der finanzielle Aufwand für die weiteren, nachfolgend aufgeführten neuen Aufgaben des Bundes kann zum aktuellen Zeitpunkt als grobe Schätzung, welche im Hinblick auf die Botschaft zuhanden der Eidg. Räte noch weiter zu konkretisieren ist, wie folgt beziffert werden :

- 8 Millionen Franken für die Abgeltung des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung für die Erbringung der Unterstützungsmassnahmen zugunsten der Kantone und der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen nach Artikel 10;
- 8 Millionen Franken für die Gewährung von Finanzbeihilfen nach Artikel 17 an nationale Dachorganisationen;
- 2 Millionen Franken für den Ausbau der Gesundheitsstatistik und die Sicherstellung der Gesundheitsberichterstattung nach den Artikel 20 bis 22.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes (voraussichtlich 2012) kann die Finanzierung dieser Leistungen durch entsprechende Transfers der heute beim BAG eingestellten Mittel für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen sichergestellt werden (haushaltneutrale Umsetzung).<sup>83</sup> Es ist jedoch davon auszugehen, dass längerfristig für die Konzeption und Umsetzung möglicher neuer nationaler Programme nach Artikel 6 – insbesondere zu wichtigen nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten –, wie auch für eine ausreichende Finanzierung von Programmen und Projekten der Kantone und Dritter zusätzliche Mittel benötigt werden. Diese wären durch eine Erhöhung des Zuschlags auf der KVG-Prämie bereit zu stellen (heute 2,40 Franken pro versicherter Person und Jahr; siehe dazu auch unten Ziffer 3.3).

Welche konkreten Massnahmen der Bund in den jeweiligen Bereichen treffen und durchführen will, wird massgeblich durch die jeweils für vier Jahre geltende bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 5) bestimmt. Diese soll auch einen Überblick über die zur Umsetzung in der nächsten Vierjahresperiode notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen enthalten. Sie soll insbesondere

<sup>83</sup> Sollte der Bund als Konsequenz der am 9. April 2008 vom Bundesrat verabschiedeten Reformstossrichtungen zur Aufgabenüberprüfung im Aufgabenbereich «Gesundheit von Mensch und Tier» Einsparungen im Präventionsbereich vorsehen, so ist der vorgesehene Ausbau neuer Leistungen – insbesondere die Gewährung von Finanzbeihilfen an nationale Dachorganisationen nach Artikel 17 VE PräVG – neu zu beurteilen.

re festlegen, welche Anteile aus den Einnahmen aus den Präventionsabgaben (Tabakpräventionsabgabe und Zuschlag auf der KVG-Prämie) dem Institut für die Konzeption und Umsetzung von nationalen Programmen nach Artikel 6 zur Verfügung gestellt werden (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. d). Die verbleibenden Einnahmen sind vom Institut im Sinne von Artikel 14 für Beiträge an Programme und Projekte Dritter zu verwenden.

Es bleibt noch zu analysieren, inwieweit die bestehenden Informatiksysteme (z.B. bezüglich Datenqualität und automatisiertem Datenaustausch auf Bundesniveau und mit den Kantonen sowie mit internationalen Organisationen und Behörden) den Anforderungen genügen oder verbessert werden müssen.

Die Kosten, welche mit der Schaffung und dem Betrieb des Schweizerischen Instituts für Prävention und Gesundheitsförderung verbunden sind, belaufen sich auf schätzungsweise 8 Millionen Franken pro Jahr (vgl. oben).<sup>84</sup> Auch hier wird im Hinblick auf die Botschaft zuhanden der Eidg. Räte eine weitere Konkretisierung vorgenommen. Die Festlegung der Abgeltung der vom Institut im Auftrag des Bundes erbrachten Leistungen erfolgt auf der Grundlage der strategischen Ziele des Bundesrates.

### **3.2 Auswirkungen auf die Kantone und Gemeinden**

Der VE PräVG schafft neue Mitwirkungsmöglichkeiten für die Kantone und somit auch für die Gemeinden und Städte.

Der VE PräVG trägt dem föderalistischen Staatsaufbau Rechnung und belässt oder überträgt den Kantonen verschiedene Aufgaben und Verpflichtungen:

- Führen von Schulgesundheitsdiensten;
- Führen von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für alle Altersgruppen, sofern die Angebote einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele leisten;
- Durchführung von Massnahmen der Prävention und Früherkennung nach den Artikel 26 und 33 Abs 2<sup>bis</sup> KVG;
- Führen von Diagnoseregistern zu ausgewählten Krankheiten.

Je nach bereits bestehendem Engagement im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung kann dies für die Kantone, Städte und Gemeinden einen personellen wie auch finanziellen Mehraufwand bedeuten. Die vorhandenen statistischen Angaben zu den Ausgaben der Kantone für Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Ziffer 1.1.2) lassen aufgrund des veralteten Erfassungssystems keine quantitativen Aussagen über den Mehraufwand zu, der für die einzelnen Kantone aus der Umsetzung des PräVG resultiert. Im Hinblick auf die Botschaft zuhanden der Eidg. Räte wird jedoch versucht werden, diese Angaben durch eine Umfrage bei den Kantonen zu konkretisieren. Andererseits gibt das Gesetz den Kantonen die Möglichkeit, die Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen gemeinsam zu organisieren und anzubieten. Entlastet werden die Kantone zudem durch die vom Bund geführten übergeordneten Steuerungs- und Koordinationsprozesse (nationale Ziele nach Art. 4

<sup>84</sup> Dies entspricht dem Jahresbudget ähnlicher Organisationen wie z.B. der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA) oder der Stiftung Radix.

und bundesrätliche Strategie nach Art. 5), durch den Ausbau der Unterstützungsmassnahmen des Bundes (Art. 10) sowie durch die Verbesserung der Datengrundlage zur Steuerung der Massnahmen (Art. 20 bis 22).

Im Weiteren sieht der VE PräVG vor, dass der Bundesrat im Rahmen der bundesrätlichen Strategie nach Artikel 5 die Möglichkeit erhält, einen gewissen Anteil der Einnahmen aus dem KVG-Prämienzuschlag sowie einen Anteil der Tabakpräventionsabgabe ohne Bindung an spezifische Projekte als Beiträge an kantonale Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme direkt an die Kantone weiterzuleiten, sofern diese Programme einen Beitrag zur Erreichung der nationalen Ziele leisten (siehe Art. 14 Abs. 1 Bst. b und Art. 14. Abs. 2 Bst. b).

### **3.3 Auswirkungen auf die Volkswirtschaft**

#### **Notwendigkeit und Möglichkeit staatlichen Handelns**

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

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

Trotz des wachsenden (privat finanzierten) Gesundheits- und Wellnessmarktes<sup>85</sup> ist die Notwendigkeit staatlichen Handelns in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung aufgrund folgender Überlegungen weiterhin gegeben:

- *Prinzip der Chancengleichheit*: In Analogie zum entsprechenden Grundsatz der KV ist auch in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung ein chancengleicher Zugang für alle zu qualitativ hochstehenden Einrichtungen und Beratungsangeboten zu gewährleisten. Die damit verbundene Reduktion der sozial-bedingten ungleichen Gesundheitschancen verschiedener Personengruppen trägt zur Aufrechterhaltung des Solidaritätsprinzips in den Sozialversicherungen (insbesondere KVG) bei.<sup>86</sup>
- *Sicherung der Sozialversicherungssysteme*: Die oben erwähnte Reduktion der Krankheitslast, der Invalidität und der Pflegebedürftigkeit trägt zu einer Entlastung der Sozialversicherungssysteme (insbesondere KV und IV) und damit auch zu einer Entlastung der öffentlichen Haushalte bei. Angesichts der demografischen Entwicklung ist diese Entlastung unabdingbar, um auch zukünftige

<sup>85</sup> Vgl. dazu insbesondere Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Bern, August 2006.

<sup>86</sup> Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Bern, August 2006, Seite 70.

gen Generationen die Möglichkeiten einer guten und finanzierbaren gesundheitlichen Versorgung zu garantieren (siehe unten Abbildungen 1 und 2).

- *Verbesserung der wirtschaftlichen Entwicklung*: Der gute Gesundheitszustand der Bevölkerung in der Schweiz unterstützt deren Leistungsfähigkeit und trägt damit zur Steigerung der Produktivität (Reduktion der krankheitsbedingten Absenzen) und zur Sicherung des Wirtschaftswachstums durch Erhalt der Leistungsfähigkeit der (älteren) Arbeitnehmenden bei.
- *Öffentliches Interesse an einer gesunden Bevölkerung*: Die Verlängerung der krankheits- und behinderungsfrei verbrachten Lebensspanne ist im Interesse der Allgemeinheit, verbessert diese doch nicht nur die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger, sondern trägt auch zu einer Reduktion der Krankheitslast, der Invalidität und der Pflegebedürftigkeit bei.

Bei der Eindämmung von Risikofaktoren wie Tabak- und problematischem Alkoholkonsum sowie schlechter Ernährung tragen strukturelle Massnahmen (Verhältnisprävention) erwiesenermassen viel zu einer wirkungsvollen und kosteneffizienten Prävention der daraus resultierenden Krankheiten bei. Dadurch können die Krankheitslast und längerfristig die damit verbundenen Gesundheitskosten reduziert werden. Solche meist gesetzgeberischen Massnahmen können in Konflikt mit anderen öffentlichen Interessen wie z.B. der Wirtschaftsfreiheit treten. Hier ist ein breit geführter politischer Diskurs unabdingbar, um sicherzustellen, dass es nicht zu einem Konflikt zwischen öffentlichen und privaten Ansprüchen kommt. Der Staat muss aber auch die Möglichkeit haben, private Interessen dort einschränken zu können, wo das Gut der öffentlichen Gesundheit höher gewertet wird als die Interessen von Wirtschaftszweigen.

### **Auswirkungen auf einzelne gesellschaftliche Gruppen**

Die rechtliche Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung hat primär Auswirkungen auf die staatlichen Akteure auf Bundes- und Kantonsebene (siehe oben Ziffern 3.1 und 3.2). Mit Ausnahme der Versicherer sind die übrigen Organisationen und Akteure im Gesundheitswesen (Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Spitäler etc.) von der Vorlage nur indirekt betroffen. Die Versicherer ihrerseits werden durch die Überführung der nach geltendem Recht (Art. 19 und 20 KVG) von den Versicherern und Kantonen getragenen privatrechtlichen Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung von ihren Aufgaben im Bereich der allgemeinen Krankheitsverhütung entbunden.

Vom Ziel des VE PräVG, die Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten von Bund und Kantonen besser zu koordinieren und zu steuern, profitieren auch die privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen wie auch die primär im kurativen Bereich tätigen Gesundheitsberufe und -institutionen, die ihr eigenes Engagement in diesen Bereichen zielgerichteter planen können und neue Anreize erhalten, ebenfalls präventive und gesundheitsförderliche Massnahmen anzubieten.

Die Krankenversicherten dürften mittel- bis langfristig auch finanziell von einer Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung profitieren (siehe unten). Gleichzeitig haben sie voraussichtlich eine finanzielle Mehrbelastung zu tragen. Der Verzicht, die längerfristig anfallenden zusätzlichen Kosten aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren, könnte eine Erhöhung des aktuell bei 2,40 Franken pro Person und Jahr liegenden Zuschlags auf der KVG-Prämie nach sich ziehen. Ausgehend von der durchschnittlichen Jahresprämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung des

Jahres 2008 (3'775 Franken) macht die Abgabe heute ungefähr 0,06% der durchschnittlichen Jahresprämie ausmachen. Damit liegt der Zuschlag prozentual weiterhin deutlich unter den Zuschlägen, die im Bereich der Nichtberufsunfallprävention (nach Art. 2 der VO vom 6. Juli 1983<sup>87</sup> über die Festsetzung der Prämienzuschläge für die Unfallverhütung 0,75% der durchschnittlichen Nettoprämie der Nichtberufsunfallversicherung) bzw. der Strassenverkehrsprävention (nach Art. 1 der VO vom 13. Dezember 1976<sup>88</sup> über einen Beitrag für die Unfallverhütung im Strassenverkehr ebenfalls 0,75% der Nettoprämie der Motorfahrzeug-Haftpflichtversicherung) erhoben werden.<sup>89</sup>

Der vorliegende VE PräVG enthält keine Massnahmen, die sich direkt an Unternehmen richten. Hingegen kann insbesondere die Kommunikationsbranche durch die Möglichkeit zusätzlicher Aufträge für Informationstätigkeiten und insbesondere massenmediale Kampagnen von einem verstärkten Engagement des Staates im Bereich der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung profitieren.

### **Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft**

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

Erhöhte Gesundheitsrisiken gehen nicht nur mit höheren Krankheitsbehandlungskosten (direkte Kosten), sondern auch mit Folgekosten z.B. durch Arbeitsausfall (indirekte volkswirtschaftliche Kosten) einher (siehe Tabelle 6 auf nächste Seite).

Es liegt inzwischen eine Reihe von gesundheitsökonomischen Studien vor, welche – wie in Tabelle 6 dargestellt – die direkten oder indirekten Kosten der durch Prävention teilweise vermeidbaren Krankheiten bestimmen und/oder die Wirtschaftlichkeit von Präventionsmassnahmen beurteilen. Dabei werden sowohl verschiedene Massnahmen miteinander als auch deren Kosten mit den gesundheitlichen Effekten verglichen; zugleich werden die Kosten des Nicht-Handelns (d.h. der Verzicht auf Präventionsmassnahmen) erfasst. Für die Schweiz fehlt derzeit ein breit akzeptierter Ansatz, der es erlaubt, die verschiedenen Massnahmen mit einer einheitlichen Methode zu beurteilen.

<sup>87</sup> SR 832.208

<sup>88</sup> SR 741.811

<sup>89</sup> Der Prämienzuschlag für die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten beläuft sich nach Art. 1 der Verordnung vom 6. Juli 1983 über die Festsetzung der Prämienzuschläge für die Unfallverhütung (SR 832.208) auf 6,5% der Nettoprämie der Berufsunfallversicherung.

**Tabelle 6: Folgekosten von Krankheiten und Unfällen (Daten für 2003 in Milliarden Franken)<sup>90</sup>**

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

Aussagen zum kurzfristigen Kostenreduktionspotenzial von Krankheitspräventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen werden durch die lange Latenzzeit zwischen Massnahme und Wirkung und die komplexen Interaktionen von Verhaltens- und Verhältnisprävention erschwert. Die von der EFV (in Zusammenarbeit mit dem BAG) als Ergänzung des Legislaturfinanzplans 2009 – 2011 erarbeiteten Entwicklungsszenarien für das Gesundheitswesen ermöglichen jedoch eine Abschätzung des Einflusses des Gesundheitszustandes auf die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem in den nächsten 50 Jahren.<sup>91</sup> Dabei werden drei Szenarien unterschieden:

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

Wie in Abbildung 1 auf der nächsten Seite dargestellt werden im Referenz-Szenario – primär bedingt durch die demografische Entwicklung – die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung von heute 52,76 Milliarden Franken (Basisjahr 2005; entspricht einem BIP-Anteil von 11,4 Prozent) auf 220,89 Milliarden Franken (BIP-Anteil von 15,5 Prozent) im Jahr 2050 ansteigen.<sup>92</sup> Im «Pure-Ageing-Szenario»

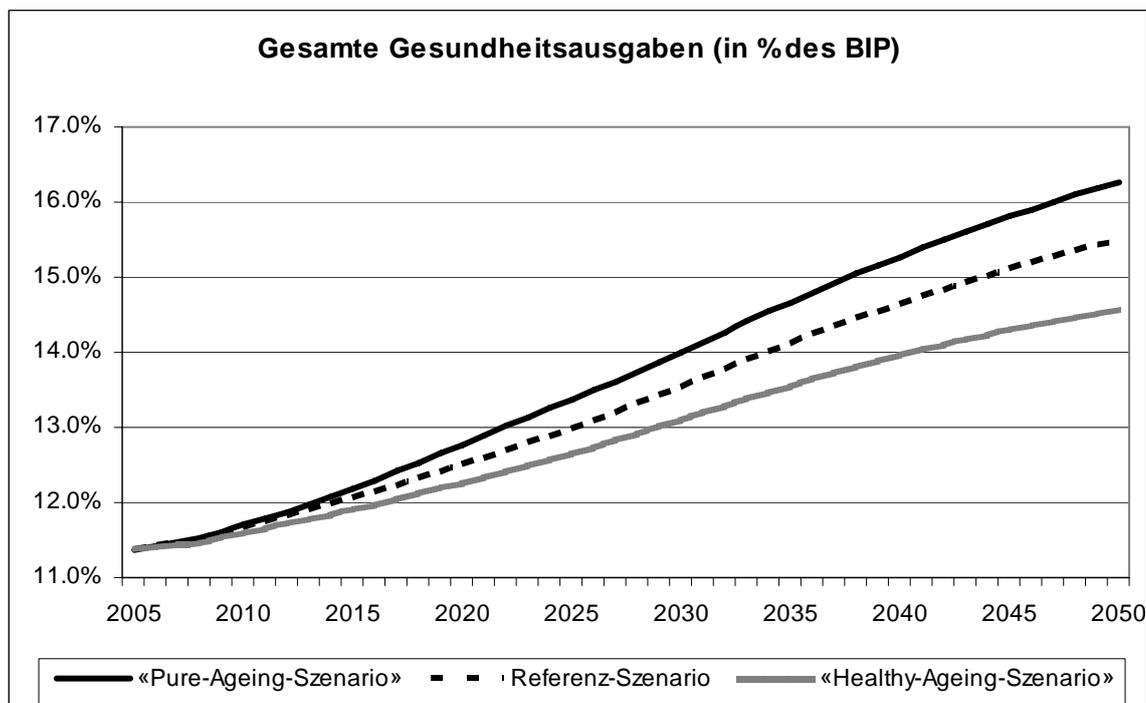
<sup>90</sup> Quelle: BAG, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berne 2004

<sup>91</sup> Eidg. Finanzverwaltung: Legislaturfinanzplan 2009 -2011, Bern, Februar 2008, Seiten 115ff.

<sup>92</sup> In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die aus der allgemeinen Einkommensentwicklung resultierenden Nachfrage- und Angebotseffekte im Gesundheitswesen im Referenzszenario etwa knapp die Hälfte des realen Wachstums der gesamten Gesundheitsausgaben erklären.

würde das Wachstum gar zu 232,07 Milliarden Franken (BIP-Anteil von 16.3 Prozent) steigen. Gelingt es jedoch durch Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung den Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung zu verbessern («Healthy-Ageing-Szenario»), reduzieren sich die im Jahre 2050 zu erwartenden Kosten um 13,30 Milliarden Franken und resultieren in einem BIP-Anteil von 14,6 Prozent.

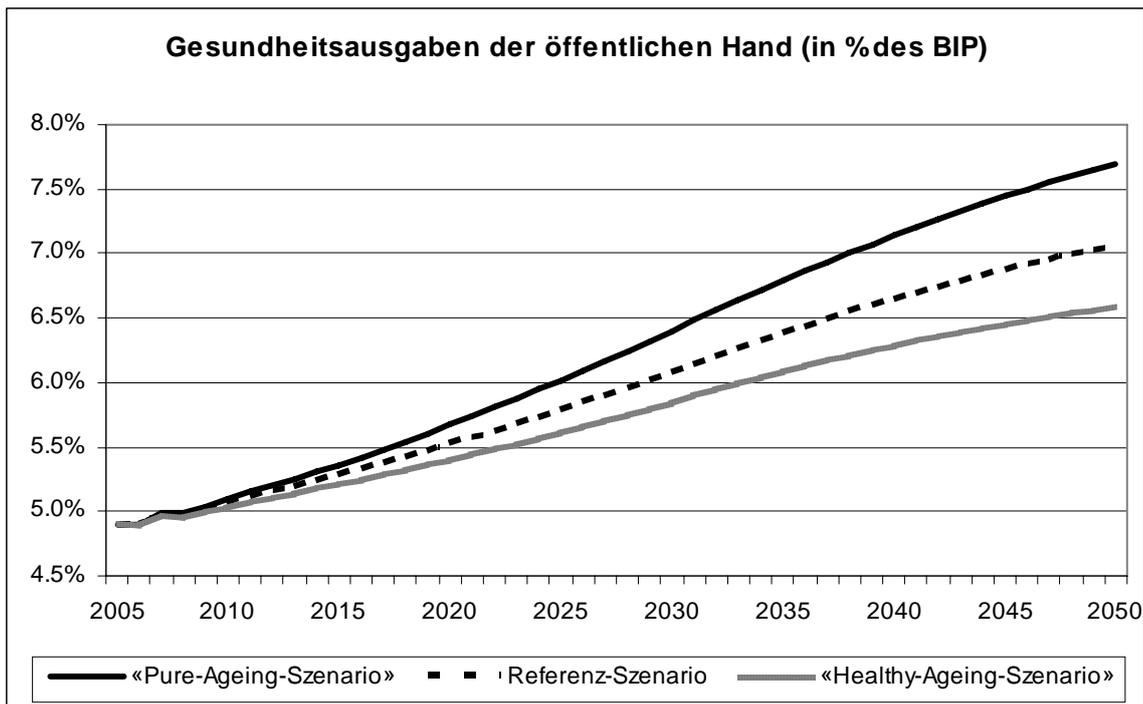
**Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitskosten in Prozentanteilen des BIP zwischen 2005 und 2050<sup>93</sup>**



Da nach dem heutigen Finanzierungssystem ein Grossteil dieser Kosten von den öffentlichen Haushalten getragen wird (Kantonsbeiträge an die Spitalpflege, Bundes- und Kantonsbeiträge an die individuelle Prämienverbilligung), hat diese Entwicklung auch massgebliche Auswirkungen auf die für die öffentliche Hand zu erwartenden finanziellen Mehrbelastungen (siehe Abbildung 2). Hier kann im «Healthy-Ageing-Szenario» verglichen mit dem Referenz-Szenario der BIP-Anteil um 0,5 Prozentpunkte reduziert werden (6,6 Prozent anstelle von 7,1 Prozent – in absoluten Zahlen beträgt diese potentielle Einsparung 6,90 Milliarden Franken). Die Studie der EFV kommt deshalb auch zum Schluss, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung eine wirkungsvolle Massnahme darstellen könnten, um die im Referenzszenario zu erwartende Kostenentwicklung zu dämpfen. Da Prävention und Gesundheitsförderung durch eine Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung eine differenziertere Nachfrage und Nutzung von Leistungen der Gesundheitsversorgung begünstigen, können sie zu einer weiteren – in den dargestellten Szenarien nicht enthaltenen – Dämpfung der Kostenentwicklung im Gesundheitssystem beitragen.

<sup>93</sup> Quelle: Eidg. Finanzverwaltung

**Abbildung 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben der öffentlichen Hand in Prozentanteilen des BIP zwischen 2005 und 2050<sup>94</sup>**



Eine vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium im April 2008 publizierte Studie zur Kostenentwicklung in der Langzeitpflege kommt zu einem ähnlichen Schluss:<sup>95</sup> Werden die 65-jährigen und Älteren auch in Zukunft trotz zunehmender Lebenserwartung nicht später pflegebedürftig als heute, bleiben dies aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung aber länger, so steigen die Kosten für die Langzeitpflege von heute 7,3 Milliarden Franken (Basisjahr 2005) auf 17,8 Milliarden Franken im Jahr 2030 an.<sup>96</sup> Tritt die Pflegebedürftigkeit hingegen später auf (Abnahme der Inanspruchnahme), so werden sich die Kosten auf 16,2 Milliarden Franken belaufen, was einer Kosteneinsparung von 1,6 Milliarden Franken pro Jahr entspricht. Diese Ergebnisse zeigen gemäss Aussagen der Autoren der Studie deutlich, welchen Stellenwert Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der älteren Bevölkerung und zur Wahrung der Selbständigkeit im Alter beitragen, bei der Eindämmung des Kostenanstiegs in der Langzeitpflege haben könnten.

Wie unter Ziffer 1.1.2 ausgeführt beliefen sich die statistisch erfassten Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahre 2005 auf 1,13 Milliarden Franken. Dies entspricht 2,1% der Gesamtausgaben für das schweizerische Gesundheitssystem. Damit liegt die Schweiz unter dem Durchschnitt der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) von 2,7%. In diesem Betrag nicht enthalten sind die Aufwendungen für die medizinische Prävention, welche auf der Grundlage von Artikel 26 KVG durch die obligatorische Krankenpflegeversiche-

<sup>94</sup> Quelle: Eidg. Finanzverwaltung

<sup>95</sup> Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Arbeitsdokument 34, Neuenburg, April 2008 – einsehbar unter [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch).

<sup>96</sup> Ein Grossteil des Kostenwachstums, das direkt mit der aufgrund der demografischen Entwicklung wachsenden Anzahl der über 80-jährigen Personen zusammenhängt, ist unvermeidbar.

rung getragen werden, da hierzu keine statistischen Angaben der Krankenversicherer vorliegen. Auf Bundesebene werden heute neben den Bundesmitteln (ca. 35 Millionen pro Jahr) primär die Präventionsabgaben, d.h. die Tabakpräventionsabgabe (Einnahmen in der Höhe von 17 Millionen Franken pro Jahr) und der Zuschlag auf der KVG-Prämie (Einnahmen in der Höhe von 18 Millionen Franken pro Jahr), zur Finanzierung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen eingesetzt (siehe dazu auch Tabelle 3 unter Ziffer 1.1.2).<sup>97</sup>

Diesen Ausgaben stehen, wie in Tabelle 6 dargestellt, jährliche Gesamtaufwendungen für potenziell vermeidbare Krankheiten von über 30 Milliarden Franken entgegen.

Präventionsbemühungen, die auf strukturellen Massnahmen – wie z.B. ein Verbot des Verkaufs von Süssgetränken an öffentlichen Schulen – basieren, können zu finanziellen Einbussen für die betroffenen Unternehmen führen. Da die konkreten Massnahmen in Abhängigkeit von den strategischen Vorgaben des Bundesrates (siehe Art. 5 Abs. 1 Bst. a) erst im Rahmen der Erarbeitung von nationalen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen nach Artikel 6 festgelegt werden, können die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen für die Unternehmen zum aktuellen Zeitpunkt nicht quantifiziert werden. Der VE PräVG sieht jedoch vor, dass sowohl bei der Erarbeitung der strategischen Vorgaben für die nationalen Programme als auch bei der Erarbeitung der Programme selbst, deren mögliche Auswirkungen auf Wirtschaft, Gesellschaft und Umfeld prospektiv abgeschätzt werden (Art. 5 Abs. 2 Bst. b sowie Art. 6 Abs. 2). Als zentraler Aspekt dieser Abschätzungen sind dabei die Interessenskonflikte zwischen dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung und der möglichen Einschränkung der individuellen wie aber auch der unternehmerischen Freiheit anzusprechen und auszuloten. Dabei sind allerdings ideelle Einschränkungen der individuellen Freiheit von den allenfalls damit verbundenen kommerziellen Einbussen einzelner Wirtschaftszweige zu trennen.

Die Beurteilung der Auswirkungen des PräVG auf die Volkswirtschaft – insbesondere die einleitend erwähnten fiskalischen Auswirkungen, welche allfällige Einbussen einzelner Unternehmenszweige bei weitem übersteigen dürften – wird im Hinblick auf die Erarbeitung der Botschaft zuhanden der Eidg. Räte noch weiter vertieft werden.

### **Alternative Regelungen**

Im Rahmen der Vorarbeiten zum VE PräVG wurden insbesondere bei der Neugestaltung und Vereinfachung der Präventionsstrukturen auf Bundesebene verschiedene alternative Regelungen geprüft. Verworfen wurde beispielsweise die Übertragung der Unterstützungsmassnahmen nach Artikel 10 an private Präventions- und Gesundheitsförderungsorganisationen auf der Grundlage von mehrjährigen Leistungsaufträgen und unter Berücksichtigung der Vorgaben des öffentlichen Beschaffungswesens. Diese Variante würde zu einer Zersplitterung der Aufgabenerfüllung führen und im Vergleich zum Status Quo keine Vereinfachung der Strukturen mit sich

<sup>97</sup> Im Bereich der Unfallprävention (Berufs- und Nichtberufsunfall sowie Verkehrsunfälle) stehen mit den Zuschlägen auf der Berufsunfallversicherungsprämie (ca. 100 Millionen Franken pro Jahr), auf der Nichtberufsunfallversicherungsprämie (ca. 24 Millionen Franken pro Jahr) sowie auf der Prämie der Motorfahrzeughaftpflichtversicherung (ca. 18 Millionen) jährlich insgesamt gut 140 Millionen Franken für Präventionsmassnahmen zur Verfügung (siehe Tabelle 3 unter Ziffer 1.1.2).

bringen, sondern im Gegenteil den Koordinations- und Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen Auftragsnehmern erhöhen.

Da gleichzeitig vorgesehen ist die heute auf der Grundlage von Art. 19 und 20 KVG tätige privatrechtliche Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz in das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung zu überführen (siehe Art. 18 des VE zum Bundesgesetz über das Schweizerische Institut für Prävention und Gesundheitsförderung), ergibt sich kein zusätzlicher Koordinationsbedarf. Die vorgeschlagene Regelung behebt im Gegenteil die heute im Zusammenhang mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz bestehenden Steuerungs- und Koordinationsdefizite.

### **Zweckmässigkeit im Vollzug**

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

Die inhaltliche und fachliche Koordination der Massnahmen des VE PräVG mit den Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen, Berufskrankheiten und Nichtberufsunfällen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>98</sup> über die Unfallversicherung (UVG), den Gesundheitsschutzmassnahmen nach dem Arbeitsgesetz vom 13. März 1964<sup>99</sup> (ArG), den Massnahmen zur Unfallverhütung im Strassenverkehr nach dem Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958<sup>100</sup> (SVG) wie auch den Massnahmen zur Gewaltprävention nach Artikel 386 des Schweizerischen Strafgesetzbuches<sup>101</sup> (StGB) wird durch Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe b sowie Artikel 8 sichergestellt.

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

Nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe a liegt es in der Verantwortung des Bundesrates sicherzustellen, dass im Rahmen der nationalen Programme insbesondere Massnahmen mit einem guten Kosten-Nutzen-Verhältnis zur Anwendung gelangen. Ausschlaggebend ist dabei insbesondere die Wahl der konkreten Interventionsstrategie (wie z.B. strukturelle Massnahme, massenmediale Kampagne, zielgruppenspezifisches Projekt) wie auch die Wahl der Zielgruppen. Die Wirksamkeit einzelner Massnahmen selbst ist abhängig von den unter Ziffer 1.1.2 beschriebenen Erfolgsfaktoren.<sup>102</sup> Wie Berechnungen der WHO zeigen sind insbesondere strukturelle Massnahmen (z.B. die Besteuerung von Zigaretten und von alkoholhaltigen Geträn-

98 SR 832.20

99 SR 822.11

100 SR 741.01

101 SR 311.0

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

ken (Bier, Spirituosen und Alcopops) sehr kostenwirksam.<sup>103</sup> So empfehlen die OECD und die WHO in ihrem Bericht über das Gesundheitssystem der Schweiz dann auch, dass Massnahmen mit einer erwiesenen Kostenwirksamkeit eine höhere Priorität einzuräumen sei.<sup>104</sup> Wie bereits weiter oben erwähnt, können strukturelle Präventionsmassnahmen aber negative finanzielle Auswirkungen für die betroffenen Unternehmen oder gar eine Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit mit sich bringen und sind deshalb politisch meist sehr umstritten. Deswegen erfordern solche Massnahmen stets ein frühzeitiges Offenlegen allfälliger Zielkonflikte sowie ein sorgfältiges Abwägen zwischen dem öffentlichen Interesse des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Personengruppen vor übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten einerseits und dem öffentlichen Interesse des Schutzes der Wirtschaftsfreiheit andererseits.

Vor allem auch aus diesem Grund soll das Institut, als das zentrale Organ des Bundes für die Umsetzung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen, sicherstellen, dass Informationen über anerkannte und wirksame Interventionsmodelle für alle staatlichen und privaten Akteure leicht zugänglich sind (Art. 10 Abs. 2 Bst. a). Schliesslich wird die Weiterentwicklung der bestehenden Qualitätsstandards (Art. 10 Abs. 2 Bst. b) wie auch die Förderung der Aus- und Weiterbildung (Art. 19) bewirken, dass bei der Planung und Durchführung von Programmen und Projekten Instrumente des Qualitätsmanagements zur Anwendung gelangen und die mit der Konzeption und Umsetzung betrauten Personen über das dazu notwendige spezifische Fachwissen verfügen.

Dass thematisch die richtigen Prioritäten gesetzt werden, d.h. dass nationale Programme ausschliesslich in denjenigen Themenbereichen durchgeführt werden, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (z.B. Folgekrankheiten des Tabak- oder Alkoholkonsums, die aus Bewegungsmangel und Fehlernährung entstehenden Krankheiten wie auch schwere psychische Krankheiten), wird durch das Steuerungs- und Koordinationsinstrument der nationalen Ziele (Art. 4) und auf Bundesebene durch die bundesrätliche Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung (Art. 5) sichergestellt.

Und nicht zuletzt sind alle nach dem VE PräVG zu ergreifenden Massnahmen wie auch das Gesetz selbst (Art. 24) regelmässig auf ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hin zu überprüfen.

## **4 Rechtliche Aspekte**

### **4.1 Verfassungsmässigkeit**

Der VE PräVG stützt sich einerseits auf Artikel 117 Absatz 1 BV, andererseits auf Artikel 118 Absatz 2 BV.

Artikel 117 Absatz 1 BV erteilt dem Bund einen umfassenden Gesetzgebungsauftrag im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Auf diese Verfassungsbestim-

<sup>103</sup> Vgl. dazu [www.who.int/choice](http://www.who.int/choice) und Bundesamt für Gesundheit: Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz, Bern, 28. September 2007, Seite 45 f. – einsehbar unter [www.bag.admin.ch/pgf2010](http://www.bag.admin.ch/pgf2010).

<sup>104</sup> OECD und WHO: OECD-Berichte über Gesundheitssysteme. Schweiz. Paris, 2006, Seite 161.

mung stützt sich die Kompetenz des Bundes, den Prämienzuschlag nach Artikel 20 des revidierten KVG zu erheben und nach den Artikeln 13 bis 15 VE PräVG und zu verwenden. Gemäss Artikel 118 Absatz 2 BV erlässt der Bund Vorschriften in spezifischen gesundheitsrelevanten Bereichen. Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV räumt dem Bund die Kompetenz ein, Vorschriften über die Bekämpfung von übertragbaren, stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten von Menschen und Tieren zu erlassen.

Unter übertragbaren Krankheiten werden Krankheiten nach dem Epidemien gesetz vom 18. Dezember 1970<sup>105</sup>, die durch Krankheitserreger oder deren Stoffwechselprodukte auf den Menschen übertragbar sind, verstanden (vgl. Art. 3 Bst. d VE PräVG). Zu diesen Krankheiten gehören etwa Tuberkulose oder HIV/Aids. Stark verbreitet sind Krankheiten, die quantitativ gehäuft und überregional verbreitet sind, so dass die tatsächliche oder potenzielle Verbreitung der Krankheit eine Verhütung oder Früherkennung auf nationaler Ebene angezeigt erscheinen lässt (vgl. Art. 3 Bst. e VE PräVG). Als stark verbreitete Krankheiten gelten namentlich suchtbedingte Störungen oder psychische Krankheiten. Das Merkmal der Bösartigkeit bezieht sich schliesslich auf Krankheiten, die das Leben bedrohen oder erhebliche (schwere und dauernde) Beeinträchtigungen der Gesundheit nach sich ziehen (vgl. Art. 3 Bst. f VE PräVG). Bösartige Krankheiten sind beispielsweise Krebskrankheiten. Was die Prävention und Gesundheitsförderung bezüglich der eben genannten Krankheiten im VE PräVG anbelangt, stützen sich die entsprechenden Massnahmen auf Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV. Der Bund ist demzufolge zum Beispiel ermächtigt, Vorschriften zum Schutz vor den gesundheitsschädigenden Folgen des Passivrauchens zu erlassen, weil er damit zur Verhütung bösartiger Krankheiten, insbesondere von Krebs, beiträgt.

Eine weitere spezifische verfassungsrechtliche Grundlage des VE PräVG findet sich in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe a BV. Dabei handelt es sich um den Schutz der Allgemeinheit im Verkehr mit Lebensmitteln, Gebrauchs- und Verbrauchsgegenständen. Massnahmen nach dem Präventionsgesetz in den Bereichen Ernährung, Tabak, Alkohol und Drogen haben ihre verfassungsmässige Grundlage in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe a BV. In zahlreichen Fällen nehmen Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen zur Verhütung von stark verbreiteten oder bösartigen Krankheiten im Sinne von Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV auch direkt auf Ernährung, Tabak-, Alkohol- oder Drogenkonsum Bezug. Denn der Umgang mit diesen Substanzen kann zu Krankheiten im Sinne von Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV führen. In solchen Fällen findet sich die verfassungsrechtliche Grundlage für eine Massnahme nach dem VE PräVG in Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe b BV.

Gestützt auf Artikel 118 Absatz 2 Buchstabe c BV ist der Bund ferner ermächtigt, Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen in den Bereichen des Schutzes vor ionisierenden Strahlen zu treffen.

<sup>105</sup> SR 818.101

## **4.2 Erlassform**

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

## **4.3 Vereinbarkeit mit dem Subventionsgesetz**

Das Bundesgesetz vom 5. Oktober 1990<sup>106</sup> über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionsgesetz; SuG) gilt für sämtliche im Bundesrecht vorgesehenen Finanzhilfen und Abgeltungen. Der VE PräVG enthält verschiedene Bestimmungen, die sich auf die Ausrichtung von Finanzhilfen oder Abgeltungen beziehen.

Der VE PräVG enthält in Artikel 17 (Finanzhilfen an Organisationen), in Artikel 18 (Forschungs- und Innovationsförderung) und in Artikel 23 Absatz 2 (Internationale Zusammenarbeit) verschiedene Tatbestände, welche die Ausrichtung von Finanzhilfen nach sich ziehen können. Öffentliche oder private Organisationen, welche die Information der Bevölkerung über Krankheitsrisiken, die Prävention von nichtübertragbaren oder psychischen Krankheiten sowie Forschung und Innovation fördern, kommen ohne eidgenössische Finanzhilfen nicht aus, da die übrigen Finanzierungsmöglichkeiten nicht ausreichen. Ohne diese Unterstützung würden die Aktivitäten dieser Einrichtungen, etwa die in Artikel 17 genannten Aktivitäten, in quantitativer wie auch in qualitativer Hinsicht zurückgehen, weil sie nicht gewinnbringend ausfallen. Nach Artikel 23 Absatz 2 fördert der Bund ferner die Teilnahme der Kantone und der privaten Präventions- und Gesundheitsorganisationen an internationalen Programmen. Sowohl Kantone als auch private Organisationen sind auf diese Unterstützung durch den Bund angewiesen.

Der VE PräVG sieht in Artikel 26 Absatz 1 vor, dass der Bundesrat Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung auf Organisationen und Personen des öffentlichen oder privaten Rechts übertragen kann. Zu solchen Aufgaben gehören insbesondere die Umsetzung der nationalen Programme, die Informationsaktivitäten sowie die Förderung der Aus- und Weiterbildung. Artikel 26 Absatz 3 bestimmt, dass die Personen oder Organisationen, welche solche Aufgaben wahrnehmen, einen Anspruch auf Entschädigung haben. Die Vornahme der Aufgaben, die im Verordnungsrecht an verschiedene Organisationen und Personen delegiert werden, stellt eine Rechtspflicht dar. Es liegt im Interesse des Bundes, dass solche Aufgaben von Personen oder Organisationen wahrgenommen werden, die eine gewisse Nähe zur Aufgabe selbst sowie zu deren Adressaten haben. Insofern erscheint es im Sinne des SuG gerechtfertigt, für die Wahrnehmung dieser Aufgaben eine Abgeltung vorzusehen.

Die Voraussetzungen für den Erlass von rechtsetzenden Bestimmungen über Finanzhilfen und Abgeltungen nach SuG sind erfüllt. Die zuständige Behörde wird die Einzelheiten durch Verfügung oder öffentlich-rechtlichen Vertrag festzulegen haben.

<sup>106</sup> SR 616.1

## 4.4

### **Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen**

Der Vorentwurf enthält neben Artikel 25, welcher dem Bundesrat die Kompetenz um Erlass von Ausführungsbestimmungen gibt, einzig in Artikel 21 Absatz 1 und 3 sowie in Artikel 26 Absatz 3 Delegationsnormen zum Erlass von Verordnungsrecht. Der Bundesrat als Verordnungsinstanz darf damit innerhalb der vom Gesetz beschriebenen Grenzen gesetzesergänzendes Verordnungsrecht erlassen. Diese Delegationen betreffen Regelungen, deren Details den Konkretisierungsgrad der Gesetzesebene wesentlich überschreiten würden. Verfassungsrechtlich müssen sich Delegationsermächtigungen auf einen bestimmten Regelungsgegenstand beschränken, dürfen also nicht unbegrenzt sein. Die Rechtsetzungsermächtigung beschränken sich deshalb jeweils auf einen bestimmten Regelungsgegenstand und sind nach Inhalt, Zweck, und Ausmass hinreichend konkretisiert. Die Delegation von Rechtsetzungsbefugnissen wird damit dem Bestimmtheitsgrundsatz gerecht und ist somit verfassungsrechtlich ausreichend umrissen.