

Bachelorarbeit

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Studium: Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Sozialversicherungssysteme in der Schweiz und Österreich – Eine vergleichende Betrachtung

Begutachter: DSA Christoph Pammer, MPH, MA

Institut für Pflegewissenschaft, Billrothgasse 6/1, 8010 Graz

Lehrveranstaltung: Gesundheitsversorgungsstrukturen und sozialpolitische Aspekte

Vorgelegt von: Kerstin Schmölzer

Geboren am: 05. Februar 1982

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Kerstin Schmölzer

Baden-Dättwil, am 07. 04. 2014

Inhalt

1	Kurzzusammenfassung.....	iv
2	Executive summary	v
3	Einleitung.....	1
4	Grundlagen und Entstehung der Sozial- und Krankenversicherungssysteme	3
4.1	Geschichte der Sozialversicherung in der Schweiz	4
4.2	Geschichte der Sozialversicherung in Österreich	6
5	Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung.....	7
5.1	Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung in Österreich.....	7
5.2	Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung in der Schweiz	8
6	Finanzierung und Gliederung der Sozialversicherungen	9
6.1	Österreich.....	9
6.1.1	Das Prinzip der Selbstverwaltung.....	9
6.1.2	Mindestsicherung.....	10
6.1.3	Krankenkassen.....	11
6.1.4	Pensionssystem	11
6.2	Schweiz.....	15
6.2.1	Alters und Hinterlassenenschaftsversicherung (AHV)	15
6.2.2	Invalidenversicherung (IV).....	16
6.2.3	Unfallversicherung (UV)	16
6.2.4	Erwerbsersatzordnung / Mutterschaftsentschädigung	16
6.2.5	Arbeitslosenversicherung (ALV)	17
6.2.6	Familienzulagen.....	17
6.2.7	Krankenversicherung.....	17
7	Gegenüberstellung der Sozialversicherungssysteme in der Schweiz und Österreich	19
7.1	Krankenversicherung in Österreich.....	19

7.2	Krankenversicherung in der Schweiz	20
7.3	Vergleich der Krankenversicherungen	22
7.4	Pensionsversicherung in Österreich.....	22
7.5	Pensionsversicherung in der Schweiz	24
7.6	Unterschiede in der Pensionsversicherung zwischen der Schweiz und Österreich ..	27
7.7	Unfallversicherung in Österreich	28
7.8	Unfallversicherung in der Schweiz	29
7.9	Unterscheide zwischen den Unfallversicherungssystemen in der Schweiz und in Österreich.....	31
8	Gleichheit versus Ungleichheit im Gesundheitssystem	31
8.1	Zugangsgleichheit.....	32
8.2	Einkommensgleichheit	32
8.3	Leistungsgleichheit.....	33
8.4	Risikogleichheit	34
9	Gesundheitsförderung	34
9.1	Die Ottawa Charta.....	35
9.2	Fond Gesundes Österreich.....	36
9.3	„Gesundheitsförderung Schweiz“	36
9.4	Umfrage zum Thema Gesundheitswesen in der Schweiz.....	37
9.5	Bevölkerungsstudie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger	38
9.6	Prävention und Gesundheitsförderung als kostensenkender Faktor und politisches Aufgabenfeld.....	39
10	Schlussfolgerung.....	41
11	Literaturverzeichnis.....	42
12	Abbildungsverzeichnis.....	49

1 Kurzzusammenfassung

Die Sozialversicherungssysteme in Österreich und der Schweiz bieten der jeweiligen Bevölkerung Hilfe in Krankheitssituationen und Notlagen und gewähren damit soziale Sicherheit. Die Hauptkomponenten der Gesundheitssysteme stellen in beiden Ländern die Arbeitslosenversicherung, Mindestsicherung bzw. Sozialhilfe, eine verpflichtende Krankenversicherung und vom Staat kontrollierte Pensionssysteme dar. Während die beiden Sozialsysteme auf den ersten Blick sehr ähnlich erscheinen, ergeben sich bei genauerer Betrachtung doch deutliche Unterschiede. Obwohl beispielsweise, sowohl in Österreich als auch in der Schweiz, die jeweils ansässigen Personen verpflichtet sind einem Versicherungsschutz zu unterliegen, basiert die obligatorische Krankenpflegeversicherung in der Schweiz auf privaten Versicherungsträgern, während in Österreich ein Pflichtversicherungssystem vorliegt. Die Anbieter der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz sind gesetzlich dazu verpflichtet jede Bewerberin und jeden Bewerber zu akzeptieren und den vorgeschriebenen Deckungsschutz zu gewähren. Infolgedessen können Personen, welche in der Schweiz Krankenversichert sind, den Versicherungsträger frei wählen und ihn einmal jährlich wechseln. Im Gegensatz dazu wird in Österreich die zuständige Krankenversicherung in Erster Linie von der Erwerbstätigkeit der versicherten Person bestimmt. Die Möglichkeit, die Versicherung frei wählen zu können, besteht nicht. Ein weiterer Punkt, in welchem die Sozialversicherungssysteme der Schweiz und Österreichs voneinander abweichen, betrifft die Ziele der Pensionsversicherungen. Während in Österreich der Lebensstandard durch die Alterspension gehalten werden soll, ist die Pension in der Schweiz in der Regel sehr viel kleiner, als das letzte Erwerbseinkommen der versicherten Person. In dieser Arbeit werden die Sozialversicherungssysteme der Schweiz und Österreichs vorgestellt und die Unterschiede beleuchtet. Zudem werden die beiden Systeme in Hinblick darauf analysiert, welchen Grad an sozialer Gleichheit den Versicherten geboten wird.

2 Executive summary

Social security systems in Switzerland and Austria provide financial support to the respective population. The main components in both countries are aids for the unemployed and social welfare, a mandatory health insurance system, and state controlled pension systems. While exhibiting many similarities at a first glance, pronounced differences exist in how the social security systems are implemented. While, for instance, health insurance is mandatory in both countries, the Swiss system is based on privately owned insurance companies which are bound by law to accept all applicants for the mandatory health insurance. Each individual can choose his/her insurance company and is free to change insurers once a year. In contrast to this, health insurance in Austria does not offer the opportunity to choose the insurer freely. The insurance carrier responsible for insuring an individual is mainly determined by the employer of said individual. Another important difference regards the aims of the respective pension systems. Whereas in Austria the aim of the pension is to provide sufficient financial resources to be able to continue the lifestyle fashioned during employment, the Swiss system provides significantly lower pensions. In this work, the differences between the social security systems are elaborated and discussed. Furthermore, the systems are reviewed with regard to their effectiveness of providing equality among the individuals insured.

3 Einleitung

Noch vor 200 Jahren war vor allem die Familie für die Betreuung von Kranken und betreuungsbedürftigen Personen zuständig. Im Laufe der Zeit hat sich dieses Bild gewandelt, und heute können die Bürgerinnen und Bürger moderner Sozialstaaten mit einer Reihe an Leistungen rechnen. Diese Leistungen schliessen ein breites Spektrum, von Unfallversicherungen über die Kranken- und Arbeitslosenversicherungen bis hin zu den Pensionssystemen, ein.

Aufgrund der demographischen Veränderungen werden, was die Finanzierung der Sozialsysteme im Allgemeinen und jene der Pensionssysteme im Besonderen anbelangt, sowohl in Österreich als auch in der Schweiz, zukünftig Finanzierungsengpässe erwartet (Rupp & Kull 2012, p. 251, p. 252). Die demographische Entwicklung in den westlichen Industrienationen bedingt, dass die Zahl der Pensionsempfängerinnen und Pensionsempfänger steigt, während jene der Beitragszahlenden sinkt. Dieser Herausforderung müssen sich Sozialversicherungsträger aller Industriestaaten stellen. Obwohl die Grundprinzipien der Sozialversicherungssysteme in unterschiedlichen Staaten einander häufig gleichen, bestehen in der konkreten Ausgestaltung und in den Leistungen, auf welche die Bürgerinnen und Bürger Anspruch haben, beträchtliche Unterschiede. Die Schweiz und Österreich sind beides hochentwickelte Industrienationen im Herzen Europas. Beide Staaten haben eine vergleichbare Anzahl an Bewohnerinnen und Bewohnern und besitzen einen ähnlichen kulturellen Hintergrund. Dennoch stechen, selbst bei einem nur oberflächlichen Vergleich der Sozialversicherungssysteme, bereits erhebliche Unterschiede ins Auge.

In dieser Arbeit sollen die Sozialversicherungssysteme in Österreich und der Schweiz vorgestellt und miteinander verglichen werden. Des Weiteren werden im letzten Teil der Arbeit die Begriffe soziale Gleichheit und Ungleichheit und ihre Manifestation in den beiden Sozialversicherungssystemen erörtert und die Gesundheitsförderung als kostensenkender Faktor näher betrachtet.

Die Forschungsfragen wurden wie folgt formuliert:

Welche Unterschiede gibt es in Hinblick auf Struktur, Finanzierung und Leistungsumfang zwischen den Sozialversicherungssystemen Österreichs und der Schweiz?

Wie gestaltet sich der Unterschied in den Leistungen der gesetzlich verpflichtenden Versicherungen, im Hinblick auf die Notwendigkeit eigenverantwortlich zusätzliche Versicherungen abzuschliessen?

Die Strukturen der verschiedenen Sparten der Sozialversicherungssysteme sind in den Kapiteln 5 und 6 erläutert. Die Finanzierung wird in Kapitel 6 abgehandelt. In den relevanten Kapiteln wird auf die Leistungsumfänge der jeweiligen Versicherungssysteme in der Schweiz und Österreich näher eingegangen, während Kapitel 7 eine Gegenüberstellung der beiden Sozialversicherungssysteme beinhaltet.

Betreffend der Notwendigkeit, Zusatzversicherungen abzuschliessen, wird in den entsprechenden Kapiteln darauf Bezug genommen.

4 Grundlagen und Entstehung der Sozial- und Krankenversicherungssysteme

Die Unterstützung Bedürftiger ist ein Leitmotiv in allen Weltreligionen und tief in den Traditionen einer Vielzahl von Kulturen verwurzelt. In dem für Europa prägenden Christentum ist beispielsweise die Nächstenliebe ein zentrales Thema, welches die Grundlage für die Gründung karitativer Organisationen darstellte. Bereits im Mittelalter wurde die Versorgung von Bedürftigen zu einem grossen Teil von Vereinigungen und Zusammenschlüssen übernommen. Hier sind die Städte und Landgemeinden zu nennen, welche Bedürftigen die Aufnahme in Spitälern gewährten, sowie ihre „Allmendrechte“ nutzten, um Armen Unterstützung zu gewähren. Als Allmend oder Allmende wird dabei Gemeindegut bezeichnet, an welchem alle Mitglieder einer Gemeinde das Recht zur Nutzung haben.

Ein frühes Beispiel einer Art Sozialversicherung stellten in der Schweiz sogenannte Pfrundhäuser dar. Diese wurden von Stiftungen finanziert, welche Städte oder auch Landgemeinden für ihre Bürgerinnen und Bürger führten. In Not geratene Bürgerinnen und Bürger fanden jedoch nur Aufnahme in den Pfrundhäusern, wenn sie zuvor finanzielle Zuwendungen an diese Stiftung geleistet hatten. Auch Vereinigungen, wie Bruderschaften oder Zünfte, boten ihren Mitgliedern Unterstützung in Notlagen. Während die Bruderschaften durchwegs religiös begründet waren und für die Hinterlassenen und Kranken unter ihren Mitgliedern sorgten, waren die Zünfte ständische Körperschaften von Handwerkern, welche in erster Linie die Interessensvertretung für ihre Mitglieder zum Ziel hatten. Allerdings errichteten die Zünfte auch Unterstützungskassen, sogenannte Zunftbüchsen, die für in Not geratene Mitglieder Minimalleistungen erbrachten.

Als Folge technologischer Neuerungen, wie der Entwicklung der Dampfmaschine (1712), der Erfindung der mechanischen Spinnmaschine (1764), sowie der Entwicklung eines grosstechnisch umsetzbaren Verfahrens zur Stahlerzeugung (1784), setzten im Laufe des 18. Jahrhunderts dramatische wirtschaftliche und soziale Umbrüche ein. Die Industrialisierung schritt zuerst in England und schliesslich in Europa rasch voran, und zog eine frühe Urbanisierung nach sich. Vor der Industrialisierung waren Familien zu einem grossen Teil in bäuerlichen Grossfamilien organisiert, welche ihre Verbrauchsgüter zu einem grossen Teil aus der eigenen Produktion bezogen und auch die Versorgung der Kranken und Alten im Familienverbund übernahmen. Im Zuge des grossen wirtschaftlichen und sozialen Wandels in

dieser Zeit, verloren diese traditionellen Strukturen an Wichtigkeit und Tragfähigkeit. Ein grosser Teil der Landbevölkerung migrierte in die aufstrebenden Städte und verlor damit die Fähigkeit sich selbst mit dem Nötigsten zu versorgen. Aus diesem Umstand resultierte die Situation, dass ein Verlust der Arbeit, unabhängig davon ob dies aus wirtschaftlichen oder aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, häufig zu einem Verlust der Lebensgrundlage führte.

Drei Staatsmänner haben durch ihre Systeme massgeblich zur Entwicklung der Sozialsysteme in den Industriestaaten beigetragen. Es sind dies:

Otto von Bismarck, deutscher Reichskanzler

Unter Kaiser Wilhelm schuf Bismarck auf Druck der Arbeiterschaft die klassischen Sozialversicherungen (1883 die Krankenversicherung, 1884 die Unfallversicherung und 1889 die Alters- und Invalidenversicherung). Je nach „Risiko“ gründete er eine eigene obligatorische Sozialversicherung.

Franklin Delano Roosevelt, 32. Präsident der USA

In seinem Wahlkampf um die Präsidentschaft prägte er den Begriff und das Gedankengut der sozialen Sicherheit. Er integrierte die bereits bestehenden öffentlichen und privaten Versicherungen in das neue System und ergänzte dies durch neue öffentlich-rechtliche Träger.

William Beveridge, britischer Sozial- und Wirtschaftsminister

1942 legte er der britischen Regierung einen Plan vor, der ein geschlossenes System der sozialen Sicherheit mit einem nationalen Gesundheitsdienst im Zentrum trug, welcher die gesamte Bevölkerung umfasste (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 10-16).

4.1 Geschichte der Sozialversicherung in der Schweiz

Das schweizerische Sozialversicherungsrecht ist kontinuierlich mit den Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger gewachsen. Im Rahmen der sozialen Sicherheit leistete die Schweiz im Bereich der Arbeitssicherheit Pionierarbeit. Im Bereich der Sozialversicherungen hingegen entwickelte sie sich erst spät und recht zögerlich. Die Anfänge der jetzigen Sozialversicherungen finden wir in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in der Zeit der Industrialisierung (Bollier 2012, p. 24).

Nach dem Ersten Weltkrieg litt die Schweiz unter einer schweren Wirtschaftskrise. Wehrmänner und deren Familien gerieten wegen des fehlenden Verdienstes rasch in eine Notsituation. Man versuchte den Qualen der Massenarbeitslosigkeit und der Armut durch Bundesratsbeschlüsse über Notstandsfonds für die Arbeitslosenfürsorge zu begegnen. Die

Forderung nach einer gesamtschweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung wurde in das Programm des Oltener Generalstreiks aufgenommen. Am 6. Dezember 1925 wurde dieser Artikel in die Verfassung aufgenommen und bildete bis zur Neufassung 1972 die rechtliche Grundlage für die Alters- und Hinterlassenenversicherung, die Invalidenversicherung und die Ergänzungsleistungen. 1945 wurden auch Familienschutzbestimmungen in die Bundesverfassung aufgenommen. Es kam zur Einrichtung von Familienausgleichskassen und es wurde der Auftrag zur Errichtung von Mutterschaftskassen erteilt. Damit Familien nicht in Bedrängnis gerieten, wurden Kinderzulagen und Arbeitslohn ausgerichtet. 1953 wurde dann auch die landwirtschaftliche Familienordnung ins ordentliche Bundesrecht überführt, um die Landflucht aufzuhalten und die soziale Lage der Landbevölkerung zu verbessern. 1960 wurde die Invalidenversicherung eingeführt, 1966 kam es dann schliesslich zur Einführung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen. Die AHV/IV (Alters- und Hinterlassenschaftsversicherung/Invalidenversicherung) wurde in Kraft gesetzt. 1972 schliesslich wurde die Grundlage für das Drei-Säulen Prinzip geschaffen und in der Bundesverfassung verankert. Die drei Säulen umfassen die eidgenössische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, die berufliche Vorsorge und die Selbstvorsorge. Damit wurde erstmals in der Geschichte der schweizerischen Sozialversicherung ein Konzept entwickelt und eingeführt, das den Versicherungsschutz der Wohnbevölkerung bezüglich der Risiken Invalidität, Alter und Tod betreffend gewähren sollte (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 15-16).

Am 19. Dezember 1912 stimmte das Parlament zu, ein Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zu etablieren. Anfang 1913 nahm das BSV seine Tätigkeit auf. Seit 1955 gehört es dem Eidgenössischen Department des Inneren (EDI). Das BSV ist von Seiten des Bundes einer der wichtigsten Akteure in der Gesundheitspolitik. Seine Hauptaufgabe besteht darin, die Sozialgesetzgebung vorzubereiten und umzusetzen. Weiters fällt es auch in den Aufgabenbereich des BSV, die ihm unterstellten Sozialversicherungszweige zu beaufsichtigen und zu koordinieren. Bereits nach dem Ersten Weltkrieg begann die BSV mit der Planung der AHV. Während des Zweiten Weltkriegs wurde dem BSV das Kriegsfürsorgeamt angegliedert, welches dafür zuständig war, die Massnahmen des Bundes zur Bekämpfung der Armut zu steuern. Die Jahre zwischen 1965 und 1985 hatten sowohl den Ausbau und die Konsolidierung der Altersvorsorge, als auch die Umsetzung des Drei-Säulen Konzeptes als Schwerpunkte. Das Obligatorium in der Krankenversicherung erfolgte 1994, die Harmonisierung der

Familienzulagen, sowie die Konsolidierung der Invalidenversicherung erfolgten 2006. Bis in die 1990er Jahre erweiterte sich das Aufgabenspektrum der BSV parallel zum Ausbau des Sozialstaates. In den letzten Jahren gingen erstmals einzelne Geschäftsbereiche an andere Stellen über. Die Kranken- und Unfallversicherung ging 2004 an das Bundesamt für Gesundheit (BAG), und 2012 die Aufsicht über die berufliche Vorsorge an die neu geschaffene OBERAUFSICHTSKOMMISSION BERUFLICHE VORSORGE (OAK BV) (Germann et al. 2013; Degen 2005).

4.2 Geschichte der Sozialversicherung in Österreich

Die Entwicklung der Sozialversicherung in Österreich reicht bis ins Mittelalter zurück. Sie war vor allem vom sogenannten „Bruderladen“ der Bergleute geprägt. Der Bruderladen hatte die Verantwortung darüber, dass genügend Geld für die Krankenbehandlung und Sterbegeld vorhanden war. Durch die gefährlichen, bergmännischen Arbeitstätigkeiten, war die solidarische Gemeinschaftshilfe überaus notwendig. In Wien entstand 1868 die allgemeine Arbeiter-, Kranken- und Invalidenunterstützungskasse auf Vereinsbasis. 1867 wurde auf der Berliner Konferenz beschlossen, dass eine Finanzierung der Kranken- und Invalidenkassen auch durch Arbeitgeberanteile, und nicht mehr ausschliesslich durch Arbeitnehmeranteile, getragen werden muss (Heinzl 2012, p. 112).

Erst im Jahre 1889 kam es zur gesetzlichen Regelung der Sozialversicherung, wie wir sie heute kennen. Die gesetzliche Krankenversicherung war selbstverwaltet und fasste alle gewerblichen und industriellen Beschäftigten, mit Ausnahme der die Landarbeiterinnen und Landarbeiter, zusammen. Während des zweiten Weltkrieges wurde die Selbstverwaltung abgeschafft und in eine staatliche Verwaltung nach deutschem Muster umgeändert. Es kam zur Einführung der Reichsversicherungsordnung. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde durch das „Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz“ vom 12. Juni 1947 ein neuer organisatorischer Ausgangspunkt eingeführt. Es kam zur Wiedereinführung der Selbstverwaltung und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Das allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) wurde im Jahre 1956 eingeführt und fasste Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungen sowohl für Arbeiterinnen und Arbeiter als auch für Angestellte des Bergbaus, Gewerbe, Verkehr, Land- und Forstwirtschaft sowie der Industrie zusammen. Auch die Pensionskrankenversicherung in Österreich wurde durch das ASVG geregelt. Selbstständige Erwerbstätige, die zur gewerblichen Wirtschaft gehören, sind nach dem GSVG, dem gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, versichert. Apothekerinnen und Apotheker,

Patientenanwältinnen und Patientenanwälte, freiberufliche Ärztinnen und Ärzte etc. sind durch das freiberufliche Selbstständigen Sozialversicherungsgesetz (FSVG) versichert (Mescke 2004, p. 12).

Ein Vordenker der Sozialversicherung in Österreich war der Sozialpolitiker Friedrich Hillegeist, er wirkte massgeblich an der Gestaltung des ASVG mit. Heute ist es so, dass die Sozialversicherung unabhängig von Alter, Einkommen, sozialer Herkunft und Bildung eine hochwertige Gesundheitsversorgung und eine sichere Pensionsvorsorge garantiert. In der österreichischen Bundesverfassung ist die Selbstverwaltung der Sozialversicherung festgelegt. Verwaltungsaufgaben werden durch die Sozialversicherung weisungsfrei durchgeführt. Geleitet werden die Sozialversicherungsträger von Selbstverwaltungskörpern, welche der Aufsicht durch den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Gesundheit unterliegen (SV 2013b).

5 Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung

Die Rahmenbedingungen innerhalb welcher die Sozialversicherungsträger ihre Arbeit verrichten werden von der Legislative durch entsprechende Gesetze festgelegt. In den folgenden zwei Kapiteln werden die rechtlichen Grundlagen der Sozialversicherung in der Schweiz und in Österreich grob umrissen und die wichtigsten Punkte diskutiert.

5.1 Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung in Österreich

Ein typisches Merkmal für die österreichische Sozialversicherung ist die Pflichtversicherung, die für unselbstständig Erwerbstätige durch das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) und das Beamten-, Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) sowie für selbstständig Erwerbstätige durch das gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) geregelt wird. In der Krankenversicherung pflichtversichert sind auch die Bezieherinnen und Bezieher einer Pension nach dem ASVG, GSVG und BSVG. Das Gleiche gilt auch für Bezieherinnen und Bezieher von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (pensionierte Beamtinnen und Beamte und deren Hinterbliebene).

Die Bundesgesundheitsagentur ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit und wurde Anfang 2005 eingerichtet. Ihr Organ ist die Bundesgesundheitskommission. Zur Beratung der Bundesgesundheitsagentur ist eine

Bundesgesundheitskonferenz eingerichtet, in der wesentliche Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens beteiligt sind. Der Bund hat die Möglichkeit Mittel für Krankenanstalten zurückzuhalten, falls die Planungs-, und Qualitätsvorgaben von den Ländern nicht umgesetzt werden. Eine weitere Aufgabe der Bundesgesundheitskommission ist die Erarbeitung von Leitlinien für den Kooperationsbereich zwischen stationärer, semi- stationärer und ambulanter Versorgung.

Die Landesgesundheitsfonds sind öffentlich-rechtliche Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Jedes Bundesland muss solch einen Fonds einrichten. Die Landesgesundheitsfonds sind für die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und die Krankenanstaltenfinanzierung verantwortlich. Das oberste Organ ist die Gesundheitsplattform. Das Transparent Machen der Zahlungsströme in den einzelnen Versorgungsbereichen gehört zu ihren Kernaufgaben (BGBl. I Nr. 73/2005).

5.2 Rechtliche Grundlagen der Sozialversicherung in der Schweiz

Die rechtliche Situation wird über das ATSG, dem Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, geregelt. Dieses Gesetz koordiniert das Sozialversicherungsrecht des Bundes, indem es Grundsätze, Begriffe und Institute des Sozialversicherungsrechts definiert und ein einheitliches Sozialversicherungsverfahren festlegt. Weitere Anwendungsbereiche umfassen die Regelung der Rechtspflege, Abstimmung der Leistungen sowie die Ordnung des Rückgriffes der Sozialversicherungen auf Dritte. Die Bestimmungen dieses Gesetzes sind auf bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit es die einzelnen Sozialversicherungsgesetze vorsehen. Für Sozialversicherungen mit Geldleistungen, die gesetzlich festgesetzt sind, bestimmt der Bundesrat dessen Höchstbetrag. Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung. Auch die Gewährleistung zweckgemässer Verwendung von Geldleistungen ist im ATSG festgehalten.

Der Bundesrat überwacht die Durchführung der Sozialversicherungen und erstattet hierüber regelmässig Bericht. Des Weiteren haben die Träger der Sozialversicherung den Aufsichtsbehörden alle Auskünfte zu erteilen, die diese für die Überprüfung der Tätigkeit und die Erstellung aussagekräftiger Statistiken benötigen. Sie haben jeweils Jahresberichte und Jahresrechnungen einzureichen.

Für Schäden, die von Durchführungsorganen oder einzelnen Funktionären von Versicherungsträgern einer versicherten Person oder Dritten widerrechtlich zugefügt wurden, haften die öffentlichen Körperschaften, privaten Trägerorganisationen oder Versicherungsträger, die für diese Organe verantwortlich sind (*Online Handbuch ATSG 2013*).

6 Finanzierung und Gliederung der Sozialversicherungen

Die Sozialversicherungssysteme in Europa sind weit entwickelt und bieten grossen Teilen der jeweiligen Bevölkerung im Bedarfsfall umfassende Leistungen. Dementsprechend sind diese Systeme auch kostspielig und bedingen Ausgaben, welche einen grossen Anteil am Bruttoinlandsprodukt (BIP) der jeweiligen Volkswirtschaften darstellen. Die Schweiz und Österreich bilden hier keine Ausnahme. Im Jahre 2010 beispielsweise, wurden in der Schweiz 24.3%, in Österreich gar 29.7% des BIP auf Sozialleistungen verwendet (BFS 2013). Diesen Ausgaben muss eine entsprechende Finanzierung entgegenstehen, welche im Folgenden erläutert wird (Gysin & Mauron 2012, pp. 9-20; Mosutti & Asero 2012, pp. 1-10).

6.1 Österreich

Der Sozialstaat gewährleistet die soziale Sicherheit der/des Einzelnen. Das soziale Netz sichert die medizinische Versorgung, die Rehabilitation und die Absicherung im Alter sowie in Notlagen. Die Sozialversicherung setzt sich aus Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung zusammen, doch im weiteren Sinne zählt auch noch die Arbeitslosenversicherung zur Sozialversicherung. Die Sozialversicherung ist eine Pflichtversicherung, welche bei Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen zu tragen kommt. Ihre Finanzierung erfolgt hauptsächlich über die Sozialversicherungsbeiträge, die sowohl von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als auch von Arbeitgeberseite zu leisten sind.

Der Begriff der Sozialversorgung bezeichnet Leistungen wie Familienbeihilfe, Pflegegeld, Kinderbetreuungsgeld, Heeresversorgung, Kriegsopferversorgung, Opferfürsorge et cetera. Anspruch auf diese Leistungen besteht bei Erfüllung von gesetzlichen Versorgungstatbeständen. Die Finanzierung erfolgt durch allgemeine Steuermittel.

6.1.1 Das Prinzip der Selbstverwaltung

Die österreichische Sozialversicherung ist nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert. Die Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und der Dienstgeberinnen und Dienstgeber

führen die Geschäfte der Sozialversicherung. Der Staat hat das Aufsichtsrecht. Wir unterscheiden in Österreich unterschiedliche Formen der Selbstverwaltung:

- Berufliche Selbstverwaltung in den gesetzlichen Interessensvertretungen. Zum Beispiel Arbeiter-, Wirtschafts-, Landwirtschafts-, Ärzte- und Apothekenkammern
- Territoriale Selbstverwaltung in den Gemeinden
- Selbstverwaltung der Sozialversicherung

Das Fundament der Sozialversicherung ist die Solidarität.

- Der Ausgleich zwischen Besserverdienenden und Minderverdienenden erfolgt auf der Beitragsseite.
- Es existiert auf der Leistungsseite ein Ausgleich zwischen schutzbedürftigen und weniger schutzbedürftigen Personen.
- Viele Familienangehörige sind durch den sozialen Ausgleich in den Schutz der Sozialversicherung kostenlos miteinbezogen.
- Der Ausgleich zwischen Erwerbstätigen und Pensionisten bzw. Pensionistinnen erfolgt in der Pensionsversicherung über den sogenannten Generationenvertrag.
- Sowohl Dienstgeberinnen und Dienstgeber als auch Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer müssen ihren Anteil zur Finanzierung beitragen.

Die Sozialversicherung darf ein Versicherungsverhältnis welches ihr zugewiesen wurde nicht ablehnen. Sie darf also auch niemanden wegen eines hohen Risikos wie z.B. Behinderungen, HIV (Human Immunodeficiency Virus) oder Ähnlichem den Versicherungsschutz verweigern. Privatversicherungen hingegen sind diesbezüglich sehr autonom und dürfen Personen mit erhöhten Gesundheitsrisiken ablehnen, oder einen Leistungsausschluss unter bestimmten Voraussetzungen vereinbaren.

6.1.2 Mindestsicherung

Zum Begriff der Mindestsicherung gehören Behindertenhilfe, Alten- und Pflegeheime, Geldhilfe usw. Die Mindestsicherung ist das letzte Netz im Rahmen der sozialen Sicherheit. Es ist die Mindestexistenzsicherung bei Bedürftigkeit bzw. Notlage. Die Finanzierung erfolgt ebenfalls durch allgemeine Steuermittel. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Erhalt der Mindestsicherung bei Erfüllung der Voraussetzungen.

6.1.3 Krankenkassen

In Österreich gibt es neun Gebietskrankenkassen und sechs Betriebskrankenkassen (siehe Abbildung 1). Im Jahr 2011 kam es zu Sozialausgaben in der Höhe von 88,3 Mrd. Euro. Das sind 29,4 % des Bruttoinlandsproduktes. Daraus entfielen auf die Pensionsversicherung 11,3%, die Krankenversicherung 4,7% die Unfallversicherung 0,5%. Der grösste Teil fiel in die Kategorie sonstige Sozialausgaben (Beamten/Beamtinnen Pensionen, Familienbeihilfen, Arbeitslosenversicherung usw. und umfasste 12,9%. Die Sozialversicherung in Österreich arbeitet nicht gewinnorientiert. 2011 wurden 97,9 Euro von erbrachten 100 Euro Beitragseinnahmen wieder für Leistungen an die Versicherten ausgegeben (SV 2013a).

Hauptverband der Sozialversicherung		
Unfallversicherung	Krankenversicherung	Pensionsversicherung
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	9 Gebietskrankenkassen	Pensionsversicherungsanstalt
	6 Betriebskrankenkassen	
	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau		
Sozialversicherungsanstalt der Bauern		
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		
		Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats

Abbildung 1: Übersicht über die Sozialversicherungsträger in Österreich (,Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung' 2009, p. 356).

6.1.4 Pensionssystem

Die Finanzierung der gesetzlichen Pensionen erfolgt im Umlageverfahren. Das bedeutet, dass die ausgezahlten Pensionen grösstenteils durch die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen finanziert werden. Häufig angeführte Vorteile sind:

- es besteht kein Veranlagungs- und Inflationsrisiko
- rasche und ökonomische Beitragseinhebung
- Stärkung des Solidaritätsbewusstseins
- Geringer Verwaltungsaufwand

Viele Personen ergänzen die staatliche Pension durch das Abschliessen einer privaten Pensionsvorsorge. Die privaten Pensionsversicherungen basieren jedoch auf dem Prinzip des Kapitaldeckungsverfahrens. Das bedeutet, dass die Pension von jeder und jedem selbst

angespart wird um Einkommensverluste im Alter auszugleichen. Die wichtigsten Vor- und Nachteile der Vorsorge auf Basis des Kapitaldeckungsverfahrens:

- Jede und jeder spart für die eigene Pension
- Prämien-bzw. Leistungshöhe sind unterschiedlich
- Veranlagungs- und Inflationsrisiko
- Höherer Verwaltungsaufwand

Durch den demografischen Wandel, der sich vor Allem in niedrigen Geburtenraten und einer steigenden Lebenserwartung manifestiert, verändert sich die altersmässige Zusammensetzung der Bevölkerung. 1970 bezogen beispielsweise nur 17% der Gesamtbevölkerung eine Pension während es im Jahre 2010 bereits 26% waren (SV 2013a).

Der Begriff Bevölkerungspyramide bezeichnet einen bestimmten Aufbau der Bevölkerungsstruktur. Mit der immer geringer werdenden Geburtenrate und der zunehmenden Lebensdauer hat sich die Form einer Tanne herausgebildet (Abbildung 2). Die Äste sind ausladend und der Baum spitzt sich nach oben hin zu. Dieses Bild gibt den aktuellen Bevölkerungsaufbau wieder: wenig Kinder und Jugendliche (Stamm), viele Erwerbstätige (breite Äste), die den Senioren und Hochbetagten nachrücken (Spitze). Die demographischen Strukturen in der Schweiz und Österreich sind vergleichbar (Abbildung 2, Abbildung 3).

Im Moment bilden die Erwerbstätigen eine zahlenmässig starke Gruppe, aber bereits in zehn bis 15 Jahren kommt eine grosse Gruppe ins Pensionsalter. Die nachrückende Generation ist zahlenmässig weitaus geringer. Dadurch verschiebt sich das Verhältnis von in das Pensionssystem einzahlenden Personen zu Personen, welche Pensionsleistungen in Anspruch nehmen. Als Konsequenz muss eine kleiner werdende Anzahl an Erwerbstätigen eine steigende Zahl an Pensionisten finanzieren. Dabei stellt sich die Frage, wie in Zukunft die Altersvorsorge getragen werden soll.

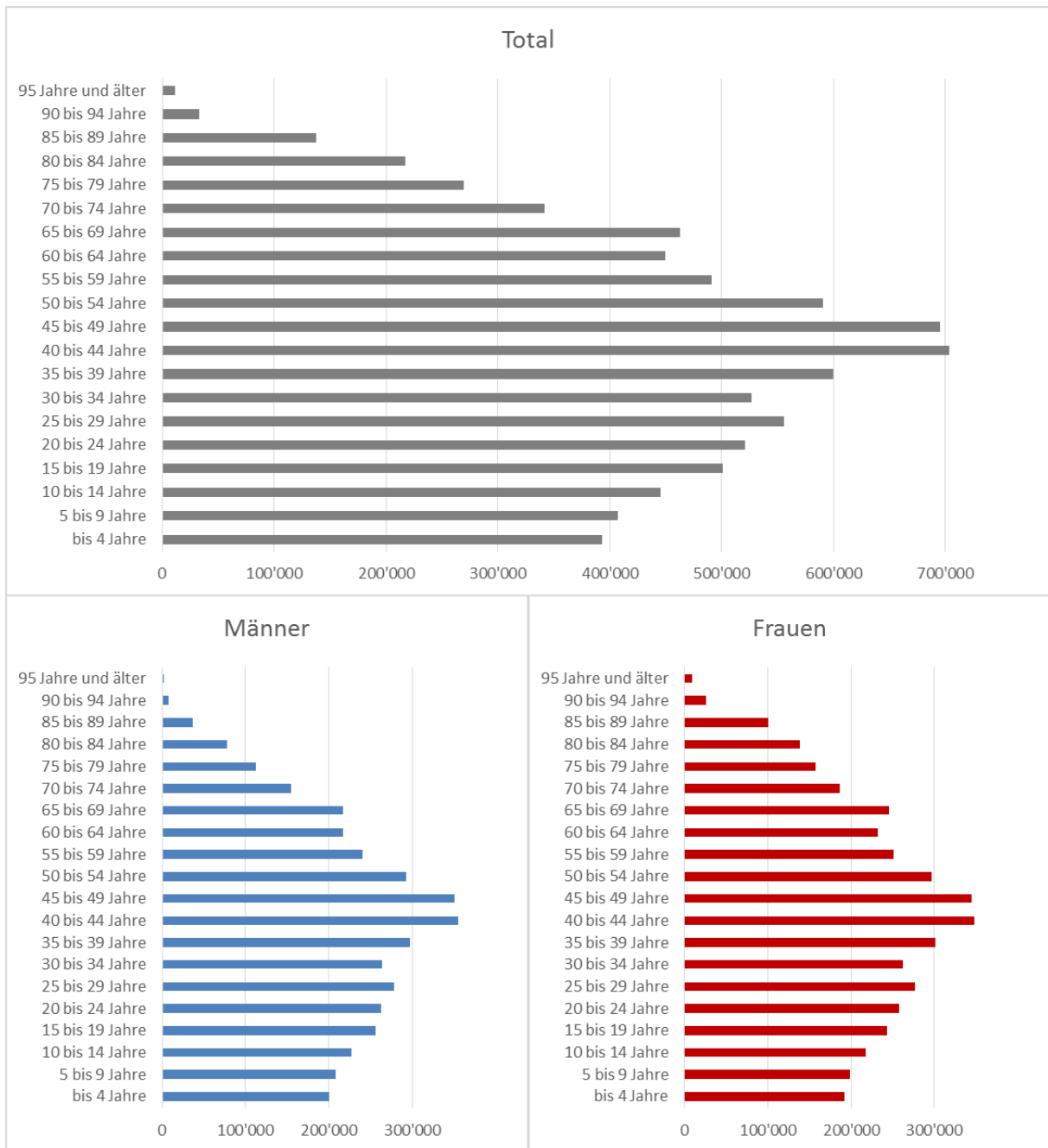


Abbildung 2: Demographische Struktur der Österreichischen Bevölkerung im Jahr 2010. Die Bevölkerung ist dabei in Klassen von jeweils 5 Jahren Spannweite eingeteilt. Die Daten sind sowohl für die Gesamtbevölkerung (oben) als auch für Männer (unten links) und Frauen (unten rechts) separat angegeben (Statistik Austria 2013a).

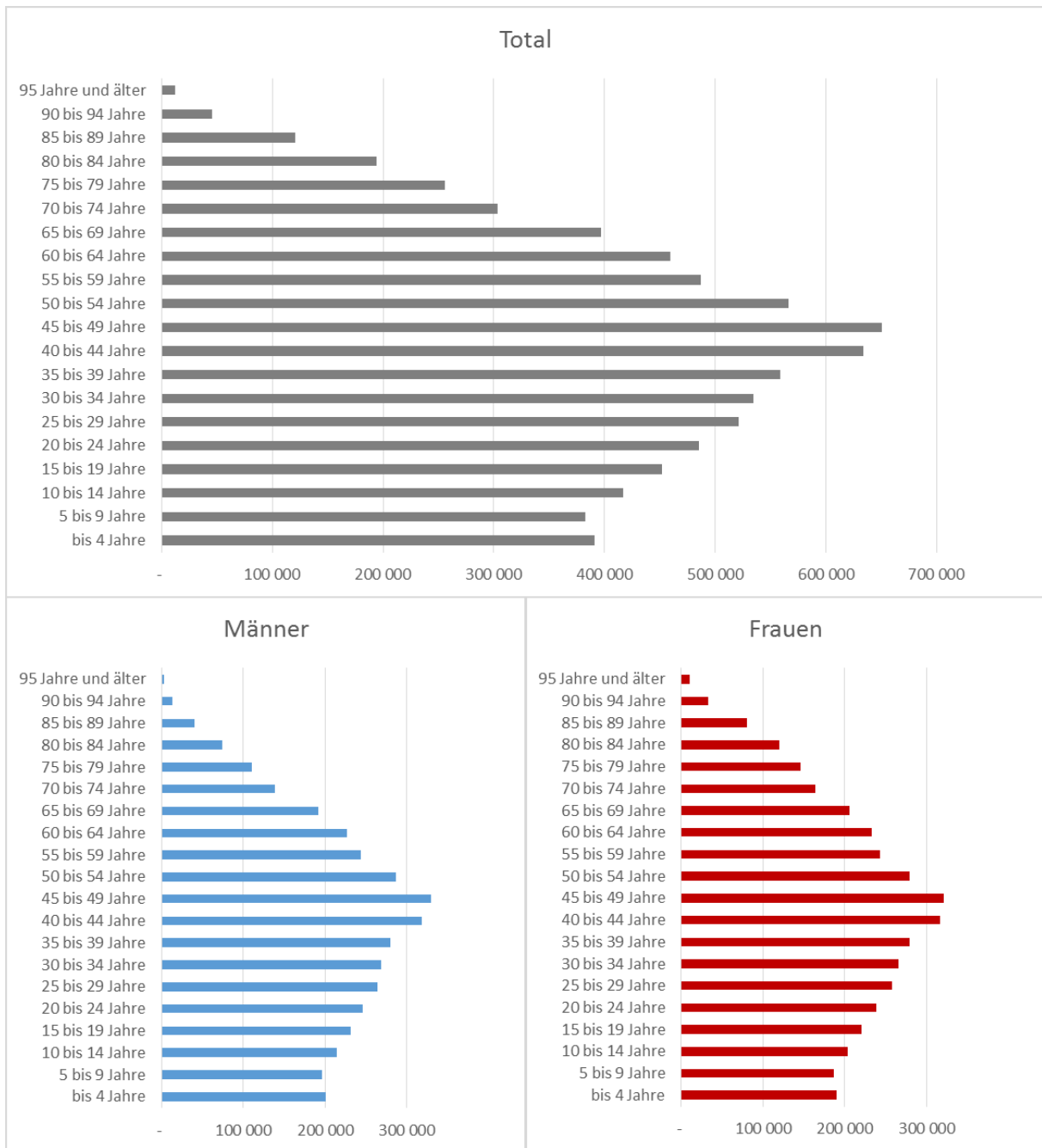


Abbildung 3: Demographische Struktur der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2010. Die Bevölkerung ist dabei in Klassen von jeweils 5 Jahren Spannweite eingeteilt. Die Daten sind sowohl für die Schweizer Gesamtbevölkerung (oben) als auch für Männer (unten links) und Frauen (unten rechts) separat angegeben (STAT-TAB 2014).

6.2 Schweiz

Das Sozialversicherungssystem in der Schweiz wird in fünf Bereiche unterteilt:

- Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (Dreisäulensystem)
- Schutz vor Folgen einer Krankheit und eines Unfalls
- Erwerbseinsatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
- Arbeitslosenversicherung
- Familienzulagen

Die Leistungen der einzelnen Sozialversicherungszweige werden durch Beiträge vom Erwerbseinkommen sowohl von Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerseite als auch von Arbeitgeberinnen und Arbeitgeberseite finanziert. Bund und Kantone beteiligen sich in unterschiedlichem Ausmass an der Finanzierung der Sozialversicherungen (AHV/IV) oder sie unterstützen wirtschaftlich schwache Personen bei der Prämienzahlung, indem es zu Verbilligungen in der Krankenversicherung kommt, bzw. finanzieren sie ganz (Ergänzungsleistungen, EL). Für die Finanzierung der AHV wird ausserdem seit 1. Januar 2014 ein Teil der Mehrwertsteuer erhoben (AHV/IV Information 2013a).

6.2.1 Alters und Hinterlassenenschaftsversicherung (AHV)

Die AHV (Alters- und Hinterlassenenschaftsversicherung) ist der bedeutendste Pfeiler der sozialen Sicherheit in der Schweiz. Alle Menschen die in der Schweiz arbeiten oder wohnen sind AHV versichert. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind ab dem 1. Januar nach ihrem 17. Geburtstag beitragspflichtig. Die Zahlungspflicht endet bei Frauen mit dem 64. Lebensjahr und bei Männern mit dem 65. Lebensjahr oder, falls die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über dieses Alter hinaus im Erwerbsleben stehen, mit dem Ende der Erwerbstätigkeit. Die Abgabe erfolgt nach Lohnprozenten, die Hälfte bezahlen die Arbeitgeberin und der Arbeitgeber. Für selbstständig Erwerbstätige gelten die gleichen Kriterien wie für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, mit dem einzigen Unterschied, dass die Berechnung der Beiträge nach Erwerbseinkommen erfolgt. Bei Nichterwerbstätigen beginnt die Beitragspflicht mit 1. Januar nach dem 20. Geburtstag und endet ebenfalls mit dem 64. bzw. 65. Lebensjahr. Die Beiträge richten sich hier nach Vermögen und Einkommen (Informationsstelle AHV/IV 2013, pp. 67-68).

6.2.2 Invalidenversicherung (IV)

Das Hauptziel der Invalidenversicherung ist das Ein- bzw. Wiedereingliedern von Personen, welche durch diverse Krankheits- oder Unfallfolgen beeinträchtigt sind. Grundsätzlich werden bei der Bemessung der Invalidität zwei unterschiedliche Begriffe verwendet. Diese lauten:

- Arbeitsunfähigkeit (zeitliche begrenzte Unfähigkeit im bisherigen Beruf zu arbeiten), diese kann teilweise oder vollständig vorhanden sein.
- Erwerbsunfähigkeit (für Personen, die wegen der Folgen eines Gesundheitsschadens auch nach einer dementsprechenden Behandlung immer noch eine vollständige oder teilweise Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten aufweisen). Die finanzielle Abgeltung erfolgt aufgrund der Bemessung des Invaliditätsgrades (Geissbühler & Michaelis 2012, p. 65).

6.2.3 Unfallversicherung (UV)

Die Unfallversicherung gewährt Pflegeleistungen und Kostenvergütungen als Sachleistungen. Sie bezahlt die entsprechenden Kosten also direkt dem Arzt, dem Spital oder der Apotheke. Es bestehen Kostenvergütungen für Hilfsmittel, Sachschäden, Reise-, Transport- und Rettungskosten, sowie Leichentransporte und Bestattungskosten. Geldleistungen werden in Form von Taggeld, Invalidenrente/Komplementärrente, Integritätsentschädigung, Hilflosenentschädigung und Hinterlassenenrente/Abfindung gewährt.

Träger der Unfallversicherung sind:

- SUVA
- Private Versicherungsgesellschaften
- Öffentliche Unfallkassen
- Autorisierte Krankenkassen

Etwa 2/3 aller Beschäftigten sind bei der SUVA versichert. Die SUVA ist eine Selbstverwaltungsorganisation und gehört nicht der Bundesverwaltung an (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 110-113).

6.2.4 Erwerbsersatzordnung / Mutterschaftsentschädigung

Die Erwerbsersatzordnung ersetzt zumindest teilweise den Verdienstausfall von Personen, die Einsätze in der Schweizer Armee, im Rotkreuzdienst, im Zivilschutz oder im Zivildienst leisten.

Erwerbstätige Frauen haben Anspruch auf 14 Wochen Mutterschaftsurlaub. Als Entschädigung für den Verdienstausschlag bekommen sie 80% ihres früheren durchschnittlichen Erwerbseinkommens, höchstens jedoch 196 Franken pro Tag (AHV/IV Information 2013b).

6.2.5 Arbeitslosenversicherung (ALV)

Die Arbeitslosenversicherung unterscheidet fünf Arten von Versicherungsleistungen:

- Arbeitslosenentschädigung (Entschädigung für Einkommensausfall)
- Kurzarbeitsentschädigung (Ersatz von Lohnkosten bei Kurzarbeit)
- Schlechtwetterentschädigung (Ersatz von Lohnkosten bei wetterbedingten Arbeitsausfällen)
- Insolvenzenschädigung (Einkommensersatz bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers)
- Arbeitsmarktliche Massnahmen (Beiträge an Massnahmen zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit)

Damit die oben angeführten Ansprüche bestehen, muss eine versicherte Person während mindestens 12 Monaten eine betragspflichtige Beschäftigung (innerhalb einer vorgegebenen Rahmenfrist) ausgeübt haben (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 96-99).

6.2.6 Familienzulagen

Familienzulagen werden von der Arbeitgeberin oder vom Arbeitgeber zusammen mit dem Lohn ausbezahlt. Sie betragen pro Kind mindestens 200 Franken im Monat, vom Geburtsjahr bis zu jenem Monat, in dem das 16. Altersjahr vollendet wird. Nach dem 16. Lebensjahr bis zum Abschluss der Ausbildung (längstens aber bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres) wird eine Ausbildungszulage von mindestens 250 Franken im Monat gewährt (AHV/IV Information 2013c). Für den Bezug von Familienbeihilfen in der Landwirtschaft gibt es gesonderte Bestimmungen, die Art und der Betrag der Kinderbeihilfen sind jedoch weitgehend vergleichbar.

6.2.7 Krankenversicherung

In der Schweiz ist die Krankenversicherung obligatorisch. Wer in der Schweiz wohnt, muss sich innerhalb von drei Monaten bei einer Krankenkasse versichern lassen. Die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer hat aber die freie Wahl, bei welcher Krankenkasse sie oder er die Versicherung abschliessen möchte.

Krankenkassen sind juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts. Bei der obligatorischen Krankenpflegeversicherung handelt es sich um eine Grundversicherung. Leistungen, welche über das Mass der Grundversicherung hinausgehen, müssen von sogenannten Zusatzversicherungen abgedeckt werden. In der Grundversicherung können (mit Ausnahme von Notfällen) nur Leistungen gedeckt werden, die im Wohnkanton des Versicherten erbracht werden. Bei der Zusatzversicherung werden zwei Kategorien unterschieden: ambulante Zusatzversicherung (übernehmen Kosten für Brillen, Zahnbehandlungen, Kosten für Alternativmedizin usw.) und Spital-Zusatzversicherungen (übernehmen stationäre Leistungen wie z.B. die Kosten für ein Einzelzimmer). Im Unterschied zur Grundversicherung ist es den Krankenkassen bei Zusatzversicherungen freigestellt, wen sie in die Versicherung aufnehmen und wen nicht (BAG 2013a). Jedoch müssen die privaten Versicherungseinrichtungen folgende gesetzliche Voraussetzungen erfüllen:

- Die soziale Krankenversicherung nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit durchführen und die Gleichbehandlung der Versicherten gewährleisten
- Die Mittel der sozialen Krankenversicherung nur für deren Zwecke verwenden (sie dürfen also auch keinen Gewinn damit erzielen)
- Einen Sitz in der Schweiz haben
- Neben der obligatorischen Krankenversicherung auch die Einzeltaggeldversicherung nach dem KVG durchführen.

Die Versicherten müssen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen beteiligen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus:

- Der sog. Franchise (gleichbedeutend mit Selbstbehalt) in Form eines fixen Jahresbetrags und
- einem prozentualen Selbstbehalt.

Man kann aus unterschiedlichen Jahresfranchisen wählen. Aktuell sind es monatliche Franchisen in der Höhe von 300, 500, 1000, 1500, 2000 oder 2500 Franken. Der prozentuale Selbstbehalt beträgt 10% der die Franchise übersteigenden Kosten. Der jährliche Höchstbetrag des prozentualen Selbstbehaltes ist aber mit 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder limitiert (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 151-155).

7 Gegenüberstellung der Sozialversicherungssysteme in der Schweiz und Österreich

Bereits aus der Gliederung der Sozialversicherungsorganisationen, die in Kapitel 6 vorgestellt wurden, offenbaren sich grosse Unterschiede zwischen den beiden Systemen. In der folgenden Gegenüberstellung werden die Unterschiede der einzelnen Versicherungsleistungen herausgearbeitet und näher betrachtet. Im Speziellen wird in diesem Kapitel auf die Kranken-, Pensions-, und Unfallversicherung eingegangen, da diese im Ländervergleich die grössten Unterschiede aufweisen.

7.1 Krankenversicherung in Österreich

In Österreich ist die Krankenversicherung eine Pflichtversicherung, was bedeutet, dass jede unselbstständig Erwerbstätige und jeder unselbstständig Erwerbstätige auch krankenversichert ist, sofern ihr oder sein Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze von 395,31 Euro pro Monat oder 30,35 Euro pro Tag überschreitet. Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Gesetzlich geregelt ist die Krankenversicherung im ASVG. Auch Arbeitslose und Pensionistinnen/Pensionisten sind in der Krankenversicherung miteingeschlossen. Die Krankenversicherung in Österreich deckt die Versicherungsfälle der Krankheit, Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit sowie der Mutterschaft ab. Die Krankenversicherung erbringt Sachleistungen (wie z.B. Krankenbehandlung, Anstaltspflege), sowie auch Geldleistungen (wie z.B. Krankengeld, Wochengeld). Der Krankenversicherungsträger ist vom zu Versicherten nicht frei wählbar, dieser ist vom jeweiligen Dienstort abhängig. Sowohl Unternehmerinnen und Unternehmer als auch Selbstständige sind bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft kranken- und pensionsversichert. Hier ist ein Selbstbehalt von 20% zu leisten, es können dafür aber auch mehr Leistungen in Anspruch genommen werden. Neben der Pflichtversicherung steht es jeder Österreicherin und jedem Österreicher frei auch eine private Zusatzversicherung abzuschliessen. Der zusätzliche Schutz einer privaten Krankenversicherung soll vor allem jene Kosten abdecken, die durch eine gesetzliche Krankenversicherung nicht gedeckt sind. Dies betrifft z.B. die Kosten eines höheren Komforts im Krankenhaus, freie Arztwahl.

Bei welchem Versicherungsunternehmen dies gemacht wird, bleibt jedem selbst überlassen. Generell gibt es einen festgeschriebenen Beitragssatz von rund 7,5% bei unselbstständig

Erwerbstätigen. Dieser wird sowohl von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern als auch von Dienstgeberinnen und Dienstgebern je zur Hälfte bezahlt (SV 2012b, p. 166).

7.2 Krankenversicherung in der Schweiz

In der Schweiz ist die Krankenversicherung obligatorisch. Alle Personen, die sich in der Schweiz aufhalten müssen krankenversichert sein, bzw. sich nach spätestens drei Monaten versichert haben. Geregelt ist die Krankenversicherung im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Eine Mitversicherung von Familienangehörigen ist nicht möglich. Derzeit kann aus 94 zugelassenen Krankenkassen frei gewählt werden. Die Grundversicherung kann jedes Jahr bis 30. November gekündigt, und somit auf den 31. Dezember gewechselt werden. Es besteht die Möglichkeit eine zusätzliche Privatversicherung abzuschliessen um die Grundversicherung zu erweitern. Die Beitragshöhen können von der jeweiligen Krankenkasse frei festgelegt werden. Es gilt also eine einkommensunabhängige Einheitsprämie, welche je nach Wohnkanton und Altersgruppe unterschiedlich gegliedert wird. In der Schweiz gilt für alle Krankenversicherten im Erwachsenenalter eine Selbstbeteiligung, die, sofern voll ausgeschöpft, mindestens 1000 Franken beträgt. Für Kinder und Jugendliche sind es mindestens 350 Schweizer Franken im Jahr. Als Franchise wird jener Festbetrag bezeichnet, unter welchem sämtliche Kosten vom Versicherten selbst getragen werden müssen. Unterschiedliche Versicherungsunternehmen bieten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten unterschiedliche Franchisen an. Für Erwachsene ist eine Franchise von mindestens 300 Schweizer Franken im Jahr gesetzlich festgelegt. Für Kinder und Jugendliche gibt es keine Untergrenze der Franchise. Je höher die Franchise gewählt wird, desto niedriger sind die monatlichen Versicherungsbeiträge. Ein Selbstbehalt von 10% des Rechnungsbetrages ist bis zu einem jährlichen Maximum von 700 Franken zu tragen. Für Kinder und Jugendliche gilt ein jährlicher Selbstbehalt von 350 Franken. Es besteht auch ein erhöhter Selbstbehalt bei Medikamenten, welche durch Generika ersetzt werden können. So muss für ein pharmazeutisches Originalpräparat bei Vorhandensein eines Generikums 20% Selbstbehalt entrichtet werden. Leistungen, welche während einer Mutterschaft entstehen, sind von einer Selbstbeteiligung ausgenommen.

Weiters stehen auch unterschiedliche Modelle der Krankenversicherung zur Verfügung, um eine monatlichen Prämienreduktion zu bewirken. Ein gängiges Modell ist das sogenannte Hausarztmodell. Die oder der Versicherte verzichtet bei diesem Modell auf die freie Arztwahl, ausser in medizinischen Notfällen, und kontaktiert im Krankheitsfall immer ihren bzw. seinen

festen Hausarzt. Damit wird erwartet, dass aufgrund der gezielten Überweisung der Versicherten vom Hausarzt an die Spezialistinnen und Spezialisten eine Kosteneinsparung gegenüber der Standard Grundversicherung erreicht werden kann.

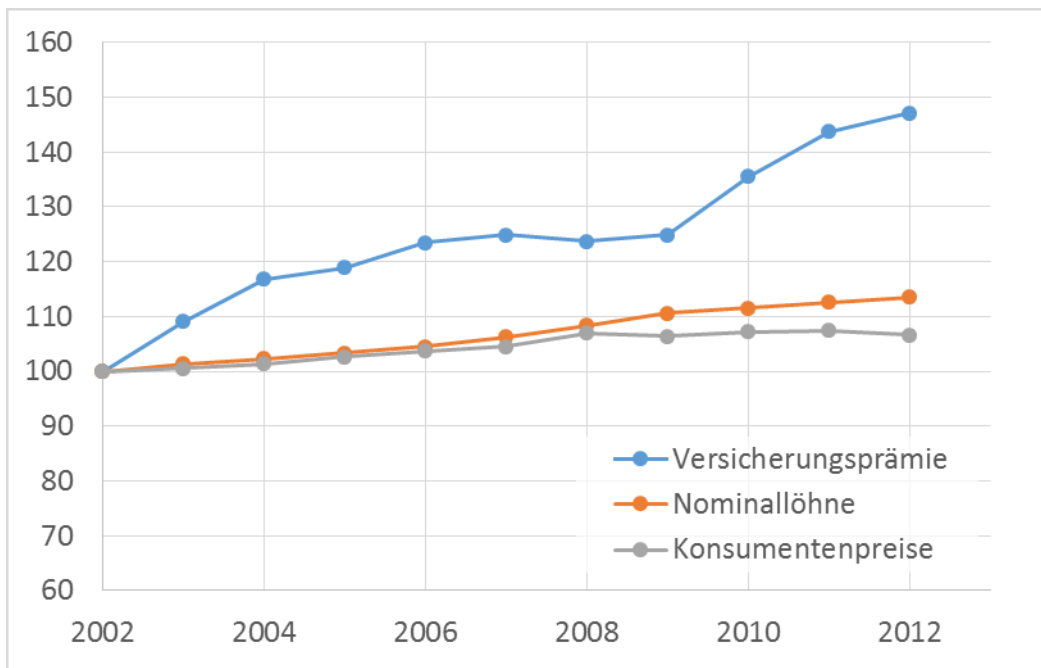


Abbildung 4: Entwicklung der mittleren OKV Versicherungsprämie sowie der Brutto-Nominallohne und der Konsumentenpreise von 2002 bis 2012. Die jeweiligen Zahlenwerte sind dabei auf den jeweiligen im Jahr 2002 erhobenen Wert normiert (Jeanloz 2013, p. 23; Medienmitteilung BFS 2013, p. 5).

Auch das HMO-Modell (Health Maintenance Organisation) folgt einem sehr ähnlichen Prinzip. Die Krankenkassen arbeiten in diesem Fall mit Gesundheitszentren zusammen, in welchen Spezialistinnen und Spezialisten aus unterschiedlichsten Fachbereichen tätig sind. Man verpflichtet sich auch bei diesem Modell, für Behandlungen immer zuerst ein HMO-Gesundheitszentrum aufzusuchen, das mit der eigenen Krankenkasse zusammenarbeitet. Ein weiteres Modell ist das Tele-Medizin-Modell. Dabei verpflichtet man sich, vor dem Aufsuchen eines Arztes zuerst bei einem Telemedizin-Zentrum anzurufen. Damit vermeidet man, dass bereits bei Bagatellen Arztbesuche stattfinden und die Versicherungsnehmer können gleich direkt an den jeweiligen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten weitergeleitet werden (BAG 2013b).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Versicherungsprämien in den letzten Jahren massiv angestiegen sind. Der Verlauf der mittleren Prämie in der OKV über die Zeit ist in Abbildung 4 dargestellt. Zum Vergleich sind auch die Kaufkraftentwicklung und die Entwicklung der

Einkommen aufgetragen. Um die zeitliche Entwicklung besser vergleichen zu können, sind die Beträge auf den jeweiligen Wert des Jahres 2002 normiert.

7.3 Vergleich der Krankenversicherungen

Sowohl in Österreich als auch der Schweiz sind Personen dazu verpflichtet krankenversichert zu sein. In der Schweiz wird das Modell der Versicherungspflicht angewandt, bei dem sich die in der Schweiz ansässigen Personen selbst bei einem privaten Anbieter versichern müssen. In Österreich dagegen gibt es eine Pflichtversicherung, was bedeutet, dass der Versicherungsträger nicht frei gewählt werden kann. Des Weiteren muss in der Schweiz monatlich ein ausreichend grosses Budget für Gesundheitskosten eingeplant werden, da die medizinischen Behandlungen zuerst selbst bezahlt werden müssen und dann, je nach Höhe der jährlichen Franchise, rückerstattet werden. Durch die völlig freie Preisgestaltung der privaten Versicherungsanbieter in der Schweiz, ergeben sich auch grosse Unterschiede in den monatlichen Prämienleistungen. In Abbildung 4 ist erkennbar, dass es in den letzten Jahren zu massiven Prämiensteigerungen kam. Auch eine Mitversicherung der Ehepartnerin oder des Ehepartners ist in der Schweiz nicht möglich. Nicht erwerbstätige Personen und Kinder sind im Gegensatz zu Österreich verpflichtet ihre Versicherungsprämien zu bezahlen. Die Tatsache, dass in der Schweiz je nach Franchise medizinische Behandlungen zu grossen Anteilen privat bezahlt werden müssen, legt die Vermutung nahe, dass krankenversicherte Personen mit höherem Einkommen eher medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, als jene mit niedrigerem Einkommen.

7.4 Pensionsversicherung in Österreich

Die Pensionsversicherungsanstalt in Österreich ist der grösste Sozialversicherungsträger und umfasst mehr als 4,7 Millionen Versicherte, welche aus dem Bereich der unselbstständigen Erwerbstätigen kommen. Die Pensionsversicherung in Österreich ist eine Pflichtversicherung mit dem Hintergrund des Solidaritätsgedankens. Die Leistungen umfassen:

- Pensionen (Schutz vor den finanziellen Risiken des Alters, der Berufsunfähigkeit/Invalidität sowie des Todes)
- Massnahmen der Gesundheitsvorsorge und
- Massnahmen der Rehabilitation

Die Pensionsleistung soll annähernd das Erwerbseinkommen ersetzen, welches vor dem Pensionseintritt ausbezahlt wurde, um den Lebensunterhalt der Pensionistin und des

Pensionisten sicher zu stellen. Bei Eintritt des Todes der versicherten Person sind die Pensionen für die Hinterbliebenen der Ersatz der wegfallenden Unterhaltsleistungen. Die Pensionszahlungen aus der gesetzlichen Pensionsversicherung werden in Form des Umlageverfahrens finanziert. 2012 gliederte sich die Finanzierung der gesetzlichen Pensionsversicherung wie folgt:

- Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber Sozialbeiträge: 34.4%
- Sozialbeiträge der geschützten Personen: 33.3%
- Allgemeine Steuermittel: 26.8%

Der fehlende Prozentbetrag setzt sich aus sonstigen Einnahmen (0.6%) und Transferzahlungen zusammen (4.8%) (Statistik Austria 2013b).

Eine weitere Leistung der Pensionsversicherung besteht auch darin, Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge (z.B. Aufenthalte in Kurorten) und der Rehabilitation (verfolgt das Ziel der Wiedereingliederung von behinderten Personen in das Erwerbsleben) zu treffen, um den vorzeitigen Anfall einer Pension zu verhindern oder auch zu verzögern. Im Moment liegt das gesetzliche Pensionsantrittsalter in Österreich für Frauen beim 60. Lebensjahr, bei Männern ist es mit dem 65. Lebensjahr erreicht. Mit dem 1. Jänner 2024 wird das derzeitige Antrittsalter der Frauen bis 2033 um je sechs Monate pro Jahr verlängert. Das heisst, Frauen mit einem Geburtsdatum ab 2. Juni 1968 gehen dann mit dem 65. Lebensjahr in die Alterspension (BGBl. I Nr. 142/2004).

Bei einem Pensionsantritt vor Erreichen des regulären Pensionsalters kommt es zu einer Verminderung der Pension um 4,2% für je zwölf Monate der früheren Inanspruchnahme. Nimmt man die Pension erst nach dem Regelpensionsalter in Anspruch, so erhöht sich diese auch um 4,2% für je zwölf Monate des späteren Pensionsantritts. Dies kann aber für maximal drei Jahre in Anspruch genommen werden (Schneider, Riegler & Voigt 2012, p.17). Seit dem 01.01.2014 wurden sowohl die jährlichen Abschläge für den verfrühten Antritt der Korridor pension als auch die Zuschläge für zusätzliche Arbeitsjahre auf 5.1% erhöht (BGBl. I Nr. 142/2004).

In Österreich gibt es fünf Pensionsversicherungsträger:

- Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
- Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
- Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates

(Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2013a).

Beim Pensionsversicherungsbeitrag ist der Prozentsatz, welcher vom Gehalt einbezahlt werden muss, gesetzlich geregelt und wird jährlich angepasst. 2012 waren es 10,25%, welche Angestellte, Arbeiter und Arbeiterinnen, Beschäftigte im Bergbau und freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer an Beiträgen leisten mussten. Die Dienstgeberin bzw. der Dienstgeber trägt 12,55% des Bruttogehalts der bzw. des Bediensteten bei. Eine Ausnahme bilden jene Personen, welche unter die sogenannte Knappschaftliche Pensionsversicherung fallen, hier beträgt der Beitrag des Arbeitgebers 18,05%. Gewerbetreibende, Freiberuflerinnen und Freiberufler, Neue Selbstständige und Bäuerinnen und Bauern müssen den Betrag alleine tragen, wodurch er für diese Bereiche auch höher ausfällt. Gewerbetreibende und Neue Selbstständige bezahlen beispielsweise 17,5%, Freiberufler 20%, Bauerinnen und Bauern 15,5% (SV 2012a).

In Österreich existiert eine sogenannte Höchstbemessungsgrundlage. Damit wird die monatliche Einkommensschwelle bezeichnet, oberhalb welcher sich der Beitrag für die österreichische Sozialversicherung nicht mehr erhöht. Die Höchstbemessungsgrundlage wird aus den 26 besten Verdienjahren gerechnet und beträgt 4530 EUR im Monat (Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2013b).

7.5 Pensionsversicherung in der Schweiz

Wie bereits erwähnt, beruht die Altersvorsorge in der Schweiz auf dem sogenannten drei Säulen Prinzip. Die drei Säulen sind dabei die staatliche AHV (Alters- und Hinterlassenenversicherung), sowie die berufliche und die private Vorsorge. Das Ziel der AHV ist die Deckung des Existenzbedarfs. Die AHV ist eine obligatorische Versicherung, wobei die Höhe der Leistungen nicht ausschliesslich von der Höhe der geleisteten Beiträge abhängig ist. Der Solidaritätsgedanke steht im Vordergrund. Dies lässt sich aus der Tatsache erkennen, dass die Beiträge aus dem gesamten, unbegrenzten Erwerbseinkommen geleistet werden,

während dem die Renten aber nach unten und nach oben mit Minimal, bzw. Maximalrenten limitiert sind. Versichert sind die wirtschaftlichen Folgen von Alter und Tod. Für betagte Personen, denen es nicht möglich ist, sich auf eine zweite oder dritte Säule zu stützen, wurde ein zusätzliches Sozialwerk, nämlich die Ergänzungsleistungen, geschaffen. Der AHV Beitrag betrug 2012 sowohl für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber je 4,20%. Dazu kommen 0,7% IV (Invalidenversicherung), 0,25% (Erwerbsersatzordnung, diese kompensiert den Verdienstausschluss von Militär, Zivildienst- oder Zivildienst), und 1,10% ALV Arbeitslosenversicherung). Für Löhne zwischen 126 001 CHF und 315 000 CHF wird ein Solidaritätsbeitrag von 0,5% eingehoben.

Selbstständig erwerbstätige Personen bezahlen 7,8% AHV, 1,4% IV, und 0,5% EO. Die AHV wird durch das Umlageverfahren finanziert, beruhend auf einem Generationenvertrag (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 51-63).

Die zweite Säule der Schweizer Altersvorsorge besteht aus einer beruflichen bzw. betrieblichen Vorsorge (BV), die mit einer gesetzlichen Minimalversicherung und einer freiwilligen Höherversicherung einhergeht. Die BV ist eine kapitalgedeckte Pensionsversicherung, d. h. die Vorsorgeeinrichtungen können die Leistungen und Finanzierungen selbst bestimmen. In welche Einrichtung die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer eintreten muss, wird von der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber bestimmt. Die betriebliche Vorsorge ist verpflichtend, Selbstständige können freiwillig eintreten. Versichert sind Tod, Invalidität und Alter. Sowohl Arbeitgeberin oder Arbeitgeber als auch Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bezahlen Beiträge. Die Beiträge sind je nach Alter und Lohn unterschiedlich. Die Rentenzahlungen können bei der BV auch als Kapitalabfindung abgegolten werden. Das ordentliche Rentenalter in der Schweiz liegt für Männer bei 65 Jahren, für Frauen bei 64 Jahren.

Die dritte Säule besteht aus der privaten Vorsorge, welche dazu dienen soll eventuelle Einkommenslücken zu füllen, die möglicherweise durch die beiden ersten Säulen entstanden sind.

Die private Vorsorge wird in zwei Kategorien unterteilt. Säule 3a behandelt eine gebundene Vorsorge und Säule 3b eine freie Vorsorge. Bei der gebundenen Vorsorge gelten gesetzliche Einschränkungen, wie z.B. die, dass die erwerbstätige Person einen Wohnsitz in der Schweiz haben muss, nur die gesetzlichen Erben begünstigt werden und der Zweck dieser Vorsorge, mit Ausnahme einiger Sonderfälle, nur der Altersvorsorge dienen darf. Der Maximalbezug für

die gebundene Vorsorge 3a wurde vom Bund im Jahr 2014 für Erwerbstätige Personen, die einer Pensionskasse angehören, mit 6739 CHF festgesetzt. Für Erwerbstätige, die keiner Pensionskasse angehören, wurde der Maximalbezug mit 20% des Erwerbseinkommens, höchstens aber 33 696 CHF, festgesetzt. Die Beiträge in der Säule 3a sind steuerlich absetzbar. Gelder aus der 3a Säule können nur vorzeitig bezogen werden, wenn eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- wenn eine Wohnung oder ein Haus gekauft wird (in dem die Person selbst wohnt), um die Hypothek abzuzahlen,
- wenn eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufgenommen oder diese gewechselt wird,
- beim Einkaufen in die Pensionskasse,
- wenn der Wohnort aus der Schweiz verlegt wird (Schneider, Riegler & Voigt 2012, p. 14).

Eine Vorsorge, die unter die Säule 3b fällt, darf grundsätzlich jede Person bei einer Versicherung abschliessen. Die Beitragshöhe und die Dauer der Laufzeit sind dabei frei wählbar, jedoch bestehen nur sehr geringe Möglichkeiten, steuerliche Begünstigungen zu erwirken. Auch den Zweck der Versicherung wählen die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler frei. Begünstigte für den Todesfall können ebenfalls frei bestimmt werden (BSV 2013).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die freie Vorsorge durch ein hohes Mass an Individualität und Flexibilität hervorsteicht, dafür aber nur sehr begrenzte steuerliche Abzugsmöglichkeiten aufweist. Mit der gebundenen Vorsorge sind Steuereinsparungen möglich, dafür müssen aber starke gesetzliche Einschränkungen in Kauf genommen werden. Für beide Arten der Vorsorge werden unterschiedliche Versicherungs- und Bankprodukte angeboten. Der Anteil der jeweiligen Vorsorgemodelle an der gesamten Altersrente, in Abhängigkeit des letzten Brutto-Jahreseinkommens eines Erwerbstätigen, ist in Abbildung 5 dargestellt.

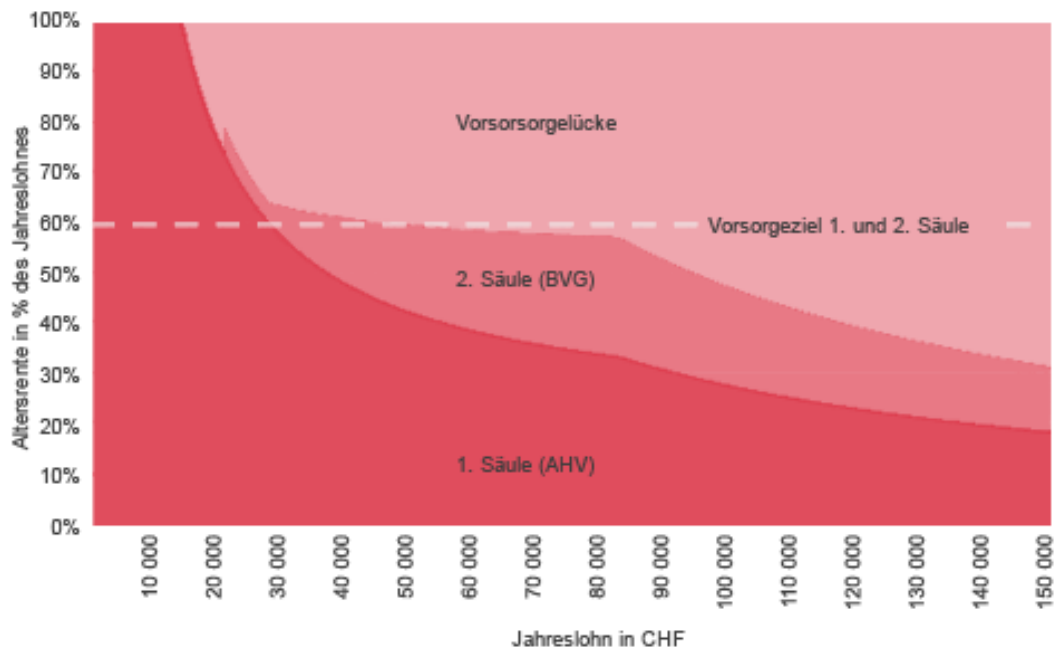


Abbildung 5: Zu erwartende Altersrente pro Säule als Funktion des letzten Brutto-Jahreseinkommens einer Dienstnehmerin oder eines Dienstnehmers in der Schweiz (swisslife 2014).

7.6 Unterschiede in der Pensionsversicherung zwischen der Schweiz und Österreich

Der wohl hervorstechendste Unterschied besteht darin, dass in Österreich das Ziel verfolgt wird die Pensionszahlungen an das Erwerbseinkommen anzupassen und die obligatorische Pensionsversicherung in der Regel ausreicht, um den Lebensunterhalt zu finanzieren. In der Schweiz kann bei einem jährlichen Einkommen zwischen 50.000 CHF und 60.000 CHF nur noch mit 60% der angegebenen Summen als Pensionsleistungen gerechnet werden (siehe Abbildung 5). Ein weiterer Unterschied ergibt sich im Pensionsantrittsalter. Während das gesetzliche Pensionsalter der Frauen in Österreich derzeit noch bei 60 Lebensjahren liegt, ist das gesetzliche Pensionsalter der Schweizer Frauen bereits jetzt bei 64 Lebensjahren. Bei den Männern liegt das gesetzliche Pensionsalter in beiden Ländern bei 65 Jahren.

Im Zeitraum von 2005 bis 2010 ist die Anzahl der Bezieherinnen und Bezieher von Alterspensionen in Österreich um ca. 10%, in der Schweiz sogar um mehr als 16% gestiegen. Auch in Zukunft wird diese Zahl in beiden Ländern deutlich ansteigen, da es zu einer Zunahme jener Personengruppe kommen wird, die aus dem Erwerbsleben ausscheidet (Schneider, Riegler & Voigt 2012, p.20).

Da es in der Schweiz im Gegensatz zu Österreich keine Höchstbemessungsgrundlage gibt, tragen hier Personen mit hohem Einkommen zur Finanzierung der Pensionskassen deutlich stärker bei als in Österreich.

7.7 Unfallversicherung in Österreich

Die Träger der Unfallversicherung sind die

- Allgemeine Unfallversicherung (AUVA)
- Versicherungsanstalt für Eisenbahner und Bergbau (VAEB)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)

Die soziale Unfallversicherung ist eine Pflichtversicherung welche auf dem Solidaritätsprinzip beruht. Das heisst alle Risiken werden dabei gebündelt. Die wichtigste Wirtschafts- und Sozialpolitische Aufgabe liegt darin, dass alle Versicherten im Laufe ihrer Ausbildung und Berufslaufbahn, trotz aller Gefahren, in sozialer Sicherheit leben können. Die Unfallversicherung ist eine Interessensgemeinschaft, bei der sich sowohl Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als auch Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber beteiligen. Die Leistungen umfassen:

- Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- Sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung
- Vorsorge für Erste Hilfe
- Unfallheilbehandlung
- Rehabilitation
- Finanzielle Entschädigung
- Entgeltfortzahlungszuschüsse

(,Soziale Unfallversicherung' 2009, p. 390).

Für die Unfallversicherung gelten zwei Arten von Versicherungsfällen:

Der Arbeitsunfall, dabei werden Unfälle verstanden, die entweder direkt bei der Arbeit entstehen, auf dem Weg zur Arbeit oder von der Arbeit nach Hause passieren.

Die Berufskrankheit definiert sich dadurch, dass die Erkrankungen durch lange Einwirkungen auf den Körper entstehen. Zum Beispiel Allergien, oder auch Gehörschädigungen, durch die fortwährende Einwirkung von Lärm am Arbeitsplatz, werden zu den Berufskrankheiten gezählt. Bei der Unfallversicherung gibt es nur das Prinzip Alles oder Nichts. Das heisst ein

Schaden wird entweder völlig anerkannt oder komplett abgelehnt. Eine durch einen Arbeitsunfall verursachte Beeinträchtigung soll entweder beseitigt oder zumindest verbessert werden. Das heisst, es werden medizinische-, soziale-, sowie berufliche Rehabilitationsmassnahmen geleistet. Soziale Rehabilitation soll sicherstellen, dass es auch im privaten und gesellschaftlichen Bereich zu keinen Einschränkungen kommt. Selbstständig erwerbstätige Personen sind dazu verpflichtet, ihre Beiträge selbst einzuzahlen. Sowohl Schülerinnen und Schüler als auch Studentinnen und Studenten, sowie Mitglieder von Hilfsorganisationen und Lebensretterinnen und Lebensretter müssen keine Beiträge bezahlen, geniessen aber auch einen Versicherungsschutz („Soziale Unfallversicherung“ 2009, pp.390-403).

7.8 Unfallversicherung in der Schweiz

Alle erwerbstätigen Personen in der Schweiz sind gegen die Folgen von Berufsunfall und Berufskrankheit versichert. Die Prämien für die Berufsunfallversicherung muss die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber bezahlen. „Die gesundheitlichen, wirtschaftlichen und immateriellen Folgen von Berufskrankheiten und Unfällen sollen für Arbeitnehmer behoben oder gemildert werden“ (Geissbühler & Michaelis 2012, p.108). Für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, welche bei derselben Arbeitgeberin oder beim selben Arbeitgeber für mindestens acht Stunden pro Woche einer Erwerbstätigkeit nachgehen, sind zusätzlich auch noch gegen die Folgen eines Nichtberufsunfalles (NBU) versichert. Der gesundheitliche Schaden muss adäquat kausal mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden können, damit ein Leistungsanspruch besteht. „Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung von ungewöhnlichen äusseren Faktoren auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat“ (Geissbühler & Michaelis 2012, p. 108 & p. 109). Jede einzelne dieser fünf Voraussetzungen muss erfüllt sein, damit ein Ereignis als Unfall gilt. Auch Berufskrankheiten werden von der sozialen Unfallversicherung gedeckt. Die Leistungen werden einerseits als Sachleistungen wie z.B. Pflegeleistungen abgegolten. Sie umfassen beispielsweise die ambulante Behandlung durch die Ärztin oder den Arzt, Arzneimittel, Analysen und Spitalbehandlung in Allgemeiner Abteilung. Ebenfalls erfolgen Kostenvergütungen wie Hilfsmittel (Prothesen, Fahrstühle, Hörapparate...), Sachschäden, Reise, Transport- und Rettungskosten sowie Leichentransporte und Bestattungskosten.

Zudem werden Geldleistungen wie Taggeld, Invalidenrente, Hilflosenentschädigung, Integritätsentschädigung und Hinterlassenenrente ausbezahlt.

Unfallähnliche Körperschädigungen sind versichert, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder Degeneration zurückzuführen sind. Dies sind z.B. Körperschädigungen wie Knochenbrüche, Verrenkungen, Muskeleinrisse usw.

Die SUVA ist der Hauptträger der obligatorischen Unfallversicherung in der Schweiz. Etwa zwei Drittel aller Beschäftigten sind bei ihr versichert. Die SUVA ist eine Selbstverwaltungsorganisation und gehört nicht zur Bundesverwaltung. Sie erhält keine Subventionen und ist finanziell unabhängig. Auch Arbeitslose, die Anspruch auf eine Arbeitslosenentschädigung haben, sind bei der SUVA obligatorisch UVG versichert. Das restliche Drittel kann durch andere Versicherer, wie z.B. private Versicherungsgesellschaften, öffentliche Unfallversicherungskassen und autorisierte Krankenkassen, versichert sein. Man spricht daher von einer Mehrfachträgerschaft. Obligatorisch bei der SUVA versichert sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus den Bereichen:

- Industrie
- Bau- und Installationsgewerbe sowie Betriebe des Leitungsbaus
- Materialgewinnung und -aufbereitung aus der Erde- und Forstwesen
- Bearbeitung von Metall, Holz, Kunststoffen, Stein, Glas
- Verkehrs und Transportwesen
- Elektrizitätswesen, Gas- und Wasserversorgung einschliesslich Abwasser- und Kehrichtbeseitigung
- Bundesverwaltung, Verwaltung von Bundesbetrieben und –Anstalten sowie gewisse andere öffentliche Verwaltungen
- Lehr- und Invaliditätswerkstätten

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus dem Kleingewerbe wie z.B. Bäckerinnen und Bäcker, Coiffeurinnen und Coiffeure, sowie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus den Kleinhandelsbetrieben, wie z.B. Banken, Hotellerie, des Gastgewerbes, der Landwirtschaft und des Gartenbaus, werden nicht durch die SUVA versichert, sind aber trotzdem obligatorisch durch andere Träger versichert.

Die Ersatzkasse ist dafür zuständig, gesetzliche Leistungen an verunfallte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von ihrer Arbeitgeberin oder ihrem Arbeitgeber nicht versichert worden sind, zu erstatten und trägt auch die Kosten für die gesetzlichen Leistungen eines

Versicherers, der zahlungsunfähig geworden ist. Des Weiteren weist sie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, die ihre Arbeiterinnen und Arbeiter nicht versichert haben, einen Versicherer zu (Geissbühler & Michaelis 2012, pp. 108-116).

7.9 Unterscheide zwischen den Unfallversicherungssystemen in der Schweiz und in Österreich

Sowohl bei der Österreichischen als auch bei der Schweizer Unfallversicherung handelt es sich um soziale Pflichtversicherungen, bei denen die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber wie auch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Beitragspflichten aufweisen. Zusatzversicherungen auf privater Basis werden in beiden Ländern angeboten und auch teilweise in Anspruch genommen. Die obligatorische Unfallversicherung beinhaltet in beiden Fällen die Folgen von Arbeitsunfall und Berufskrankheit und umfasst auch weitere Leistungen wie Rehabilitationskosten, Entgeltfortzahlungszuschüsse und finanzielle Entschädigungen. Generell zeigt sich, dass die Leistungsspektren und der Versicherungsschutz in beiden Ländern, ganz im Gegensatz zur Pensionsversicherung und Krankenversicherung, sehr ähnlich gewährt werden.

8 Gleichheit versus Ungleichheit im Gesundheitssystem

Wenn man von Gleichheit in Bezug auf das Gesundheitssystem spricht, so wird vielfach auf den gleichen Zugang zu den unterschiedlichen Gesundheitsleistungen für unterschiedliche Bevölkerungsschichten Bezug genommen. Ein häufig untersuchtes Thema der Gesundheits- und Sozialwissenschaften ist der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Dieses Thema ist deshalb sehr umfangreich, weil der sozioökonomische Status einen indirekten Einfluss auf das Gesundheitsverhalten hat. Der sozioökonomische Status wird als deskriptiver Begriff für die Position einer Person in der Gesellschaft verwendet. Dabei werden Kriterien wie Einkommen, Bildung und Beruf herangezogen. Soziale Ungleichheit der Gesundheit bezeichnet daher Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen sozioökonomischen Gruppen (Mielck 2008, p.20). Johann Behrens fasst die empirischen Resultate vieler Jahrzehnte zusammen und meint, dass die Lebenserwartung einer Person direkt proportional zur Menge an finanziellen Mitteln, welche der Person pro Monat zur Verfügung stehen, ist (Behrens 2009, p. 55).

Es gibt Systeme, die stärker auf Gleichheit abzielen und andere, die das Erreichen sozialer Gerechtigkeit nicht unbedingt als Regulierungsaufgabe des Staates sehen. Gleichheit ist ein sehr komplexes Konzept, weil es gerade im Gesundheitswesen ganz unterschiedliche Dimensionen besitzt. Nach Uhlmann und Braun (2011, pp. 204-207) können diesbezüglich vier Variablen unterschieden werden:

8.1 Zugangsgleichheit

Behandelt die Frage, wer ein Anrecht auf Gesundheitsleistungen haben soll und wer nicht. Es sind diesbezüglich vier institutionelle Lösungen möglich:

- Pflichtversicherung, dabei wird allen Bürgern eine Garantie auf Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen gegeben. Daraus ergibt sich ein hohes Mass an Gleichheit. In Österreich ist dies der Fall, da Unfall- Kranken- und Pensionsversicherung obligatorisch und nicht frei wählbar sind.
- Verpflichteter Abschluss einer Krankenversicherung, dabei aber die Freiheit zwischen unterschiedlichen Anbietern wählen zu können. Das heisst der Leistungsumfang der Basisversicherungen ist verpflichtend vorgeschrieben und es können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. Dabei ergibt sich auch noch ein relativ hohes Mass an Gleichheit. Für die Schweiz trifft diese Lösung zu, da man aus einer Palette von privaten Krankenversicherern frei wählen und dabei auch die Franchise selbst bestimmen kann.
- Eine freiwillige Krankenversicherung, bei der die Krankenkassen allerdings verpflichtet werden, zumindest einen Grundstock an Leistungen anzubieten, der dann jedem Versicherten zukommt. Das Mass an Gleichheit ist bei dieser Form der Versicherung schon relativ gering.
- Die geringste Form der Zugangsgleichheit würde allerdings dann bestehen, wenn das System nur freiwillige Versicherungen ohne weitere Bedingungen eines Minimalumfanges von Dienstleistungen für die Krankenkassen hätte.

8.2 Einkommensgleichheit

Damit ist der Grad der Gleichheit bei der Finanzierung der Krankenversicherung gemeint. Dabei können die folgenden Systeme unterschieden werden:

- Ein steuerfinanziertes System, das dazu dienen würde die Beiträge der Bürger in der Krankenversicherung auszugleichen. Das Mass an Gleichheit wäre hierbei sehr hoch.

- Ein einkommensabhängiges Prämiensystem. Auch dies bringt ein relativ hohes Mass an Gleichheit mit sich. In Österreich sind die Versicherungsprämien vom Einkommen der Versicherten abhängig, allerdings sind sie durch die Höchstbeitragsgrundlage nach oben limitiert.
- Ein Prämiensystem mit Kompensationszahlungen für ausgewählte Gruppen (dies wäre einkommensabhängig). Das Mass der Gleichheit wäre noch immer hoch. Dies trifft auf die Schweiz zu.
- Ein Prämiensystem mit Subventionen, die an die Krankenkassen gezahlt werden ohne jedoch weitere Differenzierungen der einzelnen Gruppen. Dieses Modell hätte ein relativ geringes Mass an Gleichheit.
- Ein Prämiensystem ohne Kompensationsmechanismen. Gleichheit wäre in diesem Fall nicht vorhanden.

8.3 Leistungsgleichheit

Soll den Bürgern die Gleiche Chance auf Gesundheitsleistungen bieten. Folgende Ausbildungsformen gibt es hierzu:

- Eine Pflichtversicherung, die alle Gesundheitsleistungen im Basispaket enthält, erzeugt ein hohes Mass an Gleichheit. In Österreich liegt diese Art der Versicherung vor, dennoch müssen z.B. spezielle physiotherapeutische Massnahmen selbst bezahlt werden.
- Basisversicherung, welche verpflichtend abgeschlossen werden muss mit freiwilligen Zusatzversicherungen. Es würden bei diesem Modell nicht alle, aber doch der grösste Teil der Gesundheitsleistungen Bestandteil der Basisversicherung sein. Gewährt noch immer relativ hohes Mass an Gleichheit. Diese Art der Versicherung existiert in der Schweiz. Leistungen wie Zahnbehandlungen müssen aber zusätzlich bezahlt werden.
- Wenige bis zu einer mittleren Zahl von den Gesundheitsleistungen wären in der Basisversicherung aufgenommen, der Rest müsste über freiwillige Zusatzversicherungen finanziert werden. Das Mass an Gleichheit wäre in diesem Fall schon relativ gering.
- Ganz geringe Leistungsgleichheit besteht dann, wenn es keine Basisversicherung gibt, und auch keine Regulierung bezüglich der Leistungen der freiwilligen Krankenversicherungen bestehen.

8.4 Risikogleichheit

Berücksichtigt, inwiefern die einzelnen Risikogruppen (Kinder-Erwachsene, Alte-Junge, Mann-Frau, Kranke-Gesunde) bei der Berechnung von Prämien einbezogen werden dürfen.

- Die grösste Gleichheit bestünde hier, wenn keinerlei Prämiendifferenzierungen erlaubt wären. In Österreich findet in der Pflichtversicherung keine Differenzierung zwischen Risikogruppen statt.
- Ein System mit annähernder Gleichheit würde nur erlauben, eine sehr geringe Anzahl von Risikogruppen zu berücksichtigen.
- Die nächste Gruppe würde mehrere solcher Risikogruppen zulassen. Dies bedeutet aber bereits ein hohes Mass an Ungleichheit. In der Schweiz werden Risikogruppen bei der Prämienberechnung miteinbezogen.
- Das System mit der geringsten Risikogleichheit würde keine Vorschriften über den Einbezug von Risikogruppen bei der Kalkulation der Prämien machen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Österreichische Gesundheitssystem in all diesen Punkten höher eingestuft wird als das Schweizer Modell. Im Bereich der Risikogleichheit liegt das System der Schweizer Gesundheitsversicherung sogar zwei Kategorien hinter jenem in Österreich. Dennoch muss dieses Resultat mit einiger Vorsicht betrachtet werden, da in die Bewertung der Gleichheit nur die Krankenversicherung betrachtet wurde, etwaige unterstützende Leistungen, die von Bund und Kantonen in der Schweiz geleistet werden, jedoch nur begrenzt Eingang in die Bewertung gefunden haben. Ausserdem lässt sich insbesondere bei der Finanzierung die Frage stellen, ob tatsächlich Gleichheit oder doch Gerechtigkeit als erstrebenswertes Ziel anzusehen ist. Während diese Frage wohl schwierig zu beantworten ist, so lässt sich doch immerhin festhalten, dass offensichtlich auch im österreichischen System nicht unbedingt Beitragsgerechtigkeit angestrebt wird. Immerhin wird durch den Höchstbeitragssatz der monatliche Beitrag zur Sozialversicherung limitiert, wodurch dessen Anteil am monatlichen Einkommen für höhere Einkommen mit steigendem Einkommen sinkt.

9 Gesundheitsförderung

Es ist unumstritten, dass ein grosser Teil der Ausgaben für die Krankenversicherungen durch entsprechende Gesundheitsvorsorgeprogramme reduziert werden kann. Zudem trägt die

Gesundheitsförderung zur Vermeidung von Produktivitätsausfällen und vor Allem zur Verminderung von persönlichem Leid bei. Insofern kann die Gesundheitsförderung als wesentlicher Teil der jeweiligen Sozialsysteme betrachtet werden, weshalb im Folgenden etwas näher auf diese eingegangen werden soll.

9.1 Die Ottawa Charta

Das breite Verständnis für Gesundheit und dementsprechenden gesundheitsfördernden Massnahmen orientiert sich an der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. Diese ruft zum aktiven Handeln auf, um das Ziel „Gesundheit für alle“ zu erreichen. Ein wichtiger Aspekt davon ist, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Ottawa Charta beschreibt drei Grundprinzipien:

- Interessen vertreten
- befähigen und ermöglichen
- vermitteln und vernetzen

Ausserdem werden fünf Handlungsstrategien definiert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen,
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen,
- persönliche Kompetenzen entwickeln,
- Gesundheitsdienste neu orientieren.

Prinzipiell liegt die Gesundheitsförderung aber nicht nur in der Verantwortung des Gesundheitssektors, sondern in jener der Politik und zielt darauf ab, umfassendes Wohlbefinden der Bevölkerung zu erreichen. In Österreich haben sich mittlerweile zahlreiche Netzwerke zur Gesundheitsförderung etabliert. Ihre wichtigste Aufgabe liegt darin, geeignete Rahmenbedingungen für Gesundheitsfördernde Massnahmen zu bieten. Österreich hat sich besonders um den Aktionsbereich fünf der Ottawa Charta (Reorientierung der Gesundheitsdienste) gekümmert und ist damit „Geburtsland“ des internationalen WHO Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Gründe für die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsförderung und Primärprävention sind unter anderem die demografische Entwicklung mit dem steigenden Anteil älterer Personen, die Zunahme chronischer

Krankheiten, die Wiederkehr bzw. das Neuauftreten von Infektionskrankheiten sowie auch die Grenzen der individuell-kurativen Medizin („Gesundheit und Gesundheitsförderung“ 2014).

9.2 Fond Gesundes Österreich

Der Fond Gesundes Österreich (FGÖ) ist die nationale Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung und Prävention, welche bestrebt ist, nicht nur praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte zu fördern, sondern auch Aktivitäten und Kampagnen zu unterstützen, um gesunde Lebenswelten und Lebensweisen für möglichst viele Österreicherinnen und Österreicher zugänglich zu machen. Aus dem gesetzlichen Auftrag leiten sich sechs Handlungsfelder für die der Fonds Gesundes Österreich zuständig ist ab:

- Bewegung
- Ernährung
- seelische Gesundheit
- Kinder und Jugendliche
- Menschen und Arbeitsplatz
- ältere Menschen

Für seine Aufgaben steht dem FGÖ ein jährliches Budget von 7,25 Millionen Euro aus öffentlicher Hand (Steueraufkommen) zur Verfügung („Gesundheit und Gesundheitsförderung“ 2014).

9.3 „Gesundheitsförderung Schweiz“

In der Schweiz ist es eine Stiftung mit dem Namen „Gesundheitsförderung Schweiz“, die im gesetzlichen Auftrag Massnahmen zur Förderung der Gesundheit koordiniert und evaluiert. Die Stiftung wird von den Kantonen und Versicherern getragen, unterliegt aber der Kontrolle des Bundes. Oberstes Entscheidungsorgan ist der Stiftungsrat. Jede Person leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz, welcher von den Krankenversicherern als Beitrag für die Stiftung eingezogen wird. Um die finanziellen Mitteln effizient und zielgerichtet einsetzen zu können, hat man sich auf drei Kernthemen geeinigt, welche direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung abzielen. Diese sind:

- Gesundheitsförderung und Prävention stärken
- Gesundes Körpergewicht
- psychische Gesundheit/Stress

(Gesundheitsförderung Schweiz 2006).

9.4 Umfrage zum Thema Gesundheitswesen in der Schweiz

2011 wurde vom Consulting-Unternehmen Deloitte eine webbasierte Umfrage zum Gesundheitswesen in der Schweiz durchgeführt, welche sich an Schweizer Bürgerinnen und Bürger im Alter von mindestens 18 Jahren richtete. Die Befragung schloss 1000 zufällig ausgewählte Personen ein. Es zeigte sich, dass 48% der Umfrageteilnehmerinnen und Teilnehmer ihre Gesamtgesundheit als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ beurteilen. Wobei der allgemeine Gesundheitszustand von Personen mit Zusatzversicherung mit 50% deutlich häufiger mit „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“ beurteilt wird als der von Personen ohne Zusatzversicherung (42%). 85% der Umfrageteilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu haben. 74% sind mit der Betreuung durch ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zufrieden. 73% der Befragten besitzen eine Zusatzkrankenversicherung. 67% haben eine oder mehrere Arten von Zusatzversicherungen. 41% der Befragten gehören der gleichen Krankenversicherung an wie ihre Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner oder Lebensgefährtinnen bzw. Lebensgefährten, dabei glaubten 38% „gut versichert“ zu sein und 5% hielten sich für unterversichert. 19% gaben an, ihr Versicherungsprodukt innerhalb des letzten Jahres gewechselt zu haben. 46% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Ansicht, dass das Schweizer Gesundheitssystem besser funktioniert als andere vergleichbare Systeme auf der Welt. 57% glauben, dass die Qualität der Pflege vergleichbar mit der Besten weltweit ist. Basierend auf den Ergebnissen dieser Umfrage kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Zufriedenheit mit dem Schweizer Gesundheitssystem mässig ist, obwohl das System bei vielen Befragten hohes Ansehen geniesst. Besonderer Verbesserungsbedarf besteht laut Aussagen der Befragten bei der Verkürzung der Wartezeiten, der verbesserten Konzentration auf Gesundheit statt Krankheit und der verstärkten Orientierung an den Patientinnen und Patienten. Die Verbraucher würden politische Massnahmen favorisieren, die das Angebot an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern vergrössern, die Prämien (bei gesunder Lebensweise) senken und gegen Kunstfehler vorgehen. Nur ein geringer Anteil der Befragten nimmt an angebotenen Programmen für gesunde Lebensweise oder Gesundheitsmanagement teil und gibt an, sich vom System Unterstützung und finanzielle Anreize zu wünschen, damit sie sich aktiver beteiligen würden. Des Weiteren sind die Gesundheitskosten für die Mehrheit der Schweizer Verbraucherinnen und Verbrauchern ein Problem. Bei der Hälfte der Befragten sind die Gesundheitskosten (Prämien und Selbstbeteiligung) seit dem letzten Jahr gestiegen. Nur drei

von zehn Befragten sehen sich als finanziell gut vorbereitet, die zukünftigen Gesundheitskosten zu finanzieren (Deloitte 2011).

9.5 Bevölkerungsstudie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

In Österreich wurde eine „Bevölkerungsstudie des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger“ an 2000 Befragten durchgeführt. Knapp vier von zehn kranken Menschen leiden unter fehlender Abstimmung im Gesundheitswesen. Die am häufigsten kritisierten Punkte sind Doppeluntersuchungen, welche als unnütze Kostentreiber gesehen werden. 75% der Befragten haben das Gefühl, dass im Gesundheitswesen die „linke Hand nicht weiss, was die rechte tut“, also jegliche Abstimmung fehlt, was häufig zu unerwünschten Wechselwirkungen bei Arzneimitteln führt. 93% der Befragten haben eine Haus-/Vertrauensärztin oder einen Haus-/Vertrauensarzt und billigen ihm eine hohe Kompetenz in allen Gesundheitsfragen zu. 89% der Befragten halten eine regelmässige Qualitätskontrolle der Ärzte für wünschenswert. Die e-Medikation genießt bei den Befragten hohe Aufmerksamkeit und wird als Informationsinstrument für die Ärztin oder den Arzt, zur besseren Abstimmung von Krankenhaus, Ärztin bzw. Arzt und Apothekerin bzw. Apotheker gesehen, welches die Sicherheit der Patienten verbessern kann (SV 2011).

In der Schweiz flammen immer wieder Diskussionen auf, welche sich mit der Einführung einer Einheitskasse befassen. Der Züricher Gesundheitsökonom Willy Oggier (2006, pp. 3-5) analysiert diesbezüglich Vor- und Nachteile. Sehr hohe Übergangskosten bei der Einführung sowie das Risiko, dass bei der Einheitskasse kaum oder gar keine Reserven und Rückstellungen mehr vorhanden wären und dass unklar sei, ob eine Verbesserung der Versicherungsleistungen bei Einführung der Einheitskasse gewährleistet sei, führte Oggier als Kontraargumente in seiner Publikation an.

Laut Oggier sind jene Probleme im Gesundheitswesen, die im Vergleich zu anderen europäischen Staaten in der Schweiz grössere Ausmasse annehmen, mit dem Instrument einer Einheitskasse kaum oder gar nicht lösbar. Wirkliche Veränderungen müssten laut Oggier auf der Angebotsseite und nicht auf Seiten der Organisationsstruktur der Krankenversicherer erfolgen. Für die Schweiz würde eine Einführung der Einheitskasse bedeuten, dass die Stärken des Schweizer Gesundheitswesens gegenüber anderen westeuropäischen Staaten

geschwächt, die Schwächen dagegen noch verstärkt werden würden. Aus gesundheitsökonomischer Sicht wäre genau das Gegenteil anzustreben.

9.6 Prävention und Gesundheitsförderung als kostensenkender Faktor und politisches Aufgabenfeld

Altgeld definierte den Begriff der Gesundheitsförderung folgendermassen: „Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu steigern, nicht nur auf der individuellen Verhaltens- und der kleinräumigen Verhältnisebene des gesundheitsfördernden Settings, sondern eben auch auf den Ebenen einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, der Entwicklung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen vor Ort und der Neuorientierung der Gesundheitsberufe“ (Altgeld 2009, p.406). Es geht bei der Gesundheitsförderung also um die Vermittlung und Stärkung des Selbstbewusstseins, das Einbinden in soziale Netze, Verhaltensspielräume, Information, Transparenz, Erholungsmöglichkeiten usw. Diese Gesundheitsressourcen werden benötigt um,

- die psychischen und physischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu stärken
- um die Handlungsspielräume zur Überwindung von gesundheitlich belastendem Verhalten zu vergrössern
- um Handlungskompetenzen für Strukturen, die entweder die Gesundheit direkt oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu verändern.

Man unterscheidet generell Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention. Wobei sich der Primärprävention drei Interventionsebenen zuordnen lassen, nämlich das Individuum, das Setting und die Bevölkerung. Prinzipiell zielt Primärprävention auf eine Risikosenkung ab, indem Ressourcen gestärkt und Belastungen gesenkt werden sollen. Beim **Individuum** ist es vor allem die Gesundheitsberatung, welche zur Anwendung kommt, und z.B. „präventive Hausbesuche“ als Massnahme verfolgt werden. Beim **Setting** ist es z.B. die „Anti Tabak“ Aufklärung in Schulen bzw. die betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung, und bei der **Bevölkerung** sind Slogans wie „Esst mehr Obst“, „Sport tut gut“, „Rauchen kann tödlich sein“ sowie HIV und Aids Kampagnen als Massnahmen gesetzt worden. Die Überprüfung von Wirksamkeit und Qualität stellt die Wissenschaft vor grosse Herausforderungen. Einerseits ist es schwierig da Interventionen wegen ihres systemischen

Charaktere kaum standardisierbar sind und die Verwendung erprobter Designs (Kontrollgruppenbildung, Nachverfolgung) auf enge Grenzen stösst, andererseits ist es die gesundheitswissenschaftliche Evaluationsforschung, die sich mit der Aufgabe der Weiterentwicklung des Instrumentariums Ergebnismessung betraut machen muss (Rosenbrock & Kümpers 2009, pp. 146-152).

Bei der Sekundärprävention bezieht man sich auf Sachverständigengutachten und auf das Entdecken eindeutiger Frühstadien einer Erkrankung sowie deren Frühtherapie. Auch auf das Wiedereintreten einer Krankheit wird hier vermehrtes Augenmerk gelegt.

Unter Tertiärprävention versteht man die erfolgreiche Behandlung einer Erkrankung, aufgrund derer Verschlimmerungen oder Funktionsverluste vorgebeugt werden können (Bartholomeyczik 2006, p. 214).

10 Schlussfolgerung

Betrachtet man das Sozialversicherungssystem in der Schweiz mit jenem in Österreich, so sind bereits bei oberflächlicher Betrachtung Unterschiede offensichtlich.

Im Bereich der Pensionsversicherung ist es so, dass sich ein deutlicher Unterschied in der Finanzierung erkennen lässt. Während in Österreich die staatliche Pension sehr nahe am vorhergehenden Erwerbseinkommen liegt, ist es in der Schweiz so, dass eine private Vorsorge über die Finanzierung durch die zweite und dritte Säule erfolgen muss, um annähernd an das vorhergehende Erwerbseinkommen anschliessen zu können. Das Fehlen der Höchstbemessungsgrundlage in der Schweiz führt zu höheren Einzahlungen in die Pensionskassen.

Bei der Krankenversicherung besteht der grösste Unterschied darin, dass es in Österreich eine klar vorgegebene Zuordnung der Krankenversicherungsträger je nach Erwerbstätigkeit gibt, während dem in der Schweiz aus einer Vielzahl privater Anbieter ausgewählt werden kann. Daraus ergibt sich auch, dass die Versicherungsprämien in der Schweiz sehr variabel sind, während dem sie sich in Österreich aus einem festen Betrag, welcher aus dem Gehalt errechnet wird, ergibt.

Gleichheit bzw. Ungleichheit im Gesundheitswesen sind Themen, die in unterschiedlichen Ländern mehr oder weniger als Regulierungsaufgabe des Staates gesehen werden. In Österreich und der Schweiz zielt das Sozialsystem auf ein hohes Mass an Gleichheit ab.

Des Weiteren wurden auch die Anstrengungen in der Schweiz und in Österreich hinsichtlich der Gesundheitsförderung betrachtet. Der Fond Gesundes Österreich und „Gesundheitsförderung Schweiz“ sind jene Kompetenzstellen welche sich aus Steuereinnahmen finanzieren und gesundheitsfördernde Zielsetzungen verfolgen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die Gesundheitsversorgung in beiden Ländern auf einem sehr hohen Niveau befindet und der Zugang diesbezüglich in beiden Fällen gut möglich ist. Dennoch lässt sich erkennen, dass die Grundversorgung in der Schweiz gut gedeckt ist, für persönliche Zusatzleistungen jedoch hohe zusätzliche Kosten anfallen können, während in Österreich bereits in der Grundversicherung ein sehr hohes Leistungsspektrum inkludiert ist.

11 Literaturverzeichnis

AHV/IV Information 2013a, ‚Alters- und Hinterlassenenversicherung AHV, Invalidenversicherung IV‘, Informationsstelle AHV/IV, Zug, viewed 22nd December 2013, <http://www.ahv-iv.info/ahv/00122/00168/index.html?lang=de>

AHV/IV Information 2013b, ‚Alters- und Hinterlassenenversicherung Mutterschaftsentschädigung: Wie wird die Entschädigung berechnet?‘, Zug, viewed 22nd December 2013, http://www.ahv-iv.info/eo_mse/00200/00213/index.html?lang=de

AHV/IV Information 2013c, ‚Familienzulagen ausserhalb der Landwirtschaft: In welcher Höhe?‘, Informationsstelle AHV/IV, Zug, viewed 22nd December 2013, <http://www.ahv-iv.info/fz/00286/00288/00651/index.html?lang=de>

Altgeld 2009, ‚Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von Kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen.‘, in Richter, M & Hurrelmann, K (Eds.), *‚Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven‘*, 2nd Edition, VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
ISBN: 978-3-531-16084-9

BAG 2013a, ‚Krankenversicherung, Versicherungspflicht‘, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern, viewed 13th Februar 2014, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/04123/index.html?lang=de>

BAG 2013b, ‚Krankenversicherung, Leistungen‘, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Bern, viewed 13th Februar 2014, <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/index.html?lang=de>

- Bartholomeyczik, S 2006, ‚Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege‘, *Pflege und Gesellschaft*, Vol. 11, No. 3, pp. 210-223.
- Behrens, J 2009, ‚Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit‘ in Richter, M & Hurrelmann, K (Eds.), *‚Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven‘*, 2nd Edition, VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
ISBN: 978-3-531-16084-9
- BFS 2013, ‚Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit (GRSS) – Sozialquoten: Gesamtausgaben, Leistungen und Einnahmen‘, Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchatel, viewed 5th Januar 2014,
www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/01/blank/data.Document.160028.xls
- BGBI. I Nr. 73/2005, Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, Wien.
- BGBI. I Nr. 142/2004, Allgemeines Pensionsgesetz (APG), Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem, Wien.
- Bollier, GE 2012, ‚Die staatliche Vorsorge‘, in J Steffen (ed.) *‚Die Wohnsitzverlegung in die Schweiz: Einführung für vermögende Personen und Unternehmer‘*, Gabler Verlag | Springer Fachmedien, Wiesbaden, pp. 127-150.
- BSV 2013, ‚Gebundene Selbstvorsorge (Säule 3a)‘, Eidgenössisches Department des Inneren, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern, viewed 30th Januar 2014,
<http://www.bsv.admin.ch/themen/vorsorge/00039/00419/index.html?lang=de>
- Degen, B 2005 ‚Entstehung und Entwicklung des schweizerischen Sozialstaates‘ in *‚Studien und Quellen 31: Geschichte der Sozialversicherungen‘*, Schweizerisches Bundesarchiv, Digitale Amtsdruckschriften, Bern 2005, pp.17-48.

Deloitte 2011, 'Umfrage 2011 zum Gesundheitswesen in der Schweiz: Wichtigste Ergebnisse, strategische Auswirkungen', Deloitte Center for Health Solutions, Deloitte Touche Tohmatsu Ltd., London, viewed 11th Februar 2014,
https://www.deloitte.com/assets/Dcom-Switzerland/Local%20Assets/Documents/FR/LSHC/ch_de_Umfrage_Gesundheitswesen_2011.pdf

„Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung“ 2009, *Soziale Sicherheit*, 7/8 2009, p.356.

Geissbühler, J & Michaelis, B 2012, ‚Soziales in der Schweiz: Eine praxisorientierte Darstellung mit zahlreichen Repetitionsfragen und Antworten‘, 8th Edition, Compendio Bildungsmedien, Zürich.

Germann, U, Leimgruber, M, Lengwiler M & Togni C ‚Geschichte der sozialen Sicherheit in der Schweiz‘, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, viewed 21st January 2014,
<http://www.geschichtedersozialensicherheit.ch>.

„Gesundheit und Gesundheitsförderung“ 2014, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, viewed 20th Januar 2014,
http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung

Gesundheitsförderung Schweiz 2006, ‚Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz‘, Bern, viewed 10th Februar 2014,
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/Metadaten/Langfr_Strategie_d.pdf

Gysin, B & Mauron, V 2012, ‚Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit (GRSS): Resultate 1990 bis 2010 Methodische Anpassungen‘, in ‚Statistik der Schweiz: 13 Soziale Sicherheit‘, Bundesamt für Statistik (BFS) Neuchatel.

Heinzl, L 2012, ‚Gesundheit und Soziale Schicht: Österreichs Gesundheitswesen als Problemfall‘, disserta Verlag. Hamburg

Informationsstelle AHV/IV 2013, ‚Leitfaden 1. Säule, AHV | IV | EO | EL | FZ‘, 5th Edition,
Informationsstelle AHV/IV, Zug.

Jeanloz, T 2013, ‚Lohnentwicklung 2012: Kommentierte Ergebnisse und Tabellen‘,
Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchatel.
ISBN: 978-3-303-03267-1.

Online Handbuch ATSG 2013, Koordination Schweiz GmbH, Muri, viewed 13th Januar 2014,
<http://www.koordination.ch/de/online-handbuch/atsg/art-atsg/>.

Medienmitteilung BFS 2013, ‚Krankenversicherungsprämien-Index 2013: Prämienwachstum
2012-2013 dämpfte die Entwicklung der verfügbaren Einkommen um 0.1
Prozentpunkte‘, Medienmitteilung Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchatel.

Mescke, A 2004, ‚Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich: Deutschland –
Österreich‘, Grin Verlag, München.

Mielck, A 2008, ‚Zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher
Versorgung‘ in Tiesmeyer, K, Brause, M, Lierse, M, Lukas-Nülle, M & Hehlmann, T (eds),
‚Der blinde Fleck: Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung‘, 1st Edition, Verlag
Hans Huber, Bern.

Mosutti, G & Asero, G 2012, ‚In 2009 a 6.5% rise in per capita social protection expenditure
matched a 6.1% drop in EU-27 GDP‘ in *‚Population and Social conditions 14/12‘*,
Eurostat, Luxemburg.

Oggier, W 2006, ‚Scheinlösung Einheitskasse‘, NZZ libro-Buchverlag Neue Züricher Zeitung,
Zürich.
ISBN: 978-3038232544

Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2013a, ‚Pensionsversicherungsträger‘, Wien, viewed 10th
Januar 2014,
http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cms/Window?action=2&p_menuid=8407&p_tabid=5.

Pensionsversicherungsanstalt (PVA) 2013b, ‚Wichtige Werte: Pensionsversicherung‘, Wien, viewed 28th Januar 2014,

http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/channel_content/cmsWindow?p_pubid=66530&action=2&p_menuid=5209&p_tabid=2#pd682722

Rosenbrock, R & Kümpers, S 2009, ‚Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ in Richter, M & Hurrelmann, K (Eds.), ‚*Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*‘, 2nd Edition, VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
ISBN: 978-3-531-16084-9

Rupp, M & Kull, S 2012 ‚Pensionskassen im Spannungsfeld von Demographie, Finanzmärkten und Politik‘, in C Lengwiler, L Nadig & M Pedernana (ed.) ‚*Management in der Finanzbranche - Finanzmanagement im Unternehmen*‘, Verlag IFZ - Hochschule Luzern, Zug, pp.231-252.

Schneider, F, Riegler, V & Voigt, J 2012, ‚Ein institutioneller - ökonomischer Vergleich zwischen Österreich und der Schweiz‘, Studie, Johannes Kepler Universität Linz, Linz.

‚Soziale Unfallversicherung‘ 2009, *Soziale Sicherheit*, 7/8 2009, pp.390-403.

STAT-TAB 2014, ‚Die interaktive Statistik Datenbank (STAT-TAB): Ständige und nichtständige Wohnbevölkerung nach Kanton, Geschlecht, Zivilstand und Alter.‘, Bundesamt für Statistik (BFS), Neuchatel, viewed 10th Januar 2014,
http://www.pxweb.bfs.admin.ch/Dialog/varval.asp?ma=px-d-01-2A00&ti=St%E4ndige+und+nichtst%E4ndige+Wohnbev%F6lkerung+nach+institutionell+en+Gliederungen%2C+Geschlecht%2C+Zivilstand+und+Geburtsort&path=../Database/German_01%20-%20Bev%F6lkerung/01.2%20-%20Bev%F6lkerungsstand%20und%20-bewegung/&lang=1&prod=01&openChild=true&secprod=2.

Statistik Austria 2013a, ‚Bevölkerung zu Jahresbeginn seit 2002 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht‘, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien, viewed 10th Januar 2014,

http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_zu_jahresbeginn_seit_2002_nach_fuenfjaehrigen_altersgruppen_u_023468.pdf.

Statistik Austria 2013b, ‚Finanzierung der Sozialausgaben nach Sozialschutzsystemen 2012‘, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien, viewed 5th Januar 2014,
http://www.statistik.at/web_de/static/finanzierung_der_sozialausgaben_nach_sozialschutzsystemen_2012_020179.pdf

SV 2011, ‚Bilanz 2011 – Ausblick 2012: Gesundheitswesen modernisieren und reformieren!‘, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (SV), Wien, viewed 12th December 2013,
http://www.hauptverband.at/mediaDB/849547_Presseunterlage_gesamt_GfK-20120112.pdf

SV 2012a, ‚Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung‘, Fassung: 29.06.2012, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (SV), Wien, viewed 16. December 2013,
[http://www.hauptverband.at/mediaDB/840485 Beitragrechtliche Werte 2012.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/840485_Beitragrechtliche_Werte_2012.pdf)

SV 2012b, ‚Handbuch der Österreichischen Sozialversicherung 2012‘, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (SV), Wien, viewed 19. December 2013,
http://www.bva.at/mediaDB/847251_788530_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung.pdf

SV 2013a, ‚Gut versichert: Soziale Sicherheit in Österreich 2013‘, Österreichisches Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum im Auftrag des Hauptverbandes österreichischer Sozialversicherungsträger, Wien.

ISBN: 978-3-902856-15-9.

SV 2013b, ‚Selbstverwaltung‘, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (SV), Wien, viewed 05th Februar 2014,
http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58411&p_tabid=6

swisslife 2014, ‚3. Säule: Private Vorsorge‘, Swiss Life, Zürich, viewed 30th Januar 2014,

<https://www.swisslife.ch/de/home/kundenservice/infocenter/grundlagen/3saeule.html>

Uhlmann, B & Braun, D 2011, ‚Die schweizerische Krankenversicherungspolitik zwischen Veränderung und Stillstand‘, Rüegger Verlag Chur/Glarus.
ISBN: 978-3-7253-0954-2

12 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht über die Sozialversicherungsträger in Österreich („Die Organisation der österreichischen Sozialversicherung“ 2009, p. 356).....	11
Abbildung 2: Demographische Struktur der Österreichischen Bevölkerung im Jahr 2010. Die Bevölkerung ist dabei in Klassen von jeweils 5 Jahren Spannweite eingeteilt. Die Daten sind sowohl für die Gesamtbevölkerung (oben) als auch für Männer (unten links) und Frauen (unten rechts) separat angegeben (Statistik Austria 2013a).	13
Abbildung 3: Demographische Struktur der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2010. Die Bevölkerung ist dabei in Klassen von jeweils 5 Jahren Spannweite eingeteilt. Die Daten sind sowohl für die Schweizer Gesamtbevölkerung (oben) als auch für Männer (unten links) und Frauen (unten rechts) separat angegeben (STAT-TAB 2014).....	14
Abbildung 4: Entwicklung der mittleren OKV Versicherungsprämie sowie der Brutto-Nominallöhne und der Konsumentenpreise von 2002 bis 2012. Die jeweiligen Zahlenwerte sind dabei auf den jeweiligen im Jahr 2002 erhobenen Wert normiert (Jeanloz 2013, p. 23; Medienmitteilung BFS 2013, p. 5).....	21
Abbildung 5: Zu erwartende Altersrente pro Säule als Funktion des letzten Brutto-Jahreseinkommens einer Dienstnehmerin oder eines Dienstnehmers in der Schweiz (swisslife 2014).....	27