

SOZIALE SICHERHEIT

CHSS N° 3 / 2016

SCHWERPUNKT

20 Jahre KVG

Und kein bisschen
Kostendämpfung?

7

Sozialpolitik

Moderates Wachstum bei den
Ergänzungsleistungen

32

Vorsorge

Der Vorsorgeausgleich bei
Scheidung nach neuem Recht

58



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

20 Jahre KVG – und kein bisschen Kostendämpfung?



Oliver Peters

Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit

Die Gesundheitskosten haben sich in der Schweiz seit Einführung des KVG 1996 mehr als verdoppelt. In der öffentlichen Diskussion wird dieser Umstand von manchen als ein Ergebnis verantwortungslosen Verhaltens der Versicherten, eines Scheiterns des KVG oder gar des Prinzips einer obligatorischen Krankenpflegeversicherung beschrieben.

Im internationalen Vergleich ist die Schweiz tatsächlich das Land mit den höchsten Gesundheitsausgaben aller entwickelten Länder. Werden die Gesundheitsausgaben ins Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt gesetzt, finden wir die Schweiz auf Platz 3 oder 4 der internationalen Vergleiche. Wenn wir den Anstieg der Gesundheitsausgaben betrachten, haben es Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien in den letzten 20 Jahren deutlich besser gemacht als die Schweiz; Norwegen, die Niederlande, Schweden und Grossbritannien deutlich schlechter. Ein internationaler Vergleich gibt also wenig her für eine grundsätzliche Kritik am KVG.

Der amerikanische Ökonom Paul Krugman hat darauf hingewiesen, dass unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg in industrialisierten Ländern 30 bis 40 Prozent des Einkommens für Nahrungsmittel aufgewendet worden sind und 3 bis 4 Prozent für Gesundheit, während wir heute nur noch rund 10 bis 15 Prozent für Nahrungsmittel und dafür 10 bis 15 Prozent für

Gesundheit aufwenden. Krugman zeigt in seinem Artikel «The Health Care Crisis and what to do about it» auch, dass Effizienzunterschiede bei steigenden Kosten immer wichtiger werden.

Was die Effizienz unseres Gesundheitssystems angeht, produzieren Schweizer Spitäler und Ärzte trotz hohem Einsatz an Geld und Pflegenden und einem überdurchschnittlichen Einsatz an Ärzten im Verhältnis zu anderen OECD-Ländern relativ wenige ambulante Konsultationen und nur durchschnittlich viele Hospitalisierungen. Die Kosten sind in der Schweiz pro Hospitalisierung und pro Konsultation sehr hoch, was bei demografisch steigendem Bedarf zu einem schwerwiegenden Problem wird.

Um die Kosten zu dämpfen, hat das neue KVG 1994 auf die Tarifpartnerschaft und die Konkurrenz zwischen Krankenkassensystemen vertraut. Dies hat jedoch nicht zu den erwarteten Ergebnissen geführt. Insbesondere haben sich die Kosten der ambulanten Versorgung in den letzten 15 Jahren v. a. bei den Spezialärzten markant erhöht und die Hospitalisierungskosten sind auch nach der Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG regelmässig gestiegen.

Eine Erklärung dürfte sein, dass die Schweiz im Gegensatz zu anderen Ländern wenig unternommen hat, um die abgerechneten Leistungsmengen und -intensitäten zu begrenzen. Andere Länder haben im ambulanten Bereich ein grosses Gewicht auf Pauschalen und teilweise auch auf Leistungsbudgets gelegt. Im stationären Bereich kommen durchwegs Leistungsziele und Abschläge bei Mehrleistung zum Zuge. In der Schweiz hat man bislang die Menge der abgerechneten Leistungen vernachlässigt.

Es ist aus unserer Sicht notwendig, auch in der Schweiz darüber nachzudenken, wie medizinische Leistungen pauschaliert und wie die Anreize zu unnötigen medizinischen Leistungen mit geeigneten finanzierungswirksamen Instrumenten begrenzt werden können. Davon würden nicht zuletzt die Versicherten profitieren, die weniger unter unnötigen medizinischen Handlungen zu leiden hätten. ■

- 03 Editorial
- 64 Parlamentarische Vorstösse
- 65 Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats
- 66 Sozialversicherungsstatistik
- 68 Gut zu wissen

Schwerpunkt

20 Jahre KVG

- 8 20 Jahre KVG – ein Rückblick** Seit Inkrafttreten 1996 steht das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) im Zentrum der Diskussionen um das Gesundheitssystem. Wie bereits vor der Verabschiedung des KVG liegt das Augenmerk auf der Kostenentwicklung. Nachfolgend werden die wichtigsten gesetzlichen Entwicklungen aufgezeigt. **Sandra Schneider, Bundesamt für Gesundheit**

- 13 Ein statistischer Rückblick auf 20 Jahre KVG** Unter dem Eindruck der u. a. mit Notrecht bekämpften Prämien- und Kostenexplosion Anfang der 1990er-Jahre gehörte die Dämpfung der Gesundheitskosten zu den erklärten Zielen des KVG von 1994. Konnte sie erreicht werden oder sind die Prämien explodiert, wie es die Gegner der Vorlage vorausgesagt hatten? **Aline Froidevaux / Christoph Kilchenmann, Bundesamt für Gesundheit**

- 18 Aus der Geschichte lernen** Als ich als frischgebackener Volkswirtschaftler und Rookie im Gesundheitsgeschäft bei der Protokollierung der Expertenkommission Schoch mitwirkte, hätte ich es mir nie träumen lassen, dass ich 27 Jahre später, das daraus entstandene Gesetzeswerk aus kantonalen Sicht besprechen darf. **Michael Jordi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren**

- 23 Alt Bundesrätin Ruth Dreifuss im Interview** Als zuständiges Regierungsmitglied hat alt Bundesrätin Ruth Dreifuss die Ausarbeitung und Umsetzung des KVG in weiten Teilen begleitet. Auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Bundesrat hat sie sich mit dem Dossier weiterhin auseinandergesetzt. Wir haben Ruth Dreifuss deshalb gebeten, uns als wichtige Zeitzeugin einige Fragen zur Entstehungsgeschichte und Wirkung des Gesetzes zu beantworten.

Sozialpolitik

- 26 Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2014** 2014 stiegen die Einnahmen aller Sozialversicherungen um 2,4, die Ausgaben um 1,9 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr resultierte ein leicht besseres Ergebnis von 22 Milliarden Franken. Die Sozialleistungs- und Soziallastquoten erhöhten sich wie in den beiden Jahren zuvor. **Salome Schüpbach / Stefan Müller, Bundesamt für Sozialversicherungen**

- 32 Moderates Wachstum bei den Ergänzungsleistungen** Ende 2015 bezogen 315 000 Personen eine Ergänzungsleistung (EL) zur AHV oder zur IV. Gegenüber dem Vorjahr hat dieser Bestand lediglich um 1,8 Prozent zugenommen. Nur einmal nach der Jahrtausendwende hatte die Zuwachsrate tiefer gelegen. **Urs Portmann / Jeannine Röthlin, Bundesamt für Sozialversicherungen**

- 38 Nicht monetäre Unterstützung Armutsbetroffener im Wohnen** Vielerorts übersteigt die Nachfrage nach günstigem Wohnraum das Angebot. Sie ist so hoch, dass Armutsbetroffene und -gefährdete kaum angemessenen Wohnraum finden. Die nicht monetäre Unterstützung Betroffener erleichtert den Zugang zu günstigem Wohnraum und sichert ihre gesellschaftliche Teilhabe. **Marie Glaser / Eveline Althaus / Michaela Schmidt, ETH Zürich**

44 Erfolgsfaktoren von Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration Die soziale und berufliche Integration schützt am nachhaltigsten vor Armut. Erstmals identifizierte eine explorative Studie die massgeblichen Erfolgsfaktoren aus der Sicht der Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration (USBI), der Sozialwerke und den Klientinnen und Klienten. **Stefan M. Adam, Fachhochschule Nordwestschweiz / Gregorio Avilés, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana / Daniela Schmitz, Fernfachhochschule Schweiz**

49 Interkulturelles Dolmetschen in Institutionen der IIZ Institutionen der IIZ greifen bei Beratungsgesprächen kaum auf interkulturell Dolmetschende zurück. Und dies obwohl zahlreiche fachliche und wirtschaftliche Argumente für eine Zusammenarbeit sprechen. Die nationalen und kantonalen IIZ-Gremien können eine Praxisänderung initiieren. **Lena Emch-Fassnacht, Interpret**

Vorsorge

58 Der Vorsorgeausgleich bei Scheidung nach neuem Recht Am 1. Januar 2017 treten die revidierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zum Vorsorgeausgleich bei Scheidung in Kraft. Neu wird der Ausgleich auch dann aus Mitteln der beruflichen Vorsorge vorgenommen, wenn ein Ehegatte bereits eine Invaliden- oder Altersrente der 2. Säule bezieht. **Franziska Grob, Bundesamt für Sozialversicherungen**

Krankenversicherung

54 Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der privaten Haushalte vermieden und die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen verbessert werden. Sie wird derzeit evaluiert. **Christine Heuer / Christian Vogt, Bundesamt für Gesundheit**

Am 4. Dezember
Ja ! Für
das bessere
Kranken
Versicherungs-
Gesetz !



SCHWERPUNKT

20 Jahre KVG

Am 1. Januar 1996 trat das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 in Kraft. Es löste in Teilen das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1911 ab und führte mit einem landesweiten Versicherungsobligatorium die sogenannte soziale Krankenversicherung bzw. die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ein. Dies, nachdem bis anhin nur die Unfallversicherung sowie rund die Hälfte der Kantone und einzelne Städte eine solche gekannt hatten. Neben dem Versicherungsobligatorium strebte der Gesetzgeber mit dem KVG v. a. den begrenzten Risikoausgleich zwischen den Kassen, die Förderung der Prävention und des Wettbewerbs sowie eine bessere Kostenkontrolle an.

Zum 20-Jahr-Jubiläum des KVG würdigen die nachfolgenden Schwerpunktartikel die Entwicklung der gesetzlichen Parameter und sie zeichnen mit dem Kosten- und Prämienverlauf die wichtigsten gesundheitspoliti-

schen Eckwerte nach. Ein dritter Beitrag stellt die Frage, inwiefern das KVG die Grundzielsetzung differenzierter Gesundheitssysteme bisher erreicht hat. Überdies nennt er die grössten strategischen Herausforderungen, die zur Etablierung eines qualitativ guten, effektiven und sozial finanzierten Gesundheitssystems aus kantonaler Perspektive zu meistern sind. Und als besonderes Highlight ordnet alt Bundesrätin Ruth Dreifuss als wichtige Zeitzeugin die gesundheitspolitische Entwicklung seit Einführung des KVG ein. ■

20 Jahre KVG – ein Rückblick

Sandra Schneider, Bundesamt für Gesundheit

Seit Inkrafttreten 1996 steht das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) im Zentrum der Diskussionen um das Gesundheitssystem. Wie bereits vor der Verabschiedung des KVG liegt das Augenmerk auf der Kostenentwicklung. Nachfolgend werden die wichtigsten gesetzlichen Entwicklungen aufgezeigt.

Mit der Einführung des KVG wurden neben dem Kostendämpfungsziel ein Versorgungs- sowie ein Solidaritätsziel verfolgt: Die gesamte Bevölkerung soll Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung haben und Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen sollen bei der Prämienzahlung finanziell entlastet werden. Bereits kurz nach dem Inkrafttreten des KVG verlangten mehrere Volksinitiativen teilweise fundamentale Anpassungen, beispielsweise die Volksinitiativen zur Einführung einer Einheitskasse oder die sogenannte Spitalkosteninitiative, die den Versicherungsschutz auf die Spitalkosten begrenzen wollte. All diese Volksinitiativen wurden abgelehnt. Auch vonseiten des Parlamentes blieb das Inter-

esse und damit die Zahl der Vorstösse anhaltend hoch. Es erstaunt deshalb nicht, dass das KVG bereits mehrere Anpassungen erfahren hat, insbesondere mit dem Ziel, die Kosten einzudämmen.

HAT SICH DIE REFORM BEWÄHRT? Fünf Jahre nach Inkrafttreten des KVG kam eine erste Evaluation zu folgenden Ergebnissen (BSV 2001):

- Zum Versorgungsziel: Die wichtigsten Leistungslücken wurden geschlossen, womit der Zugang zu den Leistungen für alle gewährleistet ist.
- Zum Solidaritätsziel: Die angestrebte Solidarität zwischen den Versicherten wurde gestärkt. So haben das

Versicherungspflicht, die Einheitsprämie, die volle Freizügigkeit sowie der Risikoausgleich, aber auch die individuelle Prämienverbilligung der fortschreitenden Entsolidarisierung nachhaltig entgegengewirkt.

- Zum Kostendämpfungsziel: Die Kostendämpfung konnte hingegen nicht ausreichend erreicht werden. Der Wettbewerb zwischen den Versicherern spielt noch ungenügend, Managed-Care-Modelle haben sich nur bescheiden entwickelt und die Spitalplanung hat noch nicht zu den gewünschten Kosteneinsparungen geführt.

Im Jahr 2002 hat der Bundesrat eine breite Auslegeordnung des Systems der sozialen Krankenversicherung (Bundesrat 2002a) vorgenommen und die Kostendämpfung zum primären Ziel seiner Reformstrategie erklärt (Bundesrat 2002b). Mit kurz-, mittel- und langfristigen Massnahmen sollte eine bessere Steuerung der Leistungsmengen und eine stärkere Gewichtung der sogenannten Angemessenheit der Leistungen, d. h. eines effizienten Einsatzes von Leistungen erreicht werden. Das Schwergewicht lag stets auf der Optimierung des Systems, insbesondere durch positive ökonomische Anreize respektive der Korrektur von Fehlanreizen. Im selben Jahr verabschiedete der Bundesrat Vorschläge (Bundesrat 2002c), die er in der damals bereits laufenden zweiten Teilrevision des KVG¹ eingebracht hat.

Während in der ersten Teilrevision des KVG vorwiegend Korrekturen zur Behebung von Mängeln und zur Stärkung der Solidarität im Vordergrund standen, fokussierten die Vorschläge der zweiten Teilrevision auf das Kostendämpfungsziel. Der Bundesrat ortete die Hauptursache für das nach wie vor ungelöste Kostenproblem in der ungenügenden Steuerung der Leistungsmengen, weshalb er das Schwergewicht auf mengenwirksame Korrekturen legte. Die zweite Teilrevision des KVG, mit der vornehmlich die Spitalfinanzierung neu geregelt werden sollte, scheiterte jedoch nach dreijähriger parlamentarischer Beratung am 17. Dezember 2003 am Votum des Nationalrates.

Nach dem Scheitern der zweiten Teilrevision wollte der Bundesrat die Reformschritte eingebettet in einer Gesamtstrategie, jedoch einzeln angehen. Zur Konsolidierung bzw. Optimierung des bestehenden Systems wurden

die weitgehend unbestrittenen Revisionspunkte dem Parlament in zwei Gesetzgebungspaketen vorgelegt (Bundesrat 2004). Hinzu kam eine separate Vorlage zur Pflegefinanzierung. Die Vorlagen wurden von den eidgenössischen Räten über einen Zeitraum von rund sieben Jahren diskutiert.

Erste Teilrevision vom 24. März 2000 des KVG²

Die Prämienverbilligung bildete einen wichtigen Teil dieser Revision. Weiter wurden die Vorschriften in Bezug auf den Wechsel des Versicherers präzisiert, um die Praxis der Versicherer zu vereinheitlichen. Das Parlament beschloss zudem Zwangsmassnahmen wie Schadenersatzleistungen, Ordnungsbussen und Verzugszinsen, die dafür sorgen sollten, dass die Versicherer sich an das geltende Recht halten. Enthalten ist auch die Regelung, wonach das Risiko, sich im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an den Kosten beteiligen zu müssen, explizit nicht rückversichert werden kann. Die Apotheker erhielten die Möglichkeit, Originalpräparate durch billigere Generika zu ersetzen, sofern der Arzt nicht ausdrücklich die Abgabe eines Originalpräparates verlangte. Weiter wurde dem Bundesrat mit dem neu geschaffenen Art. 55a KVG die Möglichkeit zur bedürfnisabhängigen Beschränkung der Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten Bereich (sog. Bedürfnisklausel) eingeräumt. Nicht gefolgt wurde dem bundesrätlichen Vorschlag, auch im ambulanten Bereich Globalbudgets als kosteneindämmende Massnahmen einführen zu können.

MASSNAHMEN ZUR KOSTENEINDÄMMUNG Bereits 2004 verabschiedete das Parlament einige dringliche oder wenig umstrittene Anpassungen.³ Dazu gehörte die Einführung einer Versichertenkarte (Art. 42a) und die Verlängerung der Bedürfnisklausel für Leistungserbringer um weitere drei Jahre (Art. 55a).

SPITALFINANZIERUNG Nachdem 2002 die Frage der Beteiligung der Kantone an innerkantonalen stationären Behandlungen in der Halbprivat- und Privatabteilung bereits Übergangsweise durch ein dringliches Bundesgesetz⁴ geregelt worden war, verabschiedeten die Räte am 21. Dezember 2007 eine der massgeblichsten Anpassungen des KVG, die Revision der Spitalfinanzierung. Inhaltlich entsprach die Revision weitgehend der zweiten KVG-Teilrevision. Neben dem Übergang zu einer leistungsbezogenen Finanzierung (Art. 49), einer integralen Planung im Spitalbereich mit Zuweisung von Leistungsaufträgen durch die Kantone (Art. 39) und der

² In Kraft seit 1. Januar 2001. SR 2000 2305, BBL 1999 I 793.

³ AS 2005 1071, BBL 2004 4259.

⁴ SR 832.14; AS 2002 1643; drei Mal verlängert bis Ende 2008: AS 2004 4373; AS 2006 5785, AS 2008 9.

¹ BBL 2001 741.

Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern, beinhaltet diese eine Neuregelung der dualen Finanzierung durch Versicherer und Kantone (Art. 49a).⁵ Die Anpassung bezweckte eine Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich, ohne die Sicherstellung des Zugangs zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung zu gefährden. Sie trat auf den 1. Januar 2009 in Kraft.

STEUERUNG DES AMBULANTEN BEREICHS Bereits genannt wurde die Verlängerung der Bedürfnisklausel bis Mitte 2007. Dies sollte nicht die letzte Verlängerung sein; so verlängerte das Parlament die Bedürfnisklausel für Leistungserbringer am 13. Juni 2008 bis zum 31. Dezember 2009, am 12. Juni 2009 unter Beschränkung der Massnahme auf Spezialärzte und Apotheker.⁶ Ende 2011 lief die Beschränkung der Zulassung aus. Grund war, dass die Räte im September 2011 mit der Managed-Care-Vorlage eine Alternative verabschiedet hatten. Es zeigte sich rasch, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die neu zulasten der Krankenversicherung abrechnen wollten, stark zunahm und damit auch die Kostenentwicklung im ambulanten Bereich negativ beeinflusst wurde. Nach Ablehnung der Managed-Care-Vorlage nahm der Bundesrat das Heft in die Hand und unterbreitete am 21. November 2012 eine Botschaft zur vorübergehenden, dringlichen Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung. Diese wurde rasch beraten und verabschiedet, sodass die Bedürfnisklausel am 1. Juli 2013 wieder eingeführt wurde.⁷ Der Verlängerung sollte eine langfristige Lösung folgen, mit welcher der ambulante Bereich gesteuert wird. Der Bundesrat hatte dem Parlament am 18. Februar 2015 eine Botschaft über die Steuerung des ambulanten Bereichs unterbreitet.⁸ Die Kantone sollten insbesondere die Möglichkeit erhalten, im Falle einer Unter- oder Überversorgung Massnahmen ergreifen zu können. In der Beratung haben die Räte die Vorlage angepasst, sodass die bisher geltende Bedürfnisklausel unbefristet ins KVG aufgenommen werden sollte. Dies wurde jedoch am 18. Dezember 2015 vom Nationalrat abgelehnt. Kurz vor Auslaufen der Regelung hat das Parlament am 17. Juni 2016 gestützt auf eine parlamen-

tarische Initiative beschlossen, die Geltung der Bedürfnisklausel ein weiteres Mal um drei Jahre bis zum 30. Juni 2019 zu verlängern.⁹

SUBSIDIÄRE KOMPETENZEN DES BUNDES IM TARIFBEREICH Mit dem Ziel, die Blockaden der Tarifpartner zu lösen und die Tarifstrukturen den aktuellen Gegebenheiten anzupassen, übertrug das Parlament dem Bundesrat am 23. Dezember 2011¹⁰ die Kompetenz, Anpassungen an einer bereits bestehenden Einzelleistungstarifstruktur vorzunehmen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können (Art. 43 Abs. 5^{bis}). Gleichzeitig wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die die Verpflichtung zur Übermittlung von Diagnosen und Prozeduren zur Rechnungsprüfung statuiert (Art. 42 Abs. 3^{bis}).¹¹ Die Bestimmungen traten am 1. Januar 2013 in Kraft. Mit Verabschiedung der Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung am 20. Juni 2014 machte der Bundesrat erstmals Gebrauch von seiner Kompetenz und passte die Tarifstruktur Tarmed per 1. Oktober 2015 an. Diese Anpassung sollte zu einer stärkeren Gewichtung der intellektuellen Leistungen gegenüber den technischen Leistungen innerhalb der Tarifstruktur führen und stellte gleichzeitig die Grundversorger besser.

ABGELEHNT VORLAGEN ZUR KOSTENEINDÄMMUNG Die bundesrätlichen Vorlagen zur Kostenbeteiligung, zu Managed Care und zur Vertragsfreiheit aus dem Jahr 2004 sahen Massnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung, aber auch zur Optimierung der Versorgung vor.¹² Elemente der Vorlagen haben die Räte in der Managed-Care-Vorlage zusammengeführt und am 30. September 2011¹³ verabschiedet. Auf die beiden anderen Vorlagen wurde nicht eingetreten. Mit der Gesetzesänderung hätten Versicherungsmodelle mit integrierten Versorgungsnetzen im Gesetz verankert werden sowie die Qualität und Effizienz der Behandlung gefördert werden sollen. Ein differenzierter Selbstbehalt sowie längere Vertragsdauern für beson-

⁵ AS 2008 2049, BBI 2008 9.

⁶ AS 2008 2917, BBI 2004 4293.

⁷ AS 2013 2065, BBI 2012 9439.

⁸ BBI 2015 2317.

⁹ AS 2016 2265.

¹⁰ AS 2012 4058, BBI 2012 55.

¹¹ AS 2012 4058, BBI 2012 55.

¹² BBI 2004 4361; BBI 2004 5599; BBI 2004 4293.

¹³ BBI 2011 7441.

dere Versicherungsformen waren ebenfalls vorgesehen. In der Volksabstimmung vom 17. Juni 2012 wurde die Vorlage jedoch mit grossem Mehr abgelehnt.¹⁴

Bereits im Nationalrat scheiterte der Teil der Managed-Care-Vorlage zur Förderung der Wirtschaftlichkeit bei den Arzneimitteln. Diese sah insbesondere die Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre vor. Der Bundesrat hat eine regelmässige Überprüfung dennoch als Mittel der Kosteneindämmung auf Verordnungsstufe verankert. Nach zwei ausserordentlichen Preisüberprüfungen in den Jahren 2007 und 2009 und der Senkung des Vertriebsanteils für alle Arzneimittel werden seit dem Jahr 2012 jährlich ein Drittel aller Arzneimittel der Spezialitätenliste überprüft.

Vor dem Hintergrund der sich für das Jahr 2010 abzeichnenden aussergewöhnlichen Prämienhöhung unterbreitete der Bundesrat am 29. Mai 2009 seine Vorschläge über Massnahmen zur Eindämmung der Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.¹⁵ Enthalten waren die Einrichtung von telefonischen Beratungsdiensten durch alle Versicherer als kostenlose erste Anlaufstelle, die Einführung eines Behandlungsbeitrags von 30 Franken für die ersten sechs Besuche bei einem Arzt oder einer Ärztin bzw. in einem Spitalambulatorium, die Erteilung der Kompetenz an den Bundesrat zur Senkung der Tarife bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung, der Einbezug von Spitalambulatorien in kantonale Leistungsaufträge sowie die Verlängerung der Wahlfranchisenverträge von einem auf zwei Jahre. Die Vorlage wurde am 1. Oktober 2010 vom Nationalrat in der Schlussabstimmung abgelehnt.

WEITERE ANPASSUNGEN

PRÄMIENVERBILLIGUNG Das KVG wurde indessen nicht einzig mit dem Ziel der Kosteneindämmung angepasst, auch das Solidaritätsziel wurde weiterverfolgt. So wurde am 18. März 2005 eine Neuordnung der Rechtsfolgen bei Nichtbezahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen (Leistungssistierung; Art. 64a) und die Verpflichtung der Kantone, mittleren Einkommen die Prämien von Kindern bis 18 Jahren und von jungen Erwachsenen in Ausbildung bis 25

Jahren um mindestens 50 Prozent zu verbilligen (Art. 65 Abs. 1^{bis} und 6) verabschiedet.¹⁶

PFLEGEFINANZIERUNG Die Neuordnung der Pflegefinanzierung¹⁷ mit der auf 1. Januar 2011 eine Begrenzung der Beiträge an die Pflegeleistungen eingeführt wurde (Art. 25a), dient der Abfederung der steigenden Belastung der Krankenversicherung durch die demografische Entwicklung. Sie enthält zusätzliche sozialpolitische Elemente wie die Begrenzung der Patientenbelastung, die Einführung einer Hilflosenentschädigung zur AHV für Hilflosigkeit leichten Grades für zu Hause lebende Personen sowie eine Erhöhung der Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV für Pflegebedürftige in einem Heim.

RISIKOAUSGLEICH Um den Anreiz zur Risikoselektion zu mindern, beschloss das Parlament am 21. Dezember 2007 gleichzeitig mit der Revision der Spitalfinanzierung, den Risikoausgleich zu verlängern und ab dem Jahr 2012 neu zu berechnen.¹⁸ Neben dem Alter und dem Geschlecht wird seit 2012 neu der längere Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim mitberücksichtigt.

Mit Beschluss vom 21. März 2014 hat das Parlament den Risikoausgleich ohne Befristung im KVG verankert und eine weitere Verfeinerung des Risikoausgleichs beschlossen.¹⁹ Der Bundesrat kann weitere Indikatoren der Morbidität festlegen. So wird ab 2017 erstmals ein neuer Indikator «Arzneimittelkosten im Vorjahr» in die Ausgleichsformel aufgenommen.²⁰ Dadurch werden auch kostenintensive Versicherte einbezogen, die im Vorjahr keinen stationären Aufenthalt aufweisen.

TEILAUSGLEICH VON ZU VIEL UND ZU WENIG BEZAHLTEN PRÄMIEN Seit Inkrafttreten des KVG wurden in den Kantonen im Verhältnis zu den Leistungen zu hohe oder zu tiefe Prämien erhoben aufgrund zu optimistischer oder zu pessimistischer Kostenschätzungen. Um diese Ungleich-

¹⁴ BBI 2012 7685.

¹⁵ BBI 2009 5793.

¹⁶ AS 2005 3587; BBI 2004 4327.

¹⁷ AS 2009 3517; BBI 2008 2033.

¹⁸ AS 2009 4755; BBI 2004 5551.

¹⁹ AS 2014 3345.

²⁰ AS 2014 3481.

gewichte zumindest teilweise zu bereinigen, verabschiedete das Parlament am 21. März 2014 einen befristeten Ausgleichsmechanismus. Der Teilausgleich beträgt 800 Millionen Franken und wird von Versicherten, den Versicherern sowie vom Bund getragen. Das Gesetz trat am 1. Januar 2015 in Kraft und gilt drei Jahre.²¹

Neues Krankenversicherungsaufsichtsgesetz

Die Entwicklung des Krankenversicherungsmarktes und der Organisation der Versicherer haben deutlich gemacht, dass der Aufsichtsbehörde gesetzliche Grundlagen fehlen, um mit geeigneten Massnahmen das System sichern zu können. Um diesem Mangel zu begegnen und die Transparenz und Kohärenz im regulierten Wettbewerb zu erhöhen, wurde eine Gesetzesvorlage zum Schliessen der Lücke im Aufsichtsrecht entwickelt. Sie enthält Verbesserungen unter anderem im Bereich der finanziellen Sicherheit und der Unternehmensführung der Versicherer sowie der Befugnisse und Kompetenzen der Aufsichtsbehörde. So wird der Aufsichtsbehörde ermöglicht, mit vorbeugenden und sichernden Massnahmen einzugreifen, wenn die finanzielle Stabilität eines Versicherers gefährdet ist und dessen Organe keine ausreichenden Massnahmen einleiten. Das am 26. September 2014 vom Parlament verabschiedete Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (SR 832.12) und die entsprechende Verordnung (SR 832.121) traten am 1. Januar 2016 in Kraft.

AUSBLICK Am 23. Januar 2013 hat der Bundesrat die Prioritäten der Schweizer Gesundheitspolitik für die nächsten Jahre festgelegt. Der Bericht bietet eine Gesamtschau mit 36 Massnahmen in vier gesundheitspolitischen Handlungsfeldern, die schrittweise umgesetzt werden (Bundesrat 2013). Sie sind auf zwölf Ziele ausgerichtet und sollen das bewährte Gesundheitssystem optimal auf die aktuellen und kommenden Herausforderungen ausrichten. Die Massnahmen bilden die aktuelle Grundlage für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung und sollen die Kosten eindämmen, die Versorgung optimieren und die Solidarität stärken. Damit schliesst sich der Kreis zu den eingangs dargelegten Zielsetzungen des KVG.

Der Bundesrat hat dem Parlament am 4. Dezember 2015 eine Vorlage zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit unterbreitet.²² Im Sinne der Qualitätsstrategie des Bundes im Gesundheitswesen von 2009 sollen die Qualität der medizinischen Leistungen verbessert, die Patientensicherheit erhöht und die Kosten in der obligatorischen Kran-

kenpflegeversicherung gedämpft werden. Unabhängig von dieser Vorlage verstärkt der Bund die systematische Überprüfung von Gesundheitstechnologien und medizinischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vergütet werden (sog. Health-Technology-Assessment, HTA). Ziel ist, die Zahl nicht wirksamer, nicht effizienter und unnötiger Behandlungen und Eingriffe zu reduzieren, teure Fehl- oder Überversorgungen zu vermeiden und so die Qualität der Behandlung zu erhöhen.

Weil die Unterschiede zu den Generikapreisen im Ausland immer noch beträchtlich sind und die bisherigen Massnahmen zu wenig Erfolg hatten, will der Bundesrat im Rahmen des KVG für die patentabgelaufenen Arzneimittel ein Referenzpreissystem einführen.

Der Bundesrat wurde zudem vom Parlament beauftragt, weiter nach langfristigen Lösungen für den ambulanten Bereich zu suchen, mit welchen eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität erreicht wird und die Kosten gezielt eingedämmt werden.

LITERATUR

Bundesrat (2013), *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, 23. Januar 2013* (PDF: *Bericht Gesundheit2020*): www.goo.gl/uPrpZp (BAG).

Bundesrat (2004), *Medienmitteilungen vom 25. Februar 2004, 26. Mai 2004 und 15. September 2004*: www.goo.gl/vXX9fn (BAG).

Bundesrat (2002c), *Medienmitteilung vom 21. August 2002. Bundesrat beschliesst Reformen der Krankenversicherung im Rahmen der laufenden 2. KVG-Teilrevision*: www.goo.gl/LNsAlv (BSV).

Bundesrat (2002b), *Medienmitteilung vom 3. Juli 2002. Krankenversicherung: Massnahmen- und Reformpaket von Bundesrat und EDI (mit Dokumentation)*: www.goo.gl/T9iV4G (BSV).

Bundesrat (2002a), *Medienmitteilung vom 23. Mai 2002. Krankenversicherung: Bundesrat will Krankenversicherung in drei Schritten reformieren (mit PDF-Beilage: Soziale Krankenversicherung – Analyse Bundesratsklausur vom 22. Mai 2002)*: www.goo.gl/ZUjH20 (BSV).

BSV (2001), *Wirkungsanalyse KVG. Übersicht über die Teilprojekte Stand 27. März 2001*: www.goo.gl/ho9HDK (BSV).

²¹ AS 2014 2463; BBI 2012 1923.

²² BBI 2016 257.



Sandra Schneider

Lic. iur., Rechtsanwältin, Leiterin der Abteilung Leistungen, stv. Leiterin des Direktionsbereiches Kranken- und Unfallversicherung, BAG.
sandra.schneider@bag.admin.ch

Ein statistischer Rückblick auf 20 Jahre KVG

Aline Froidevaux,

Christoph Kilchenmann; Bundesamt für Gesundheit

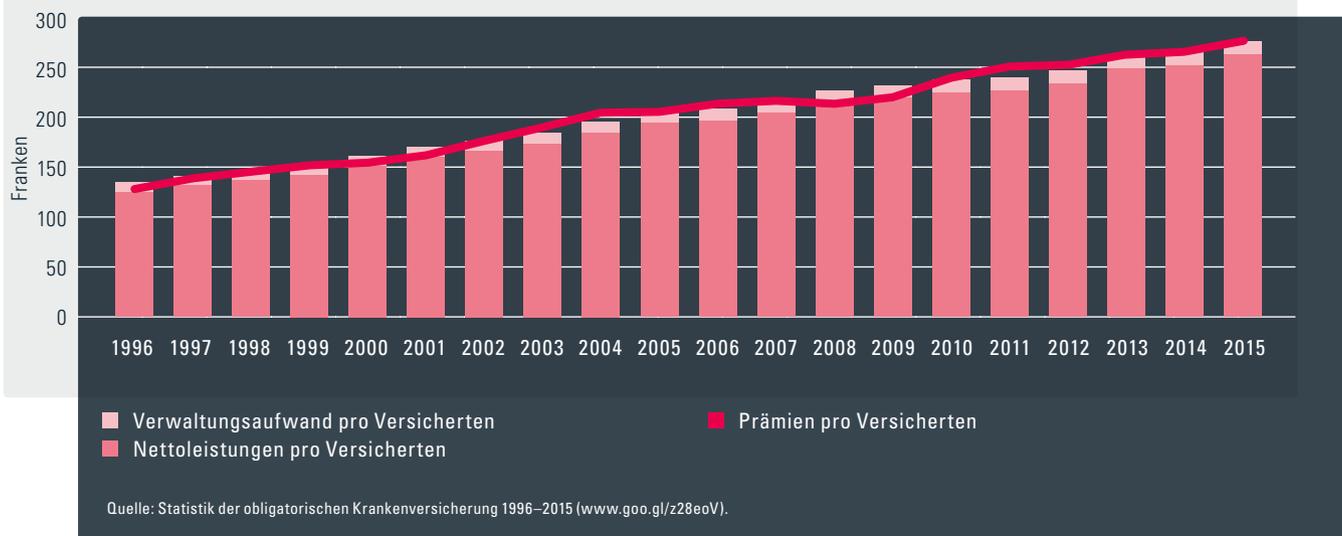
Unter dem Eindruck der u. a. mit Notrecht bekämpften Prämien- und Kostenexplosion Anfang der 1990er-Jahre gehörte die Dämpfung der Gesundheitskosten zu den erklärten Zielen des KVG von 1994. Konnte sie erreicht werden oder sind die Prämien explodiert, wie es die Gegner der Vorlage vorausgesagt hatten?

Mit dem Erlahmen des Wirtschaftswachstums in den 1970er-Jahren wurden die steigenden Gesundheitskosten ein politisches Dauerthema. Zu Beginn der 1990er-Jahre sahen sich Bundesrat und Parlament gar gezwungen, zu Notrecht zu greifen, um die Kosten und Prämien zu limitieren. Die künftige Entwicklung der Kosten und Prämien gehörte denn auch zu den Punkten, die 1994 im Abstimmungskampf um das Krankenversicherungsgesetz (KVG) am heftigsten diskutiert wurden. Während der Bundesrat aufgrund des stärkeren Wettbewerbs eine kostendämpfende Wirkung in Aussicht stellte, warnte das Referendumskomitee vor einer Prämienexplosion.

KOSTENDÄMPFUNG ODER KOSTENEXPLOSION? Zwischen 1996 und 2015 sind die von den Versicherern vergüteten Leistungen pro versicherte Person (Nettoleistungen der Versicherer; ohne Kostenbeteiligung der Versicherten) jährlich um 4,0 Prozent angestiegen, während die Konsumentenpreise durchschnittlich um 0,5 Prozent zunahmen. Damit ergeben sich ein jährliches reales Wachstum der Nettoleistungen von 3,5 Prozent und eine Verdoppelung der realen Ausgaben in 20 Jahren. Ist damit das KVG mit dem Anspruch gescheitert, die Kostenentwicklung zu dämpfen?

Um diese Frage zu beantworten, muss die Wachstumsrate mit der Entwicklung in den 20 Jahren vor Einführung des KVG verglichen werden. Die Zeitreihe der Leistungen in

Entwicklung Prämien, Nettoleistungen und Verwaltungsaufwand pro Monat (1996–2015)



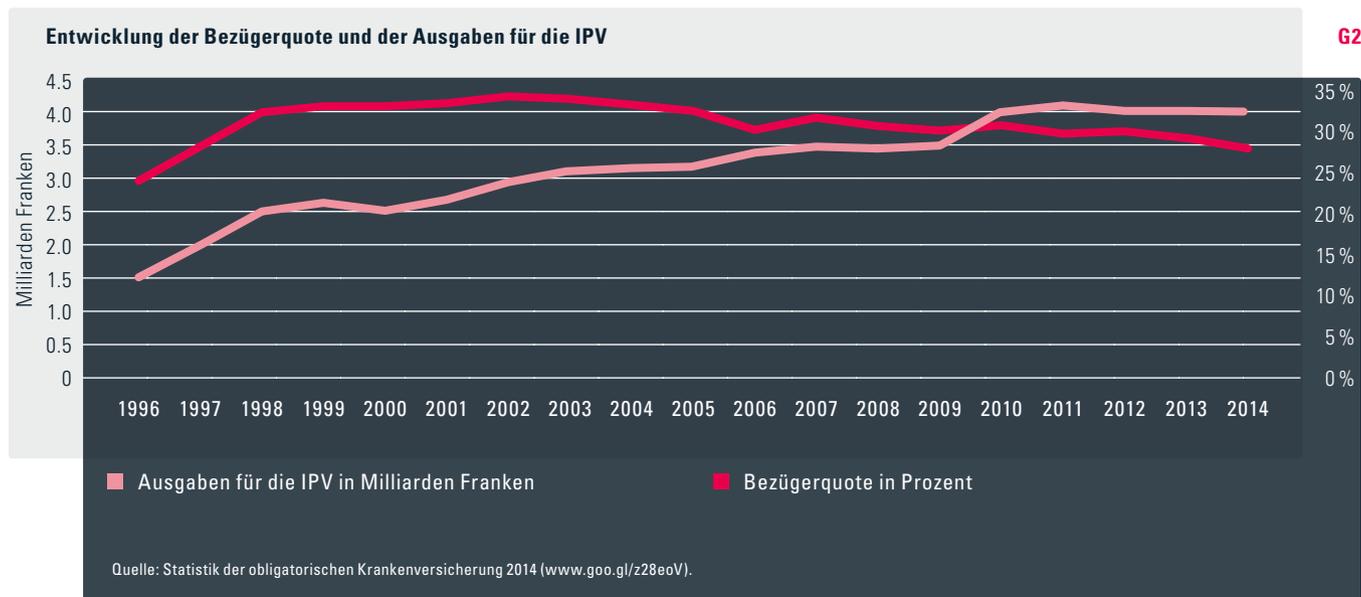
der Statistik über die Krankenversicherung 1994/1995 dokumentiert für die Periode von 1976 bis 1995 ein jährliches Pro-Kopf-Wachstum von 7,1 Prozent oder – unter Berücksichtigung der in dieser Zeitperiode bedeutenden Inflation – von 3,8 Prozent zu konstanten Preisen. Allerdings waren in diesem Zeitraum weder die Datenerfassung noch der Leistungsumfang konstant.¹ Da die statistische Erfassung keine grösseren Änderungen erfahren hat und die Grundversicherung ab 1985 von der Zusatzversicherung getrennt erfasst wurde, eignet sich der Zeitraum 1985–1993 am besten für eine langfristige Beurteilung der Kostenentwicklung vor der Einführung des KVG. In dieser Phase erhöhten sich die Leistungen in der Grundversicherung pro Kopf um jährlich 7,0; inflationsbereinigt um 3,7 Prozent. Auch Berechnungen über andere Zeitperioden resultieren meist in realen Wachstumsraten, die über den Werten liegen, die für den Zeitraum ab 1996 ermittelt wurden. Damit scheint die Aussage zulässig,

dass sich die Kostensteigerung seit Einführung des KVG effektiv leicht abgeschwächt hat.

STEIGENDE PRÄMIEN – DIE KEHRSEITE DES ANHALTENDEN KOSTENWACHSTUMS

Die Prämienentwicklung bildet das Wachstum der Gesundheitskosten für den einzelnen Versicherten am sichtbarsten ab: 1996 lag in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) die monatliche Durchschnittsprämie Erwachsener für das Standardmodell mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung bei 173 Franken, 2015 bei 412 Franken. Da immer mehr Versicherte besondere Versicherungsmodelle wählen und von den damit verbundenen Rabatten profitieren, sind die effektiv bezahlten Prämien pro Kopf etwas weniger stark angestiegen. Dennoch ist die Zunahme beträchtlich: 2015 wurden pro Kopf durchschnittlich 274 Franken pro Monat in Rechnung gestellt und damit mehr als doppelt so viel wie die 128 Franken pro Kopf im ersten Jahr des KVG (vgl. Grafik G1). Im langjährigen Durchschnitt stiegen die Prämien im Gleichschritt mit den Kosten, die sich aus der Summe der Nettoleistungen und den Verwaltungskosten ergeben. Allerdings vermochten in den Jahren 1996, 2000, 2001, 2008 und 2009 die Prämien die Kosten bei Weitem nicht zu decken, während sie 2003, 2004, 2006, 2011 und 2012 jeweils darüber lagen. Die

¹ Hingegen wurde berücksichtigt, dass aufgrund eines Wechsels im Kontenplan die Ergebnisse von 1994 nicht mit den vorangehenden vergleichbar sind. Das Wachstum von 14,9 Prozent, das in der genannten Statistik ausgewiesen ist, wurde durch eine in der Einleitung der «Statistik über die Krankenversicherung 1994/1995» genannte Schätzung des BSV von 4,4 Prozent ersetzt.



resultierenden Defizite führten zu einem Reserveabbau, die Überschüsse zu einem Aufbau der Reserven.

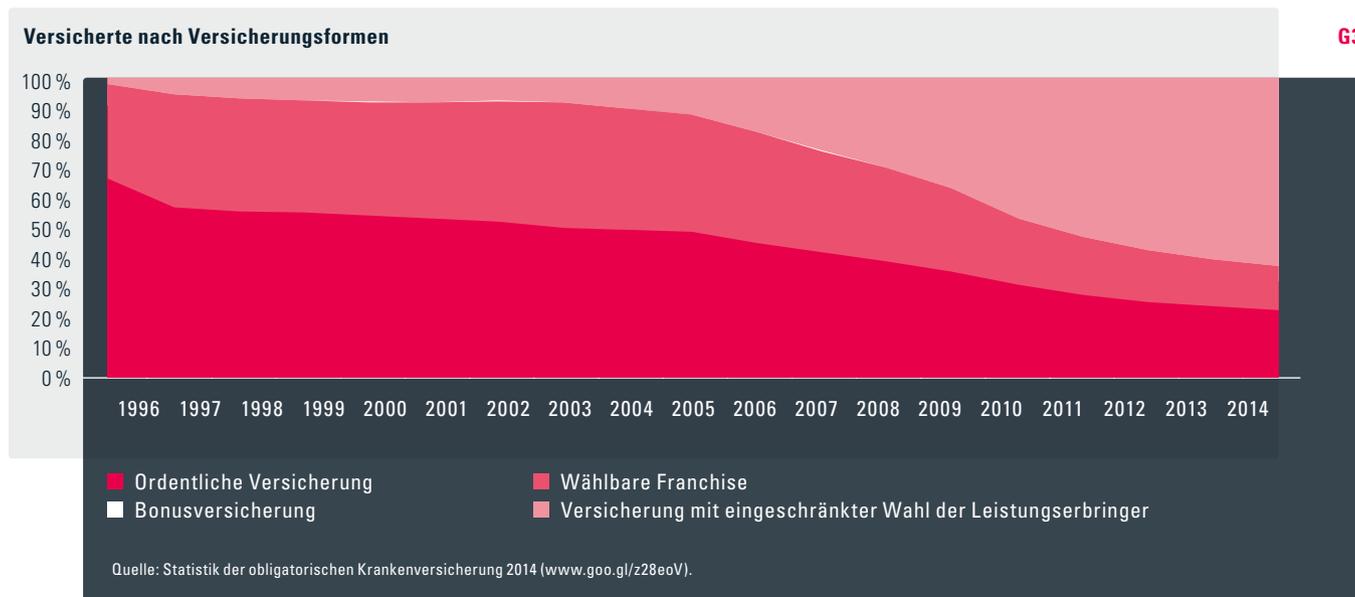
INDIVIDUELLE PRÄMIENVERBILLIGUNG STATT SUBVENTIONEN FÜR KRANKENKASSEN Die verbreitete Wahrnehmung, die Krankenkassenprämien würden unter dem KVG stärker ansteigen als zuvor, könnte mit dem Systemwechsel in der Subventionierung der sozialen Krankenversicherung zusammenhängen: Unter dem alten Gesetz wurden Subventionen an die Krankenkassen ausbezahlt, womit diese die Prämien unter ihren Kosten ansetzen konnten. Das KVG dagegen setzt auf die individuelle Prämienverbilligung (IPV), die gezielt Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen zugute kommt. Die gemeinsam von Bund und Kantonen finanzierte IPV ist als soziales Korrektiv zur Einheitsprämie zu verstehen, das gezielt die Prämien derjenigen Versicherten verbilligt, die sich die Versicherungsprämien sonst nicht leisten können. Umgekehrt bedeutet das, dass derjenige Teil der Bevölkerung, der nicht in den Genuss der IPV kommt, nicht mehr von den staatlichen Subventionen profitiert, die zuvor an die Kassen ausgerichtet worden sind.

1996 wurden rund 1,47 Milliarden Franken für die IPV aufgewendet. Der Anteil der Bezügerinnen und Bezüger

von IPV am gesamten Versichertenbestand, die Bezügerquote, lag zu diesem Zeitpunkt bei 22,9 Prozent. Insbesondere in den darauffolgenden drei Jahren stiegen die Ausgaben für die Prämienverbilligung und die Bezügerquote stark an (vgl. Grafik G2). Bei der Bezügerquote setzte danach eine Stabilisierung respektive ab 2004 ein merklicher Rückgang ein: Im Jahr 2014 kamen 26,9 Prozent der Versicherten in den Genuss einer IPV. Weil sich aber der durchschnittlich bezahlte Betrag pro Person über den gesamten Beobachtungszeitraum stetig erhöhte, stiegen die Ausgaben für die IPV trotz sinkender Bezügerquote. Im Jahr 2014 beliefen sich die Ausgaben von Bund und Kantonen auf 4,0 Milliarden Franken – was 21,0 Prozent der Einnahmen der Krankenversicherer entspricht. Zum Vergleich: Der Anteil der Subventionen an den Einnahmen der Versicherer hatte im Jahr 1985 19 Prozent betragen.²

BOOM BESONDERER VERSICHERUNGSMODELLE Insbesondere für Versicherte mit mittlerem Einkommen, die nicht mehr in den Genuss der IPV gelangen, sind die Krankenversicherungsprämien ein bedeutender Ausgabenposten. Mit der

² Eigene Berechnung basierend auf der «Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2015» (www.goo.gl/H1mNqj).



Wahl des geeigneten Angebots lassen sie sich bedeutend senken. Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer oder wählbaren Franchisen sind bis zur Hälfte günstiger als das Modell mit ordentlicher Franchise und Unfalldeckung, was ihre grosse Popularität erklärt.

Mehr als die Hälfte der Versicherten entscheidet sich für Prämienmodelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer.

Hatten 1996 noch 65,9 Prozent der versicherten Personen eine ordentliche Versicherung abgeschlossen, sank ihr Anteil bis 2014 auf 22,3 Prozent (vgl. Grafik G3). Die Versicherung mit wählbarer Franchise, bei der sich die Versicherten freiwillig stärker an den Kosten beteiligen und die bereits vor der Einführung des KVG weit verbreitet war, hatte 1996

einen Marktanteil von 32,0 Prozent. Da viele Versicherte in Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer wechselten, ist dieser allerdings auf 14,7 Prozent gesunken. Versicherte in Modellen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer verpflichten sich, vor der Arztkonsultation eine Telefonhotline anzurufen oder die Erstuntersuchung bei einem zuvor bestimmten Hausarzt oder einer Hausärztin respektive in einer HMO-Praxis vorzunehmen. Mit einem Anteil von 63,0 Prozent im Jahr 2014 vermochten diese Versicherungsformen ihren Marktanteil gegenüber 1996 (1,7%) markant zu steigern. Die Versicherung mit wählbarer Franchise und die Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer werden oftmals auch in Kombination angeboten. In Grafik G3 sind solche Kombinationsmodelle der Versicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer zugerechnet. Aktuell hat nur noch knapp die Hälfte aller Versicherten in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer die ordentliche Franchise.

Von marginaler Bedeutung – mit einem Marktanteil unter einem halben Prozent über den gesamten Beobachtungszeitraum – ist die Bonusversicherung, bei der eine Prämienermässigung gewährt wird, wenn der oder die Versicherte während eines Jahres keine Leistungen bezogen hat.

KONZENTRATION DER VERSICHERER IN KONZERNEN

Zur Reduktion der Prämienlast räumt das KVG den Versicherten neben der Wahl des Versicherungsmodells auch die Möglichkeit ein, zu einem Versicherer mit günstigeren Prämien zu wechseln. Da in der sozialen Krankenkasse die volle Freizügigkeit bzw. der Aufnahmezwang gilt, ist ein Wechsel des Versicherers problemlos möglich. Versicherer, die deutlich geringere Prämien anbieten als die Konkurrenz, werden deshalb oftmals von Versicherungsanträgen überannt. Für die Neueintretenden müssen erst Reserven geäuft werden, weshalb ein solcher Zulauf zu einem grossen Risiko für Versicherer wird, die im Markt entsprechend positioniert sind. Besonders herausfordernd ist dabei, dass der Gesundheitszustand der Neuzugänge unbekannt ist – und deren Kosten vom Management oftmals unterschätzt werden. Dieses für die OKP typische Risiko hat seit der Einführung des KVG verschiedene, namentlich kleine oder mittelgrosse, regional konzentrierte Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten gebracht. Wenn sie nicht in die Insolvenz getrieben wurden, so oftmals in die Arme eines grösseren Konkurrenten.

Die starke Konkurrenz unter den Krankenkassen hat den Konzentrationsprozess beschleunigt: 2016 boten gerade 57 Versicherer die OKP an, nachdem es 1996 145, 1966 gar noch 898 gewesen waren. Zahlreiche kleine, lokal tätige Versicherer und ehemalige Betriebskrankenkassen sind aus dem Markt verschwunden.

Auffallend ist auch die fortschreitende Gruppenbildung, die im Krankenversicherungsmarkt beobachtet werden kann. Viele grössere Versicherer haben in den vergangenen 20 Jahren Tochtergesellschaften gegründet oder andere, bisher selbstständige Kassen in ihre Konzernstruktur aufgenommen. Mehr als die Hälfte der Versicherer sind derzeit entweder in eine Holdingstruktur eingebunden oder mindestens durch einen losen Zusammenarbeitsvertrag in einer Gruppe organisiert. Zusammen versicherten sie 2014 rund 6,6 von insgesamt 8,1 Millionen Versicherten, was einem Marktanteil von 81,1 Prozent entspricht.

Für einen Versicherungskonzern hat es gewisse Vorteile, die OKP durch verschiedene Kassen anzubieten. Er kann damit den Zwang zur Einheitsprämie umgehen und seinen Versicherten damit zusätzliche Möglichkeiten zum Prämiensparen bieten. Während ein Kassenwechsel zu einem

Versicherer ausserhalb des Konzerns unter Umständen dazu führt, dass der Versicherte seine private Zusatzversicherung nicht mehr beim selben Anbieter hat wie die Grundversicherung, vermeidet er bei einem konzerninternen Wechsel den damit verbundenen administrativen Aufwand. Gerade, wenn es sich um einen Versicherten mit einer günstigen Risikostruktur handelt, hat auch der Versicherer ein Interesse daran, den Versicherten in seinem Konzern zu halten.

FAZIT Das KVG hat seine Spuren auch in den Statistiken zur Krankenversicherung hinterlassen. Zwar vermochte das neue Gesetz den Anspruch, das Wachstum der Kosten zu dämpfen, nur in einem geringen Umfang einzulösen. Aufgrund der Änderungen im Finanzierungsverfahren, namentlich in der Ausrichtung von individueller Prämienverbilligung anstelle von Subventionen zugunsten der Krankenkassen, und dem insgesamt sinkenden Anteil der Finanzierung durch die öffentliche Hand, hat sich die Prämienbelastung der nicht subventionierten privaten Haushalte gar erhöht. Der stärkere Wettbewerb zwischen den Kassen führte zu kostengünstigeren Formen der medizinischen Versorgung, die von den Versicherten rege genutzt werden: Mehr als die Hälfte der Bevölkerung ist heute in einem Modell mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer versichert. Das zeigt eine gewisse Bereitschaft der Versicherten, auf freiwilliger Basis effizientere Arten der Gesundheitsversorgung zu wählen. Damit ist auch die Hoffnung verbunden, dass das Gesetz eine kostendämpfende Wirkung entfaltet, auch wenn diesbezüglich weiter Optimierungspotenzial besteht. ■



Aline Froidevaux

Lic. rer. oec., Ökonomin, stv. Leiterin Sektion Prämien und Solvenzaufsicht, BAG.
aline.froidevaux@bag.admin.ch



Christoph Kilchenmann

Dr. rer. pol., Leiter Sektion Prämien und Solvenzaufsicht, BAG.
christoph.kilchenmann@bag.admin.ch

Aus der Geschichte lernen

Michael Jordi, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren

Als ich als frischgebackener Volkswirtschaftler und Rookie im Gesundheitsgeschäft bei der Protokollierung der Expertenkommission Schoch¹ mitwirkte, hätte ich es mir nie träumen lassen, dass ich 27 Jahre später das daraus entstandene Gesetzeswerk aus kantonaler Sicht besprechen darf.

Die Grundzielsetzung eines Gesundheitssystems in wirtschaftlich entwickelten Staaten dürfte mit der Sicherstellung einer qualitativ guten, effizient organisierten, möglichst günstigen und für den Einzelnen wirtschaftlich verkraftbaren Gesundheitsversorgung überall dieselbe sein. Zwischen den konkreten Umsetzungsmodellen zur Erreichung dieses Ziels klaffen indessen Welten. Auch die schweizerische Gesundheitspolitik müht sich seit Jahrzehnten daran ab und feilt mal mit Verve, mal mit Unlust an ihrem eigenen Modell.

TRÄGE UND BEDINGT REFORMFÄHIG Was kennzeichnet nun diese erfolgreichen und gescheiterten Revisionsbestrebungen der Vergangenheit? Historisch gesehen hat die Schweiz ein träges Gesundheitssystem. Dies betrifft sowohl den gesetzgeberischen Rahmen als auch die Versorgungsorganisation. Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (KUVG) von 1912 wurde erstmals 1964 ein bisschen revidiert. Doch erst die zweite, totale Revision brachte mit der knapp ausgegangenen Volksabstimmung für das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1994 einen Wandel zustande, welcher diesen Namen auch verdient: Versicherungsobligatorium, freier Wechsel der Grundversicherung, Risikoausgleich, Einheitsprämien für alle Erwachsenen, Stärkung der Solidarität

¹ Der Bundesrat setzte im Herbst 1989 unter dem Präsidium des damaligen freisinnigen Ständerates Otto Schoch (AR) eine Expertenkommission ein. Sie hatte den Auftrag, bis im Herbst 1990 einen Vorentwurf für die Revision des KUVG auszuarbeiten.

durch die Aufhebung der Kollektivversicherungen, Prämienverbilligung schweizweit, tarifliche Kontrollmöglichkeiten durch Bund und Kantone, fix-duale Finanzierung im stationären Bereich usw. Zustande gekommen ist die Revision durch einen umsichtigen Erarbeitungsprozess unter Einbezug von Kantonen und relevanten Partnern, einen ehrlichen gemeinsamen Reformwillen über die Parteigrenzen hinweg, ein austariertes Modell von *checks and balances* innerhalb der Vorlage und zwischen den Interessen der Akteure sowie eine Zurückhaltung gegenüber ordnungspolitischen Maximalforderungen. Damit sind auch die Ingredienzen für Reformen der Zukunft genannt. Wer in der Schweiz näher an die eingangs erwähnte Zielsetzung eines Gesundheitswesens herankommen will (pro memoria: qualitativ gut, effizient organisiert, möglichst günstig, sozial finanziert), muss sich auf Kompromisse einlassen, auf ideologisch gefärbte Maximalforderungen verzichten, die praktische Umsetzung im Auge behalten und ein gutes Gemisch finden zwischen staatlicher Steuerung und Vorgaben an Wirtschaftlichkeit und Qualität, sozialem Ausgleich, individueller Entscheidungsfreiheit des Versicherten und Entwicklungsfähigkeit der Leistungserbringer. So ist der Weg der Krankenversicherung denn auch gepflastert mit deutlich gescheiterten Volksinitiativen, welche wahlweise einen offenbar durch die Stimmbewölkerung nicht goutierten sehr weitgehenden Ausbau der marktwirtschaftlichen Elemente, eine Abkehr von der Kopfprämie oder eine einheitliche Kassenorganisation forderten.

Das schweizerische Gesundheitswesen verträgt keine ideologisch gefärbten Maximalforderungen.

DIE REFORM VON 1994 Die Rolle der Kantone wurde durch die Revision, die 1994 beschlossen wurde und 1996 in Kraft trat, beträchtlich berührt. Es mussten kantonale Aus-

führungsbestimmungen zur individuellen Prämienverbilligung, zur Überprüfung des Versicherungsobligatoriums oder zur Spital- und Pflegeheimliste erlassen werden. Insgesamt wurde die Rolle der Kantone im Gesamtsystem Gesundheitsversorgung durch diese Revision eher gestärkt, da das KVG durch das Versicherungsobligatorium und die daraus folgenden festzulegenden Rahmenbedingungen die Krankenversicherung als Sozialversicherung insgesamt stärkte. Und dennoch: Die Auswirkungen wurden aus Kantonssicht als weniger einschneidend empfunden als jene der neuen Spitalfinanzierung von 2007, welche die volle Wirkung ab 2012 zu entfalten begann. Zwar war bereits ab 1996 ein Spitalplanungsartikel in Kraft gewesen. Die Anforderungen an die Planung waren jedoch nur rudimentär umschrieben und entsprachen teilweise bereits bestehender Praxis.

Auch wenn der Stamm der Bundesratsvorlage für das KVG ein relativ kompaktes und kohärentes Gerüst darstellte, erfuhr dieses im Rahmen der parlamentarischen Beratungen Veränderungen und Erweiterungen, sodass eine ganze Reihe von definitiven Fragen offenblieben. So beispielsweise die Zahlungspflicht der Kantone bei ausserkantonalen Wahlbehandlungen oder bei der Behandlung von Halbprivat- oder Privatpatienten. Auch die Definition der Anforderungen an die Wirtschaftlichkeitsüberprüfungen oder der Leistungsqualität blieben die Ausführungsbestimmungen schuldig. Einige dieser Fragen waren nur in Beschwerdeverfahren durch bundesrätliche und später bundesgerichtliche Klärungen zu beantworten. Das ist aus dem Gesetzgebungsprozess heraus ein zwar nachvollziehbares, aber doch eher unbefriedigendes Zeugnis.

MEHR MARKT UND MEHR STAAT Die KVG-Revision von 2007 mit der neuen Spital- und Pflegefinanzierung sowie den Planungsartikeln für den stationären Bereich und die hochspezialisierte Medizin hatte sowohl finanziell als auch versorgungspolitisch weitreichendere Folgen als die Totalrevision von 1994. Finanziell führte die Revision zu einer Mehrbelastung der Kantone von über 1,5 Milliarden Franken pro Jahr, mit einer nur geringfügigen Entlastung der Grundversicherung. Finanziell entlastet wurden primär die Zusatzversicherungen und – etwas bescheidener – die Zusatzversicherten. Es wurde sowohl «mehr Markt» als auch «mehr Staat» ins Gesetz geschrieben. Dies ist übrigens nicht eine

seltene Erscheinung, zieht doch eine Stärkung der wettbewerblichen Elemente eines öffentlichen Leistungsbereichs fast zwangsweise eine erhöhte Regulierungsdichte nach sich, um Rahmenbedingungen, Aufsicht oder Vermeidung des Marktversagens zu regeln. Den Kantonen wurden Auflagen bezüglich der Planungsprozesse gemacht, deren Bedeutung und Auswirkungen auch zehn Jahre nach Gesetzeserlass noch immer nicht abschliessend klar sind und grösstenteils durch die Gerichte präzisiert oder gar justiert werden. Einer der Kernbereiche dieser Revision ist und bleibt das Verhandlungsprimat der Tarifpartner und die Rolle der Kantone bei der Tarifbildung. Dieses Thema steht denn auch ganz aktuell wieder im Vordergrund der tarifpolitischen Auseinandersetzungen, aber auch der politischen Debatte des Bundesparlaments. Einerseits lässt sich feststellen, dass seit der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierungsregeln 2012 mit der Bedingung schweizweit einheitlich strukturierter leistungsbezogener Pauschalen für die Spitalfinanzierung und dem Einbezug der Investitionskosten die Anforderungen an die Tarifpartner, sich auf gemeinsame Lösungen zu einigen, gestiegen sind. Andererseits waren diese in beängstigendem Ausmass nicht in der Lage, auf der tariflichen Ebene tragfähige Lösungen zu verhandeln. In Anbetracht dieses labilen Systems ist es an Bund und Kantonen, prüfend und festsetzend Rechtssicherheit zu schaffen. Diese Rolle der Kantone infrage zu stellen, bedeutet das System zu destabilisieren.

ALTE UND NEUE HERAUSFORDERUNGEN Damit sind wir bei den Stichworten, welche für die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und die Kantone für die nächsten paar KVG-Jahre leitend sein werden: stabilisieren und optimieren. Bevor neue Finanzierungsregeln auf die Gesetzgebungsschiene geschoben werden, muss das jetzige System stabilisiert werden. Parallel dazu sollten gezielt Optimierungen vorgenommen werden. Im Vordergrund stehen folgende fünf strategischen Herausforderungen:

VERSORGUNG OPTIMIEREN Die Schweiz hat ein sehr dezentrales Versorgungssystem, das zudem den privaten Leistungserbringern im ambulanten Bereich eine fast unbeschränkte Behandlungsfreiheit gibt. Eine optimale Regulierung von Quantität und Qualität gibt es zurzeit nicht, ist

doch auch die Zulassungsbeschränkung für Spezialärzte gegenwärtig nur unter eingeschränkten Bedingungen möglich. Je nach Fachbereich und Region haben wir einen Mangel oder eine (Über-)Sättigung in der Versorgung. Im stationären Bereich erfolgt die Steuerung über die Leistungsträger der Kantone. In diesen sind Fachbereiche und Elemente zur Sicherung der Qualität (Mindestmengen, strukturelle Anforderungen) festgelegt. Es ist damit zu rechnen, dass die neuen Regelungen zur Spitalplanung und -finanzierung zu einer sinnvollen Konzentration des Angebots, einer Vernetzung der Versorgungsstufen, vermehrter interkantonalen Kooperation und neuen Grundversorgungsstrukturen in den peripheren Regionen führen werden. Das heisst nicht, dass nun alles in die Zentren fliessen und die Versorgung auf dem Land ausgeblutet werden soll. Aber Kooperationsprojekte müssen vorangetrieben werden. Es können nicht mehr alle alles machen. Aber auch die Kantone müssen ihre Versorgungsangebote besser aufeinander abstimmen und eine Überversorgung vermeiden. Das kann in Form von Kooperationsprojekten über die Kantonsgrenzen hinweg geschehen oder in einer besseren Koordination der Spitalplanungen. Trotzdem bleibt als grosser Mangel die fehlende Zusammenführung des ambulanten und stationären Bereichs in sinnvolle Behandlungsketten bestehen. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von verbreiteten und chronischen Krankheiten wie beispielsweise Diabetes oder Krebs. Es wird vereinte Anstrengungen der staatlichen Behörden sowie der öffentlichen und privaten Leistungserbringer brauchen, um integrierte Versorgungsmodelle aufzubauen und zu fördern. Die Behandlung solcher Patientinnen und Patienten muss mit verbesserten Tarifierungssystemen attraktiver werden. Das Gesetz über das elektronische Patientendossier schafft die Grundlage, dass auch der Informationsaustausch unter den Leistungserbringern und mit den Patientinnen und Patienten verbessert werden kann.

DAS RICHTIGE BESSER UND ZUM RICHTIGEN PREIS TUN Die Gesundheitsleistungen in der Schweiz sind gut. Aber sie könnten noch besser sein, und vor allem könnten Fehler und viele Doppelleistungen vermieden werden. Bisher geschah einiges aus Eigeninitiative; aber das Bild der Qualitätssicherung in der Schweiz ist ein löchriger Flickenteppich, der zusammengefügt und vervollständigt werden

muss. Hier kann uns die KVG-Qualitätsvorlage des Bundesrates, welche zurzeit im Parlament beraten wird, einen substanziellen Schritt nach vorne bringen. Will man Qualität und deren Transparenz verbessern, bedingt dies auch öffentliche Vorgaben zur einheitlichen Dokumentation der Leistungen und eine unabhängige Analyse dessen, welche Behandlungen, Diagnosen und Medikamente wirksamer, zweckmässiger und wirtschaftlicher sind als andere. Stichworte dazu sind Guidelines, Register und Health-Technology-Assessments. Auch bei der Preisbildung und den Tarifstrukturen liegt, wie oben schon angeführt, noch einiges im Argen. Aufgrund der Pattsituation unter vielen Tarifpartnern, welche ihre vom Gesetz vorgesehene Rolle nicht genügend ausfüllen, um Spital- oder Arzttarife erfolgreich auszuhandeln, müssen die Kantone landauf und landab die Tarife festsetzen. Und es ist absehbar, dass der Bund einspringen muss, um die für den ambulanten Bereich geltende Tarifstruktur Tarmed subsidiär der längst fälligen Revision zu unterziehen. Diese Kompetenz wurde dem Bund erst vor Kurzem vom Parlament sinnvollerweise zugestanden.

Staat ist nicht gleich
Malus und Markt nicht
gleich Bonus.

KRANKHEIT VERMEIDEN UND VERZÖGERN Wir werden die zukünftigen Gesundheitsausgaben nur noch schwer stemmen können, wenn es uns nicht gelingt, schwere, langwierige Erkrankungen frühzeitig zu erkennen oder gar zu vermeiden. Wir wenden heute für die Verbesserung der kurativen Medizin immer noch ein Vielfaches der Ressourcen auf, die für die Reduktion der Krankheitslast aufgewendet werden. Es wiegt dabei nicht nur das Geld, sondern auch Denk- und Forschungsressourcen, Zeit, Energie. Eine Verlagerung der Anstrengungen und eine Umverteilung der Ressourcen von der kurativen Medizin in die Gesundheitsförderung und Prävention würden wohl mehr Nutzen stiften als anderswo. Und auch diesmal ist nicht nur Geld gemeint, sondern auch Engagement und zwar der gesamten Gesellschaft:

Staat, Gesundheitsinstitutionen, aber auch Bürgerinnen und Bürger sowie Angehörige. Es stehen hier alle in der Verantwortung. Kantone können hier primär anregen, informieren, koordinieren. Das lohnt sich. Die in die Wege geleitete nationale Strategie zu nichtübertragbaren Krankheiten soll hier die bestehenden Angebote besser aufeinander abstimmen und Prioritäten setzen.

FACHKRÄFTE AUSBILDEN UND RICHTIG EINSETZEN Eine Herausforderung am Rande des KVG-Wirkungskreises betrifft den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen. Die besten geplanten Versorgungsoptimierungen lassen sich nicht umsetzen, wenn das nötige Fachpersonal fehlt. Handlungsbedarf besteht bei der Definition von Anforderungen an die Berufe, der Finanzierung von Ausbildungsstätten und der Zulassung zur Ausübung des Berufs zulasten der Krankenversicherung. Umstritten ist zurzeit die Frage der Zulassungsregulierung für Ärztinnen und Ärzte. Auch hier wird das ideale Steuerungsinstrument noch zu definieren sein, welches über kantonale Interventionsmöglichkeiten, Fördermassnahmen und allenfalls auch preisliche Anreize eine sinnvolle Verteilung von Grundversorgern und Spezialisten über das Land hinweg sicherstellen kann. Zusätzlich sind neue Organisations- und Zusammenarbeitsmodelle der Versorgung gefragt. Denn in zwanzig Jahren werden wir bei gleichbleibenden Berufsprofilen und den gleichen Versorgungsstrukturen aufgrund der demografischen Entwicklung und des wachsenden Pflegebedarfs auch mit riesigen Ausbildungsanstrengungen den Bedarf an Arbeitskräften nicht mehr decken können. Nur die vereinten und koordinierten Kräfte von Bund und Kantonen, Branche und Ausbildungsstätten können hier eine Verbesserung bringen.

SOZIAL ABFEDERN Neben dem in den letzten Jahren steigenden Anteil der Krankheitskosten, welcher über die Steuern – insbesondere die Kantonssteuern – finanziert wird, sieht das KVG insbesondere das Mittel der individuellen Prämienverbilligung vor, um einkommensschwächere Versicherte bei den Prämien zu entlasten. Das System wurde mit dem KVG gesetzlich klar verankert und im Zuge des Neuen Finanzausgleichs (NFA) angepasst. Das KVG stellt sicher, dass der Bundesbeitrag mit der Entwicklung der Kosten der

obligatorischen Krankenpflegeversicherung Schritt hält. In einzelnen Kantonen sind jedoch deren Beitragsanteile teils stark unter Druck geraten. Sollte sich diese Entwicklung zulasten der Kantone fortsetzen, dürfte dies der Stabilität und Akzeptanz des bisher breit mitgetragenen Gesamtsystems abträglich sein.

FAZIT Es ist Zeit für einen unideologischen Blick auf die anstehenden Probleme und mögliche Lösungen im schweizerischen Gesundheitswesen. Staat ist nicht gleich Malus und Markt nicht gleich Bonus. Gesetzliche Regulierung und staatliche Steuerung sind Voraussetzung dafür, dass die Initiativen der Tarif- oder Marktpartner zum Tragen kommen. Umgekehrt erfordert staatliches Handeln Fingerspitzengefühl und muss nötige Freiräume für Innovation und Veränderungen schaffen. Dies gilt sowohl für den Bund wie auch die Kantone. Wir sollten folglich nicht zu viel Energie in ordnungspolitische Grundsatzdebatten stecken, sondern vielmehr pragmatische Lösungen suchen, welche die unzähligen Akteure und Interessengruppen einbinden und sich am Wohl der Bevölkerung orientieren. Das bedeutet Knochenarbeit statt Wolkenschlösser. Dafür braucht es staatliche *und* private Initiative – und die Unterstützung der Bevölkerung.

WEITERDENKEN ERWÜNSCHT Abschliessend sei ein persönlicher, unverkrampfter Blick in die Zukunft erlaubt: Seit seiner Inkraftsetzung 1996 behandeln die relevanten Entscheidungsträger der Bundesebene das KVG als Dauerbaustelle. Und zwar eine mit wenig geklärten Rollenvorstellungen darüber, wer nun Bauherrin, wer Architekt, wer Bauleiterin, wer Polier, wer Maurer oder wer Subunternehmer sein soll. Inzwischen stellt das KVG ein ziemlich stilloses Bauwerk dar, welches zwar nach wie vor ein gut funktionierendes Gesundheitswesen sicherstellt, aber, gemessen an den eingangs formulierten Zielen «kostendämmend, sozial, qualitätssichernd, effizient», eine bestenfalls gemischte gesetzgeberische Bilanz aufweist. Jeder Akteur mauert und pflastert ein bisschen auf der Baustelle herum. Das KVG hat sich von einem Sozialversicherungsgesetz zu einem Viertel Planungs- und Versorgungsgesetz, einem Zehntel Qualitätsgesetz und einem Zwanzigstel Präventionsgesetz gemausert. Das ist nicht per se verwerflich und abzulehnen. Doch dürfte eine Gesetzesdualität wohl mehr Klarheit auf der Baustelle

bringen: Einerseits mit einem Gesundheitsgesetz, welches Rollen, Aufgaben und Finanzierung des Gesundheitssystems durchaus basierend auf der bisherigen Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Kantonen und Akteuren des Gesundheitswesens klärt und allenfalls einer geringfügigen verfassungsmässigen Klärung bedarf. Andererseits mit einem auf die Sozialversicherung und Versicherungsaufsicht fokussierten Krankenversicherungsgesetz. Ein Gesundheitsgesetz würde beispielsweise Grundsätze einer nationalen Gesundheitspolitik festlegen, eine klare Kompetenzausscheidung und Finanzierungsverantwortung zwischen Bund und Kantonen vornehmen, erkannte Herausforderungen zur Verbesserung der Koordination in der Gesundheitsversorgung regeln oder auch Grundsätze zur Erhebung und Sicherung der Qualität von Gesundheits- und Registerdaten festlegen. Weiterdenken ist erwünscht. ■



Michael Jordi

Lic. rer. pol., MPA, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK.
michael.jordi@gdk-cds.ch

Alt Bundesrätin Ruth Dreifuss im Interview

Als zuständiges Regierungsmitglied hat alt Bundesrätin Ruth Dreifuss die Ausarbeitung und Umsetzung des KVG in weiten Teilen begleitet. Auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Bundesrat hat sie sich mit dem Dossier weiterhin auseinandergesetzt. Wir haben Ruth Dreifuss deshalb gebeten, uns als prägende Zeitzeugin einige Fragen zu Entstehungsgeschichte und Wirkung des Gesetzes zu beantworten.



Ruth Dreifuss
alt Bundesrätin

Frau alt Bundesrätin, Sie haben das KVG 1993 von Ihrem Vorgänger CVP-Bundesrat Flavio Cotti quasi geerbt und die Ratsverhandlungen bis zur Schlussabstimmung noch ein Jahr lang begleitet. In welchen Punkten waren Sie dazumal zufrieden mit dem Resultat, wo hätten Sie sich andere Entscheidungen gewünscht?

Meine Beteiligung an der Entstehungsgeschichte des KVG geht weiter zurück als meine Wahl in den Bundesrat: Als Sekretä-

rin des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes (SGB) hatte ich die vorbereitenden Arbeiten verfolgt. Ab 1991 war ich im SGB zuständig für den Bereich der Sozialversicherungen. Unsere Bewegung hatte sich seit Jahrzehnten für eine obligatorische Krankenversicherung eingesetzt und hatte mitgewirkt in der Kommission Schoch, die ein Projekt zuhanden des Bundesrates erarbeitet hatte. Dieser nahm vieles vom Vorschlag der Kommission auf, mit einem wesentlichen Unterschied: Die Prämien hätten laut Vorprojekt acht Prozent des Familieneinkommens nicht überschreiten dürfen. Und sowohl die Kommission Schoch wie auch der Bundesrat verzichteten darauf, den Lohnausfall im Krankheitsfall

zu kompensieren. Die Vorteile des Obligatoriums – keine Karenzfrist mehr bei bereits bestehenden Krankheiten, Solidarität zwischen Jung und Alt, Mann und Frau, Gesunden und Kranken, Prämienverbilligungen für kleine Einkommen – waren so wichtig, dass ich das Kind von Bundesrat Cotti mit Freude adoptierte.

Zu den Hauptzielen des KVG gehörten die Stärkung der Solidarität unter den verschiedenen Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen sowie der Zugang zu einer qualitativ guten Medizin für alle. Beides nicht zuletzt, um der Entwicklung einer Zweiklassenmedizin entgegenzutreten. Inwiefern wurden diese Ziele erreicht? Unter Zweiklassenmedizin kann man sich zweierlei vorstellen: entweder ein System, in dem sich einige gewisse Leistungen kaufen können, die Leben retten oder Krankheiten heilen, und andere keinen Zugang zu diesen Leistungen erhalten; oder ein System, in dem alle in den Genuss einer qualitativ guten medizinischen Versorgung kommen, jedoch einige im Spital den Arzt frei wählen können, ein Einzelzimmer beziehen oder eine grössere Menüauswahl geniessen. Wenn zwei Klassen im Gesundheitswesen vergleichbar sind mit den Klassen in den SBB, ist es nicht störend: Alle, die im selben Zug sitzen, kommen gleichzeitig ans Ziel, ob sie in der 1. oder 2. Klasse reisen. Und das ist weitgehend der Fall dank dem KVG. Eine Zweiklassenmedizin gibt es hingegen bei der Zahnmedizin, für die keine allgemeine Versicherung existiert: Ein Blick auf die Zähne genügt oft, um jemanden als reich oder arm einstuft zu können. Obschon das KVG sein Ziel erreicht hat, wird es immer wieder infrage gestellt. Mit den hohen Kosten – insbesondere bei den neusten Krebs- oder Hepatitis-C-Medikamenten – steigt diese Gefahr.

Im September 2000, vier Jahre nach Inkraftsetzung des KVG, nahmen Sie für die Eidgenossenschaft den Carl-Bertelsmann-Preis entgegen. Grundlage für die Prämierung war ein Vergleich der Gesundheitssysteme Dänemarks, Deutschlands, Finnlands, Grossbritanniens, der Niederlande, der Schweiz und den USA. Besonderes Augenmerk legte die Studie auf die Versorgungssicherheit, Steuerungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität. Besonders hervorgehoben wurde das Nebeneinander von Solidarität (Risikoausgleich, Obligatorium: Zugang

zum medizinischen Fortschritt für alle) und marktwirtschaftlichen Elementen, die den Wettbewerb unter den Leistungserbringern fördern. Die mittelfristige Entwicklung weist darauf hin, dass mindestens bei der Steuerungsfähigkeit (Stichwort Föderalismus) und Wirtschaftlichkeit (Stichwort Kostenanstieg) Fragezeichen gesetzt werden können. Hat sich der gewünschte, kontrollierte Wettbewerb in der Grundversorgung eingestellt und wie wirkt er sich auf Qualität und Kosten aus? Würde die Schweiz den Preis mit Blick auf die Entwicklungen der letzten fünfzehn Jahre noch einmal verdienen? Schon damals war ich skeptisch, ob die Schweiz diesen Preis wirklich verdient. Zu dieser Zeit aber waren viele Länder in Europa und sogar die USA auf der Suche nach einem Gleichgewicht zwischen staatlicher Regulierung sowie vertraglichen und marktwirtschaftlichen Steuerungsmechanismen. Und das noch sehr junge KVG schien auf dem richtigen Weg zu sein. Die Bertelsmann-Experten haben allerdings die Entwicklung von Managed-Care-Modellen und Qualitätszirkeln stark überschätzt. Hinsichtlich der Konkurrenz zwischen den Versicherern haben sie der Jagd nach sogenannten guten Risiken viel zu wenig Beachtung geschenkt.

Im KVG fehlen kostendämpfende Anreize für die unzähligen Akteure

Ein drittes wichtiges Ziel des KVG war es, das Prämien- und Kostenwachstum im Gesundheitswesen mindestens zu dämpfen. Mittlerweile haben sich die Prämien jedoch fast um das Anderthalbfache erhöht. 2014 betragen die Gesundheitsausgaben nach den Berechnungen des BFS elf Prozent des Bruttoinlandprodukts. Was ist falsch gelaufen? Im KVG fehlen kostendämpfende Anreize für die unzähligen Akteure; jeder von ihnen folgt seiner eigenen Logik. Die staatlichen Eingriffsmöglichkeiten – aufgeteilt zwischen Bund und Kantonen – bleiben schwach. Vieles ist den Verhandlungen zwischen Versicherungsdachverbänden

und Leistungserbringervereinigungen überlassen. Die langwierigen und in den Ergebnissen bescheidenen Verhandlungen des Tarmed sind ein gutes Beispiel dafür. Man muss sich auch vergegenwärtigen, dass ein erster Schub der Prämienlast mit der Erweiterung des Leistungskatalogs in Zusammenhang stand, ein zweiter mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierungsregelung. Und auch die Kosten der neuesten Medikamente leisten einen Beitrag zum Kostenwachstum. Die elf oder sogar zwölf Prozent des BIP entsprechen aber weit mehr als dem, was das KVG abdeckt, nämlich den gesamten Gesundheitsausgaben. Für die Schweiz sind diese vergleichbar mit jenen anderer europäischer Länder, Frankreich oder der Niederlande zum Beispiel.

Seit der Neuregelung der Pflegefinanzierung, die 2011 in Kraft trat, beklagen die Kantone eine massive Mehrbelastung durch sogenannte Pflegerestkosten, die u. a. auch die EL belasten (EL als Pflegeversicherung des Mittelstandes). Was wäre dagegen zu tun? Wurden bei der Konzipierung des KVG die Herausforderungen im Pflegebereich nicht genügend erkannt und berücksichtigt? Die Ergänzungsleistungen sind in der Tat immer weniger bedeutend für das Leben der Rentnerinnen und Rentner, die zu Hause wohnen und für sich selber sorgen können. Ihre Einkommenssituation hat sich im Laufe der Jahrzehnte verbessert. Hingegen dienen die EL immer mehr dazu, um die Pflegekosten bezahlen zu können. Diese neue und sicher auch nachhaltige Ausrichtung der EL ergibt Sinn. Ob der Lastenausgleich zwischen Bund (und KVG) einerseits, Kantonen und Gemeinden andererseits der Beste ist, sollte nicht isoliert bei der Pflege betrachtet werden. Ich weiss aus Erfahrung, wie schwierig die Neuverteilung der Aufgaben und deren Finanzierung war. Und sie sollte von Zeit zu Zeit wieder überprüft werden. Die Pflege ist wahrhaftig eine Wachstumsbranche; mit dem KVG hat die Lastenausgleichsproblematik in meinen Augen jedoch wenig zu tun.

Wenn Sie den sozialen Gewinn des KVG gegen seine Kosten abwägen, was wiegt aus Ihrer Sicht mehr? Oder anders gefragt: Welche Einschränkungen beim Obligatorium und damit verbunden bei der Versorgungssicherheit und -qualität wären tragbar, um dem Kostenanstieg nachhaltig entgegenzuwirken? Die Lösung liegt nicht im Streichen von

gewissen Leistungen, sondern im Meiden von unnötigen Leistungen dank Qualitätszirkeln, Spezialistenrichtlinien, Einholen von Zweitmeinungen usw. Ausserdem sollten die Medikamentenpreise gesenkt werden, unter anderem auch jene der Generika, die im internationalen Vergleich in der Schweiz deutlich zu hoch sind. Und die Leistungstarife sollen regelmässig der technischen Entwicklung angepasst werden. Der Rahmen dieses Interviews erlaubt mir nicht, auf die vielen Massnahmen und Revisionen einzugehen, die notwendig sind, um die Kostenentwicklung besser in den Griff zu bekommen. Ich bin zuversichtlich, dass Bundesrat Alain Berset und seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daran arbeiten, und hoffe, dass sie dabei unterstützt werden. ■

SOZIALPOLITIK

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2014

Salome Schüpbach,
Stefan Müller, Bundesamt für Sozialversicherungen

2014 stiegen die Einnahmen aller Sozialversicherungen um 2,4, die Ausgaben um 1,9 Prozent. Gegenüber dem Vorjahr resultierte ein leicht besseres Ergebnis von 22 Milliarden Franken. Die Sozialleistungs- und Soziallastquoten erhöhten sich wie in den beiden Jahren zuvor.

Das BSV berechnet jährlich die Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV). Sie basiert auf den Finanzdaten aller Sozialversicherungen und dient als Grundlage der Sozialversicherungspolitik des Bundes. Da die Finanzdaten der auf dezentralen Strukturen basierenden Beruflichen Vorsorge (BV), Krankenversicherung (KV), Unfallversicherung (UV) und Familienzulagen (FZ) erst Ende 2016 zur Verfügung stehen, basiert die aktuellste Gesamtrechnung auf den Zahlen von 2014.

Gegenüber dem Vorjahr schliesst die GRSV 2014 mit einem um rund 1,2 Milliarden Franken leicht verbesserten Rechnungsergebnis von knapp 22 Milliarden Franken ab (vgl. Tabelle T1). Die Einnahmen entwickelten sich mit 2,4 Prozent stärker als die Ausgaben, die um 1,9 Prozent stiegen.

Der überwiegende Teil (86 %) aller Ausgaben der Sozialversicherungen fliesst in die Finanzierung von Sozialleistungen. Mit Ausnahme der steuerfinanzierten Ergän-

zungsleistungen (EL) erfolgt diese meist und zu grossen Teilen über einkommensabhängige Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber (nachfolgend Versichertenbeiträge). Weitere, weniger grosse Finanzierungsquellen sind allfällige Beiträge der öffentlichen Hand sowie mögliche Kapitalerträge.

Die AHV erbringt mit 41 Milliarden Franken am meisten Sozialleistungen, während die immer noch im Aufbau stehende BV 34 Milliarden Franken an Renten und Kapitalleistungen auszahlt (vgl. Tabelle T2). Erst 2025 wird die erste Rentnergeneration die vollen BV-Beitragsjahre aufweisen. Bis dahin werden sich die Leistungen der BV weiter ihren Einnahmen annähern: Derzeit stehen ihren Ausgaben von 34 Milliarden noch Einnahmen von beinahe 70 Milliarden Franken gegenüber. Um die Leistungsversprechen dereinst einhalten zu können, muss bis zum Ende der Aufbauphase 2025 entsprechendes Finanzkapital gebildet werden. Eine weitere

GRSV 2014 (Mrd. Franken, gerundet)

T1

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	BV	KV	UV	EO	ALV	FZ	Konsolidiertes Total
Einnahmen	41,3	2,7	10,0	2,0	69,6	25,9	7,8	1,8	7,3	6,0	173,7
Ausgaben	40,9	2,7	9,3	2,0	51,2	26,2	6,7	1,7	6,5	5,8	152,1
Ergebnis	0,5	–	0,8	–	18,4	–0,2	1,1	0,1	0,7	0,2	21,6
Kapital	44,8	–	–7,8	–	770,3	13,2	50,5	1,0	–2,1	1,5	871,3

ALV: Arbeitslosenversicherung; EO: Erwerbsersatzordnung; IV: Invalidenversicherung.

Quelle: SVS 2016 (in Vorb.).

Die wichtigsten Einnahmen und Ausgaben 2014 (Mrd. Franken, gerundet)

T2

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	BV	KV	UV	EO	ALV	FZ	Konsolidiertes Total
Einnahmen											
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	29,9	–	5,0	–	54,3	21,6	6,1	1,8	6,6	5,6	130,3
Beiträge der öffentlichen Hand	10,6	2,7	4,9	2,0	–	4,0	–	–	0,6	0,2	25,0
Laufender Kapitalertrag	0,8	–	0,1	–	15,3	0,2	1,4	0,0	0,0	...	17,8
Ausgaben											
Sozialleistungen	40,7	2,7	8,3	2,0	34,3	24,8	5,7	1,7	5,8	5,6	130,8

Quelle: SVS 2016 (in Vorb.).

wichtige Einnahmequelle der BV ist der laufende Kapitalertrag. Seit 1999 hat sich sein Anteil an den Einnahmen aber von 40 auf 22 Prozent beinahe halbiert. Dementsprechend ist der Anteil der Versichertenbeiträge an den Einnahmen im gleichen Zeitraum von 60 auf 78 Prozent angestiegen.

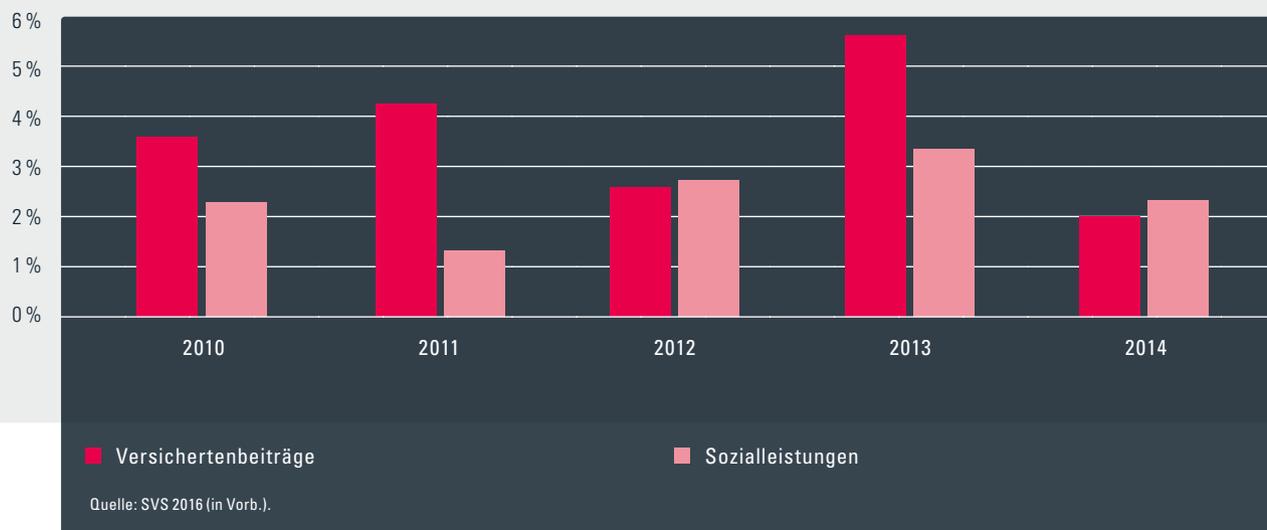
Das finanzielle Gleichgewicht der Gesamtrechnung wird von der Entwicklung der Versichertenbeiträge und Sozialleistungen dominiert (vgl. Grafik G1).

2012 und 2014 lag die Zuwachsrates der Versichertenbeiträge jeweils unter der Zuwachsrates der Sozialleistungen und es bestand eine Tendenz zur Verschlechterung der Ergebnisse. In den übrigen Jahren des betrachteten Zeitraums stiegen die Versichertenbeiträge zwischen 1,4 und 2,9 Prozent stärker an als die Sozialleistungen. Entsprechend verbesserte sich das Ergebnis der GRSV.

EINNAHMEN HALTEN NICHT SCHRITT MIT DEN AUSGABEN Von den 174 Milliarden Franken, welche die Sozialversicherungen 2014 einnahmen, wurden 130 Milliarden Franken durch die Versicherten und Arbeitgeber aufgebracht. Damit machen die Versichertenbeiträge drei Viertel aller Sozialversicherungseinnahmen aus.

Die Einnahmenentwicklung der Sozialversicherungen wird wesentlich von der Entwicklung der Nominallöhne (vgl. Grafik G2) und der AHV-pflichtigen Einkommen – auch Lohnsumme genannt – (vgl. Grafik G3, S.29) bestimmt. Zwischen 1990 und 2014 wiesen beide eine tendenziell abnehmende Dynamik aus.

So nahmen die Nominallöhne nach 2000 nur noch um höchstens 1 bis 2 Prozent zu. Während die AHV-Einkommen Anfang der 1990er-Jahre noch zwischen 4 und 9 Prozent

Beitrags- und Leistungswachstum in der GRSV 2010–2014**G1**

jährlich gewachsen waren, erhöhten sie sich nach 2000 nur noch zwischen 2 und 5 Prozent. Ab 2010 gingen die Veränderungsraten sogar auf 1 bis 3 Prozent zurück. Die Entwicklung der AHV-Lohnsumme wird neben dem mittleren Nominallohnwachstum, einer Preiskomponente, auch durch eine Volumenkomponente, das Beschäftigungsvolumen, d. h. die Anzahl Lohnbezüger bestimmt. Sie bildet die Entwicklung der Beitragsgrundlage am besten ab, die nötig wäre, um mit der Leistungsentwicklung mitzuhalten. Über die letzten vier Jahre hat sich die AHV-Lohnsumme mit knapp zwei Prozent zu schwach entwickelt, um das mittlere Leistungswachstum von mehr als 2 Prozent (vgl. Grafik G1) zu finanzieren.

KENNZAHLEN DER GRSV Die Informationen aus der Gesamtrechnung GRSV werden zu zwei Kennzahlen zusammengefasst: Die Sozialleistungsquote zum einen misst den potenziellen Anspruch der Leistungsempfänger auf die volkswirtschaftliche Wertschöpfung (Verhältnis von Sozialleistungen und BIP). Die Soziallastquote zum anderen ist ein Indikator für die volkswirtschaftliche Belastung, die durch die Sozialversicherungsbeiträge entsteht (inklusive Kapitalerträge). Beide Quoten sind «unecht», d. h. der Zähler ist nicht eine Teilmenge des Nenners: So sind weder die Sozialleistungen noch die Einnahmenquellen der Sozialver-

sicherungen als solche (Versichertenbeiträge, Beiträge der öffentlichen Hand, laufender Kapitalertrag) Teilmengen des BIP. Weil die drei Rechnungsperspektiven des BIP aber nahe an die Rechnungssicht der Sozialversicherungen herankommen, ergibt der Vergleich mit dem BIP trotzdem Sinn (siehe Kasten).

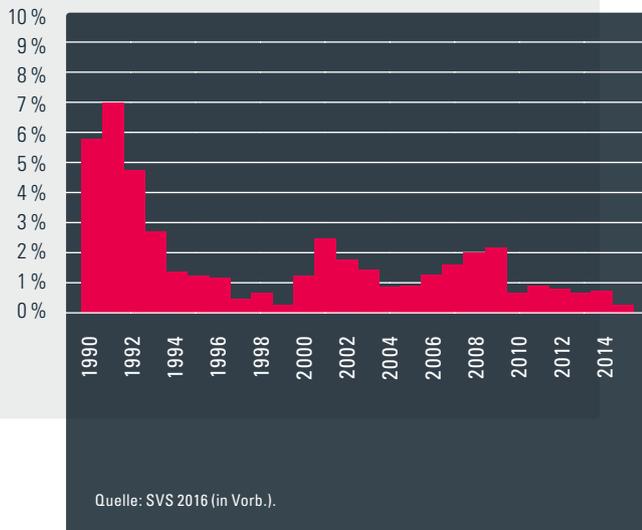
Rechnungsperspektiven von BIP und GRSV

Das Bruttoinlandprodukt (BIP) wird aus drei verschiedenen Perspektiven erfasst und dargestellt. Orientiert am Modell des sog. BIP-Würfels wird eine Entstehungs-, Verteilungs- und Verwendungsrechnung unterschieden. Die Einnahmen und die Sozialleistungen der GRSV können im Licht der BIP-Verteilungsrechnung interpretiert werden. Dabei wird die Summe der Sozialversicherungseinnahmen und die Summe aller Sozialleistungen zur Verteilungsrechnung des BIP in Beziehung gebracht: Die Soziallastquote misst näherungsweise die Bedeutung der Sozialversicherungs-Einnahmen und die Sozialleistungsquote stellt eine Beziehung zwischen den Sozialversicherungs-Sozialleistungen und dem BIP her.

Die BIP-Verteilungsrechnung und die SV-Sozialleistungen kommen sich recht nahe (vgl. Kasten), obschon sie nicht deckungsgleich sind. Deshalb sind die beiden SV-Quoten als Indikatoren des Verhältnisses zwischen Volkswirtschaft und Sozialversicherungen zu verstehen. In diesem Sinn zeigt die Sozialleistungsquote, welchen Anteil am Gesamtkonsum die Gesellschaft den Betroffenen sozialer Risiken zugesteht. Die

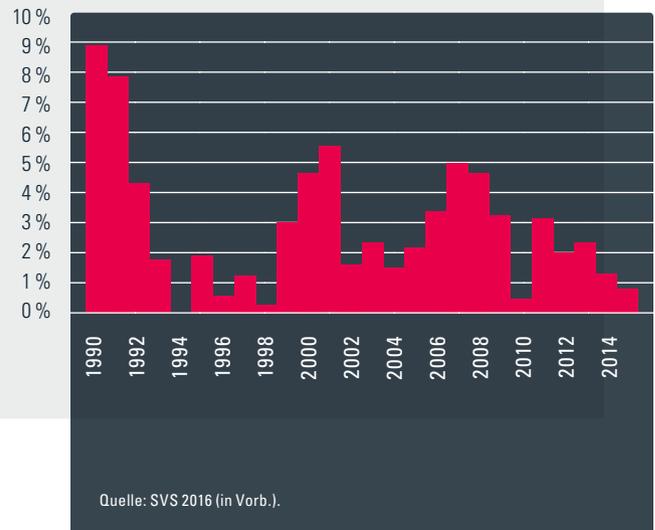
Nominallohn (Veränderungsrate)

G2



AHV-pflichtige Einkommen (Veränderungsrate)

G3



Soziallastquote weist darauf hin, welchen Anteil der Gesamteinkommen die Gesellschaft für die Absicherung der sozialen Risiken aufwendet. Je höher die Quoten, desto stärker gewichtet die Gesellschaft die Absicherung der sozialen Risiken. Zwischen 1990 und 2014 waren insbesondere die Jahre nach den Finanzkrisen durch höhere Sozialleistungs- und Soziallastquoten gekennzeichnet: Sowohl nach der Dot-com-Krise 2001/2002 als auch nach der Finanzkrise 2008 stiegen diese jeweils an.

Zwei Gesamtrechnungen – unterschiedliche Perspektiven

Das BSV berechnet jährlich die Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV. Diese stützt sich auf die Finanzdaten aller Sozialversicherungen und dient dem Bund als Grundlage seiner Sozialversicherungspolitik.

Das Bundesamt für Statistik (BFS) erstellt die Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit GRSS, basierend auf den im Rahmen von EUROSTAT definierten Massnahmen des Sozialschutzes. Sie ermöglicht in erster Linie den internationalen Vergleich. In beiden Ansätzen wird eine Sozialleistungsquote berechnet. Die Sozialleistungsquote GRSV enthält die Sozialversicherungsleistungen, die Sozialleistungsquote GRSS die Sozialschutzleistungen gemäss EUROSTAT.

AKTUELLE ENTWICKLUNG DER SOZIALLEISTUNGS-

QUOTE: In den letzten fünf Jahren kam es in allen Sozialversicherungszweigen nur zu geringfügigen Leistungsan-

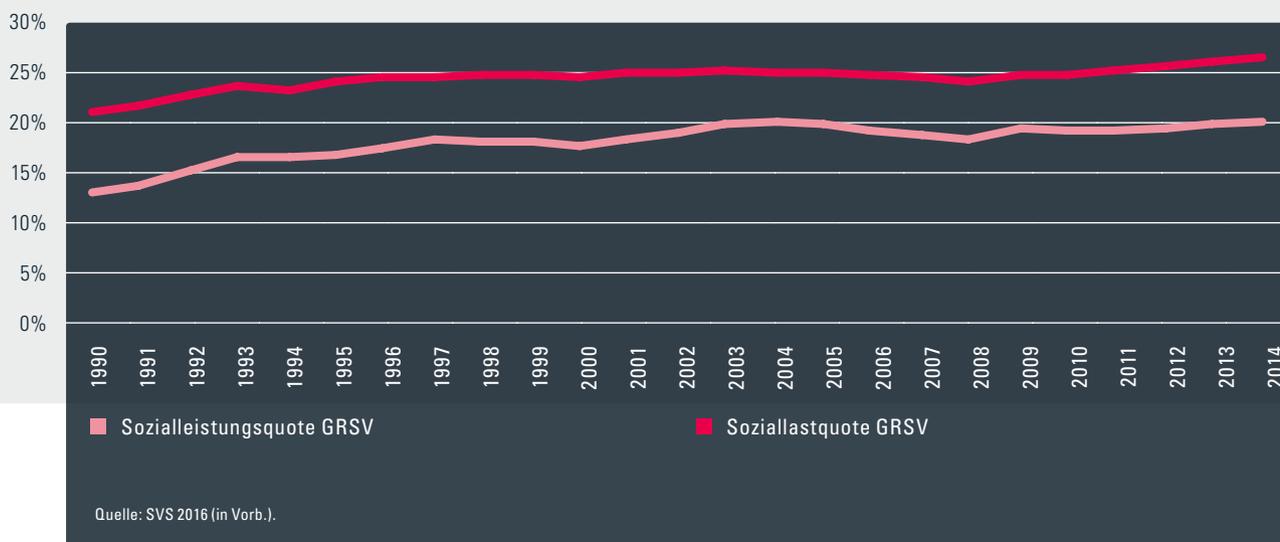
passungen. Trotzdem stiegen die Ausgaben, v. a. infolge realer Entwicklungen, wie steigender Bezügerzahlen in der AHV und BV oder höheren Leistungskonsums in der KV. Da solche Ausgabensteigerungen kaum zu beeinflussen sind, führen sie zu einer höheren Sozialleistungsquote, wenn nicht das BIP gleichzeitig einen mindestens ebenso hohen Anstieg verzeichnet. Da das BIP in den vergangenen vier Jahren noch um durchschnittlich 1,5 Prozent gewachsen ist, die mittleren Veränderungsraten der Sozialleistungen jedoch deutlich darüber lagen (AHV +2,8%, BV +2,6% und KV +4,2%) erhöhten sich die Sozialleistungsquoten. Das gegenwärtige Niveau der Sozialleistungsquote war 2004 bereits einmal erreicht worden. Angesichts der erwarteten schwachen Entwicklung des BIP (-0,5% 2015, +1,0% 2016, +2,0% 2017)¹ ist ein weiterer Anstieg absehbar.

AKTUELLE ENTWICKLUNG DER SOZIALLEISTUNGS-

QUOTE: Um zwischen 2011 und 2014 eine Zunahme der Soziallastquote zu vermeiden, hätten die Sozialversicherungseinnahmen bzw. die Versichertenbeiträge nicht über dem durchschnittlichen BIP-Anstieg von 1,5 Prozent liegen dürfen. Tatsächlich stiegen sie mit durchschnittlich 3,1 Prozent aber deutlich stärker als das BIP, womit auch die Sozial-

¹ www.goo.gl/9p77a7

Soziallast- und Sozialleistungsquote 1990–2014



lastquote stieg. Die höhere Soziallastquote widerspiegelt die Bemühungen der letzten Jahre, die Finanzierung der Sozialversicherungen nachhaltig zu verbessern. Hierzu wurden entweder höhere Beiträge bzw. Beitragssätze (EO, ALV, BV und KV) festgelegt oder zusätzliche Finanzierungsquellen (IV) erschlossen.

NEUESTE ENTWICKLUNG EINZELNER SOZIALVERSICHERUNGEN Für die zentral organisierten AHV, IV, EL, EO und ALV sind die Ergebnisse für 2015 bekannt. Daraus ergeben sich erste Hinweise auf die entsprechende Gesamtrechnung:

Der Anstieg der Soziallastquote widerspiegelt die Bemühungen, die Finanzierung der Sozialversicherungen zu verbessern.

- Die AHV wies 2015 sowohl ein negatives Betriebs- als auch ein negatives Umlageergebnis aus. Zuletzt war dies 1999 der Fall gewesen. 2014 war das Betriebsergebnis noch positiv, die Kapitalwertsteigerungen konnten die Einnahmen noch über die Ausgaben heben. Gemessen am Umlageergebnis kam es 2015 zum zweiten Mal in Folge zu einem Ausgabenüberschuss. Da die Perspektive der Gesamtrechnung die laufenden Kapitalerträge mitberücksichtigt, resultierte mit 167 Millionen Franken nochmals ein positives Ergebnis.²
- Die IV befindet sich weiterhin auf dem Weg der finanziellen Gesundung. Im Gegensatz zu anderen Sozialversicherungen stagniert ihre Ausgabenentwicklung, und dies bereits seit 2009. Seit 2006 ist die Summe der ausbezahlten Renten tendenziell rückläufig, 2015 sank sie um 1,6 Prozent. So konnte die IV 2015 ihre Verpflichtung gegenüber der AHV um weitere 614 Millionen Franken auf noch 7229 Millionen reduzieren.
- Die Ausgaben für die bedarfsabhängigen Ergänzungsleistungen EL stiegen 2015 auf 4782 Millionen Franken. Gegenüber dem Vorjahr schwächte sich das Wachstum von

² Zu den drei Rechnungsperspektiven siehe *Soziale Sicherheit* CHSS 3/2015, S. 156 f., v. a. Tabelle T2, S. 157.

- 3,3 auf 2,2 Prozent ab. 16,5 Prozent aller Bezüger und Bezügerinnen von AHV- oder IV-Leistungen beanspruchten EL.
- Da die ALV ein wirtschaftliches Risiko versichert, schwanken ihre Finanzen naturgemäss stärker mit dem Konjunkturverlauf als diejenigen anderer Sozialversicherungen. Seit 2011 profitiert die ALV von einem um 0,2 auf 2,2 Prozent erhöhten Beitragssatz, auf Löhnen bis 126 000 Franken. Auf Löhnen zwischen 126 000 Franken und 315 000 Franken wird ebenfalls seit 2011 ein Solidaritätsprozent erhoben. Per 1. 1. 2014 entfiel die Obergrenze, das heisst das Solidaritätsprozent wird auf dem gesamten Lohn über 126 000 Franken erhoben. Dank der verbesserten Finanzierung und günstigerem Konjunkturverlauf konnte der kumulierte Fehlbetrag von 6,3 Milliarden Franken Ende 2010 auf 1,5 Milliarden Franken Ende 2015 abgebaut werden.
 - Die Finanzen von BV, KV, UV und FZ für das Jahr 2015 werden 2016 erhoben. Die aktuellsten Zahlen berücksichtigen die Entwicklung bis Ende 2014. Die BV verzeichnete über 2 Milliarden Franken an Sanierungsbeiträgen (Vervierfachung), eine Zunahme von Eintrittseinlagen der Arbeitnehmenden um 1 Milliarde Franken sowie eine ausserordentliche Zunahme der Vermögensverwaltungskosten, welche erneut besser erfasst wurden. Bei der KV vermochten die Einnahmen gemäss GRSV den Ausgaben nicht vollumfänglich zu folgen, was 2013 und 2015 zu leichten Defiziten führte.

AUSBLICK AUF DIE GESAMTRECHNUNG 2015 Die lohnbasierten, zentralisierten Sozialversicherungen AHV, IV, EO und ALV verzeichnen 2015 eine finanziell eher ungünstige Entwicklung: Sämtliche Rechnungsergebnisse liegen etwas tiefer als im Vorjahr. Damit dürfte sich die Gesamtrechnung 2015 gegenüber 2014 verschlechtern. Dies ist umso eher zu erwarten, als auch die BIP-Entwicklung 2015 einen Abschwung um 0,5 Prozent ausweist. ■

Der vorliegende Artikel basiert auf der «Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik SVS» 2016. Sie erscheint Ende 2016.

Bestellnummern (gratis):
SVS 318.122.16D
SAS 318.122.16F

Der Jahresbericht «Sozialversicherungen 2015 – Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG» zeigt die jüngste Entwicklung sowie die aktuellen Kennzahlen aller Sozialversicherungen und informiert über die laufenden Reformen.

Bestellnummern (je 10 Franken):
Sozialversicherungen 2015 318.121.15D
Assurances sociales 2015 318.121.15F
Assicurazioni sociali 2015 318.121.15I

Die «Taschenstatistik 2016» erschien im Juli 2016. Sie enthält die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Sozialversicherungen sowie zur Gesamtrechnung 2014.

Bestellnummern (gratis):
Taschenstatistik 318.001.16D
Statistique de poche 318.001.16F
Pocket statistics 318.001.16ENG

www.bsv.admin.ch > Dokumentation > Zahlen und Fakten > Statistiken

Bezug unter: BBL, Verkauf Publikationen, 3003 Bern
oder verkauf.zivil@bbl.admin.ch



Salome Schüpbach

Lic. rer. pol.; wissenschaftliche Mitarbeiterin;
Bereich Forschung, Evaluation und Statistik;
Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik
und Standards; BSV.
salome.schuepbach@bsv.admin.ch



Stefan Müller

Dr. rer. pol.; wissenschaftlicher Experte; Bereich
Forschung, Evaluation und Statistik; Geschäftsfeld
Mathematik, Analysen, Statistik und Standards; BSV.
stefan.mueller@bsv.admin.ch

SOZIALPOLITIK

Moderates Wachstum bei den Ergänzungsleistungen

Urs Portmann,
Jeannine Röthlin; Bundesamt für Sozialversicherungen

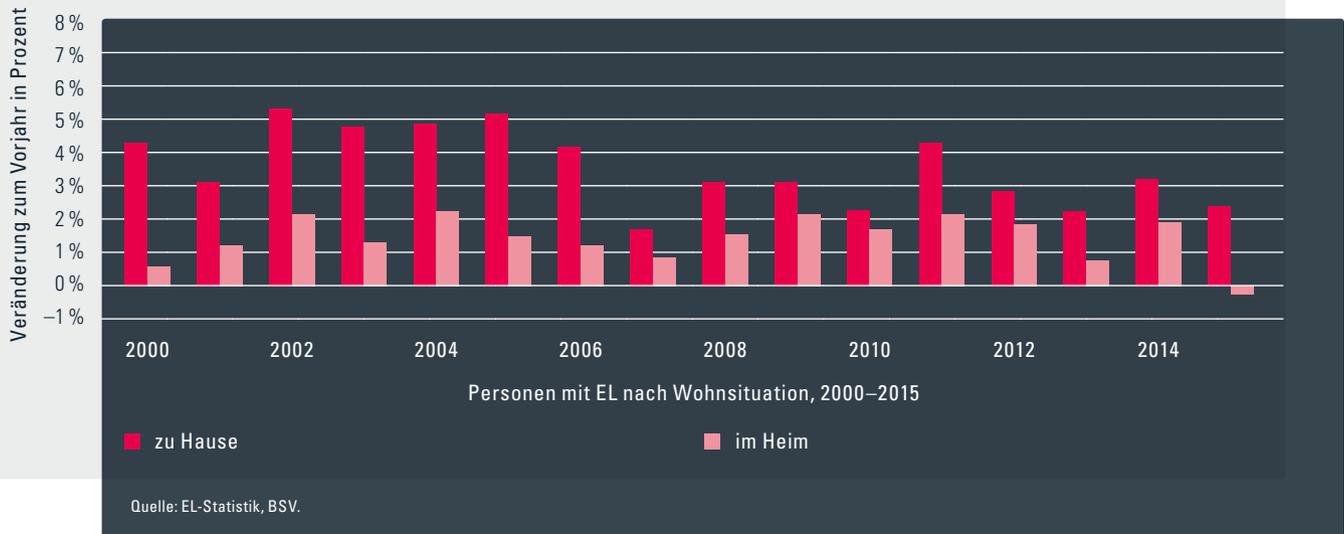
Ende 2015 bezogen 315 000 Personen eine Ergänzungsleistung (EL) zur AHV oder zur IV. Gegenüber dem Vorjahr hat dieser Bestand lediglich um 1,8 Prozent zugenommen. Nur einmal nach der Jahrtausendwende hatte die Zuwachsrate tiefer gelegen.

Ende 2015 bezogen 315 000 Personen eine EL, gut 16 Prozent der AHV- und IV-Rentner und -Rentnerinnen. Gegenüber dem Vorjahr hat der Bestand um 1,8 Prozent zugenommen. Dieses Wachstum liegt deutlich unter dem jährlichen Durchschnitt von 3 Prozent in den Jahren nach der Jahrtausendwende. Dieses niedrige Wachstum lässt sich einerseits mit der Entwicklung bei den EL zur IV erklären. Die letztjährige Zunahme lag mit 0,9 Prozent zum ersten Mal seit über 20 Jahren unter 1 Prozent. Damit setzt sich die seit längerem beobachtete Entwicklung fort. Die rückläufigen Rentnerzahlen in der IV machen sich auch bei den EL bemerkbar. Sie bewirkten zwar keine Abnahme, aber doch ein gebremstes Wachstum, das seit einigen Jahren unter jenem bei den EL zur AHV liegt.

¹ Mit «EL zur AHV» werden hier nur die EL zur Altersversicherung bezeichnet, das heisst die EL zur Hinterlassenenversicherung, die zahlenmässig gering sind und eine ganz andere Struktur aufweisen, sind nicht berücksichtigt. Weil sie geläufiger ist, wird trotzdem die Bezeichnung «AHV» verwendet.

12,5 PROZENT DER PERSONEN MIT EINER AHV-RENTE BEZIEHEN EL Stärker nahmen die EL zur AHV zu, hauptsächlich aufgrund der Zunahme der Rentnerbestände. Doch lässt sich hier noch eine andere Entwicklung beobachten: Die Bestände zu Hause steigen seit langem leicht überdurchschnittlich, bedingt in erster Linie durch die sogenannten Minimalgarantiefälle. Das sind jene EL-Bezügerinnen und -Bezüger, die nur Anspruch auf eine Vergütung der Krankenversicherungsprämie haben. Im Grossen und Ganzen steigen indes EL- und Rentnerzahlen bei der Altersversicherung im Gleichschritt, wodurch die EL-Quote über die Jahre bei rund 12,5 Prozent fast stabil geblieben ist.

Die geringe Zunahme der EL-Bezügerzahlen vom letzten Jahr hängt mit einer weiteren Entwicklung zusammen, nämlich mit einer Abnahme um 0,2 Prozent bei den EL-Beziehenden im Heim (vgl. Grafik G1). Noch nie seit 2000 ist bei dieser Gruppe ein Rückgang festgestellt worden. Diese Entwick-

Geringes Wachstum bei den Personen mit EL im Heim
G1


lung folgt dem Trend der letzten Jahre. Vor allem die Gruppe der Personen in Alterspflegeheimen hat abgenommen. Ein Grund dafür ist ein laufend verbessertes SPITEX-Angebot, welches für weniger oder kürzere Aufenthalte in Pflegeheimen sorgt. Weiter wurde mit der neuen Pflegefinanzierung seit 2011 ein Teil der Finanzierung aus den EL ausgelagert. Zudem hat sich vermutlich auch die finanzielle Situation der Hochaltrigen in den letzten Jahren verbessert, da nun auch bei ihnen Renten aus der zweiten Säule vermehrt zum Tragen kommen.

EL MIT DYNAMIK: NEUN PROZENT AUSTRITTE, ELF PROZENT EINTRITTE IN EINEM JAHR Hinter der geringen Zunahme der EL zu AHV und IV vom letzten Jahr verbergen sich umfangreiche Mutationen, welche die Dynamik der Entwicklung deutlicher abbilden und sichtbar machen. 2015 sind 28 500 Personen aus dem EL-System ausgeschieden, rund 9,2 Prozent des Bestandes von Anfang Jahr. 34 300 Personen – das entspricht 11,1 Prozent des Anfangsbestandes – haben neu einen Anspruch auf EL erhalten (vgl. Grafik G2).

Diese Mutationen hängen stark mit der Wohnsituation der EL-Bezügerinnen und -Bezüger zusammen. Die Zahl der zu Hause lebenden EL-Bezügerinnen und -Bezüger hat 2015 um 2,4 Prozent zugenommen, jene der Bezügerinnen

und Bezüger im Heim um 0,2 Prozent abgenommen. Bei den zu Hause lebenden Personen mit EL sind im Verlauf des Jahres 10,5 Prozent neu dazugekommen, bei den Personen im Heim 13,1 Prozent. Der wesentliche Unterschied zeigt sich bei den Austritten: 18,9 Prozent der Heimbewohnerinnen und -bewohner mit einer EL bezogen Ende 2015 keine Leistung mehr; meistens, weil sie unter dem Jahre gestorben sind. Bei den EL-Beziehenden zu Hause sind bloss 6,4 Prozent des Anfangsbestandes ausgetreten. 2,0 Prozent der Personen, die zu Hause wohnen, ziehen ins Heim um, wo sie weiterhin

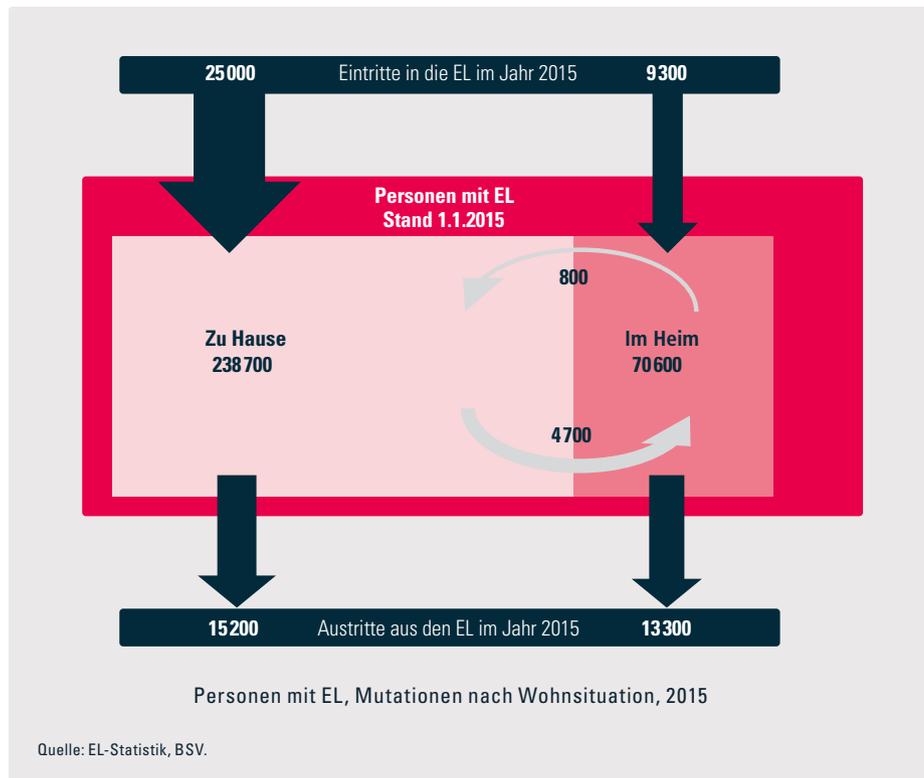
2015 bezogen gut 16 von 100 AHV- oder IV-Rentnern Ergänzungsleistungen.

eine EL erhalten. Sie erhöhen den Bestand der EL-Beziehenden im Heim um 6,7 Prozent.

Wie viele Personen benötigen eine EL erst in Zusammenhang mit dem Heimeintritt und wie viele hatten bereits vorher eine EL? Unter der Heimbewohnenden mit EL hatten 2015 40

Moderates Wachstum, aber umfangreiche Mutationen

G2



Prozent bereits vor dem Heimeintritt eine EL. Das heisst, eine Ergänzungsleistung war bereits vorher nötig, da schon zu Hause die Einnahmen nicht ausreichten. Bei den restlichen 60 Prozent ist der EL-Bezug durch den Heimeintritt begründet.

Die Mutationen unterscheiden sich auch nach Versicherungszweig. Die Neueintritte bei den EL zur IV erhöhen den EL-Bezügerbestand um 9,6 Prozent, die Austritte machen nur 5,7 Prozent aus. Einen grossen Einfluss hat der Versicherungswechsel. Nach dem Erreichen des Rentenalters beziehen die meisten, die bisher EL erhielten, auch nach dem Wechsel in die AHV weiterhin eine EL. Bei den EL zur Altersversicherung halten sich demgegenüber Eintritte und Austritte praktisch die Waage: 11,9 Prozent Neueintritten stehen 11,3 Prozent Austritte gegenüber.

NUR FÜNF PROZENT DER JUNGEN PENSIONIERTEN OHNE VORHERIGE EL ZUR IV BRAUCHEN EL Rund 9 Prozent der jungen Pensionierten sind auf EL angewiesen (vgl.

Tabelle T1). 4 Prozent hatten bereits vorher eine EL zur IV. Die finanziell prekäre Situation bestand somit bereits vor der Pensionierung. Nur 5 Prozent beziehen mit dem Übergang ins Rentenalter neu EL. Erst beim Eintritt in ein Pflegeheim ist eine neue Gruppe in der AHV auf EL angewiesen. Personen, die mit ihrem Einkommen problemlos durchs Leben kamen, können die hohen Heimkosten oft nicht mehr mit eigenen Mitteln bestreiten. Die EL-Quote steigt bei den über 79-Jährigen auf 18,6 Prozent. Nur wenige von ihnen hatten vor dem Eintritt ins Rentenalter bereits eine EL zur IV bezogen.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Entwicklung der EL ist die Dauer des EL-Bezugs. Die folgenden Ergebnisse stützen sich auf Individualdaten der kantonalen, teilweise auch der kommunalen EL-Durchführungsstellen. Die Daten werden seit 1987 durch das Bundesamt für Sozialversicherungen erhoben. Eine präzise Berechnung der Bezugsdauer ist nur für jene Personen möglich, die zwischen 1987 und 2015

Zwei Fünftel der jüngeren Altersrentner mit EL (16500) bezogen vorher eine EL zur IV
T1

Alter	Anzahl			EL-Quote*		
	Total	Nur EL zur AHV	Früher EL zur IV	Total	Nur EL zur AHV	Früher EL zur IV
65–69	38700	22200	16500	9,1	5,2	3,9
70–79	69400	52700	16700	10,8	8,2	2,6
>79	77600	72400	5200	18,6	17,4	1,3

Personen mit EL zur AHV nach früherem EL-Bezug, Bestand Ende 2015

* Anteil der Rentner/innen mit einer EL

Quelle: EL-Statistik, BSV.

ein- und wieder ausgetreten sind. Die detailliertesten Angaben zur EL-Bezugsdauer sind für das erste verfügbare Eintrittsjahr 1988 vorhanden, weil der Beobachtungszeitraum am grössten ist. In den folgenden Jahren nimmt die Vollständigkeit von Jahr zu Jahr ab. Es zeigt sich, dass die Bezugsdauer praktisch unabhängig ist vom jeweiligen Eintrittsjahr in die EL. Rund 30 Prozent der Neueintritte bezieht demnach bis zu drei Jahre lang eine EL, rund 45 Prozent bis zu sechs Jahre (vgl. Grafik G3).

Die EL-Eintritte des Jahres 1988 mit den vollständigsten Angaben zur Bezugsdauer werden nun etwas detaillierter dargestellt. Im Durchschnitt² bezogen diese Personen während acht Jahren eine EL. Die Länge des Bezugs hängt wesentlich von zwei Faktoren ab: vom Versicherungszweig und von der Wohnsituation beim Eintritt in die EL. Damit verknüpft ist auch das Alter beim EL-Eintritt.

EL-BEZUGSDAUER IM PFLEGEHEIM: IM DURCHSCHNITT DREI JAHRE Die Bezugsdauer wird aufgrund der Situation beim Eintritt in die EL beurteilt, unabhängig davon, ob eine Person zum Beispiel später von den EL zur IV in die EL

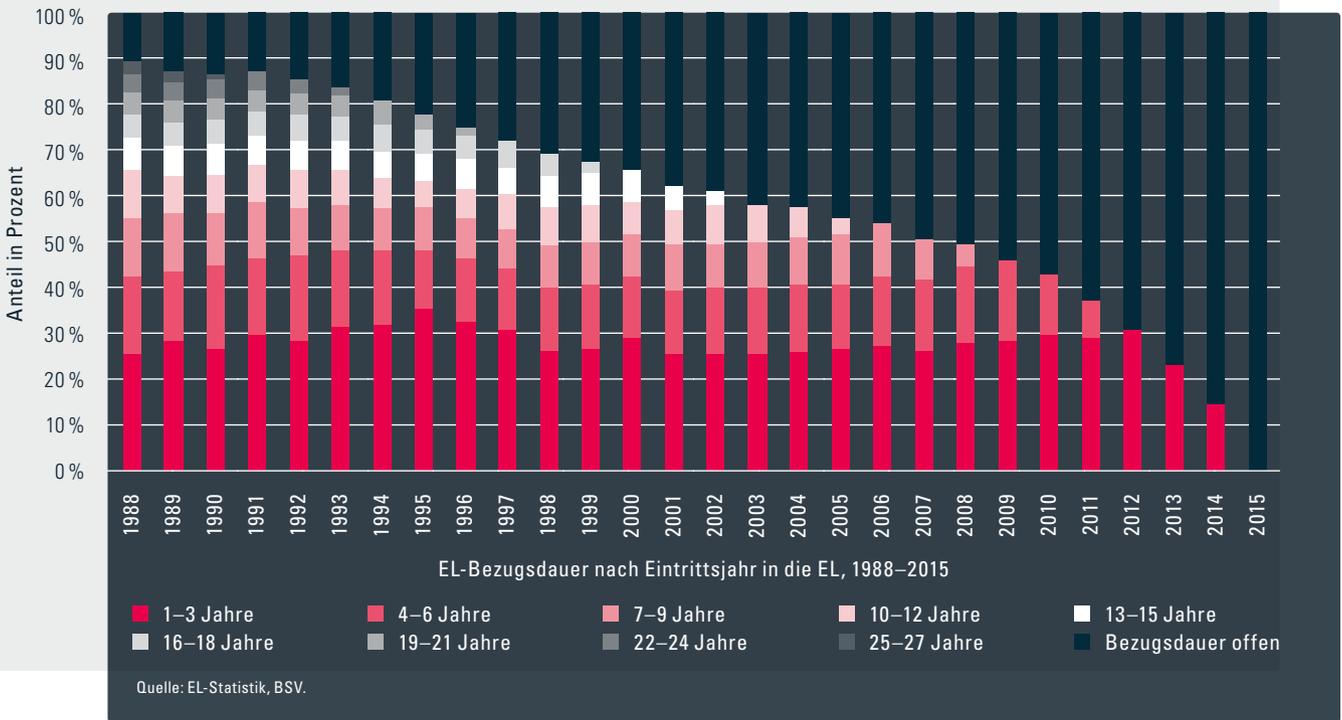
zur AHV wechselt. Ebenso zählt bei der Wohnsituation jene zu Beginn des EL-Bezugs. Bei den EL-Beziehenden, die in einem Privathaushalt leben, zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den Versicherungszweigen. Während bei den Altersrentnerinnen und -rentnern im Durchschnitt neun Jahre lang EL bezogen werden, sind es bei den EL zur IV fast doppelt so viele Jahre (vgl. Grafik G4). Kurz ist hingegen die Bezugsdauer von drei Jahren bei den Heimbewohnenden, welche eine EL zur AHV beziehen. Ganz anders verhält es sich bei den Bewohnern und Bewohnerinnen eines IV-Wohnheims. Diese sind im Schnitt während 24 Jahren auf EL angewiesen.

Wer einmal EL bezieht,
braucht sie meist bis zum
Lebensende.

Es zeigt sich klar, dass die meisten Personen, die einmal EL brauchen, bis zum Lebensende darauf angewiesen sind. Welche Gründe führen zu einem Austritt? In den allermeisten Fällen ist es der Tod, der zu einem Austritt aus dem EL-System

² Als Durchschnitt wird hier der Median (auch Zentralwert) verwendet. Der Median ist jener Wert, der genau in der Mitte einer Datenverteilung liegt. Die eine Hälfte aller Individualdaten ist immer kleiner, die andere grösser als der Median.

Die Zusammensetzung nach EL-Bezugsdauer verändert sich seit 1988 unwesentlich



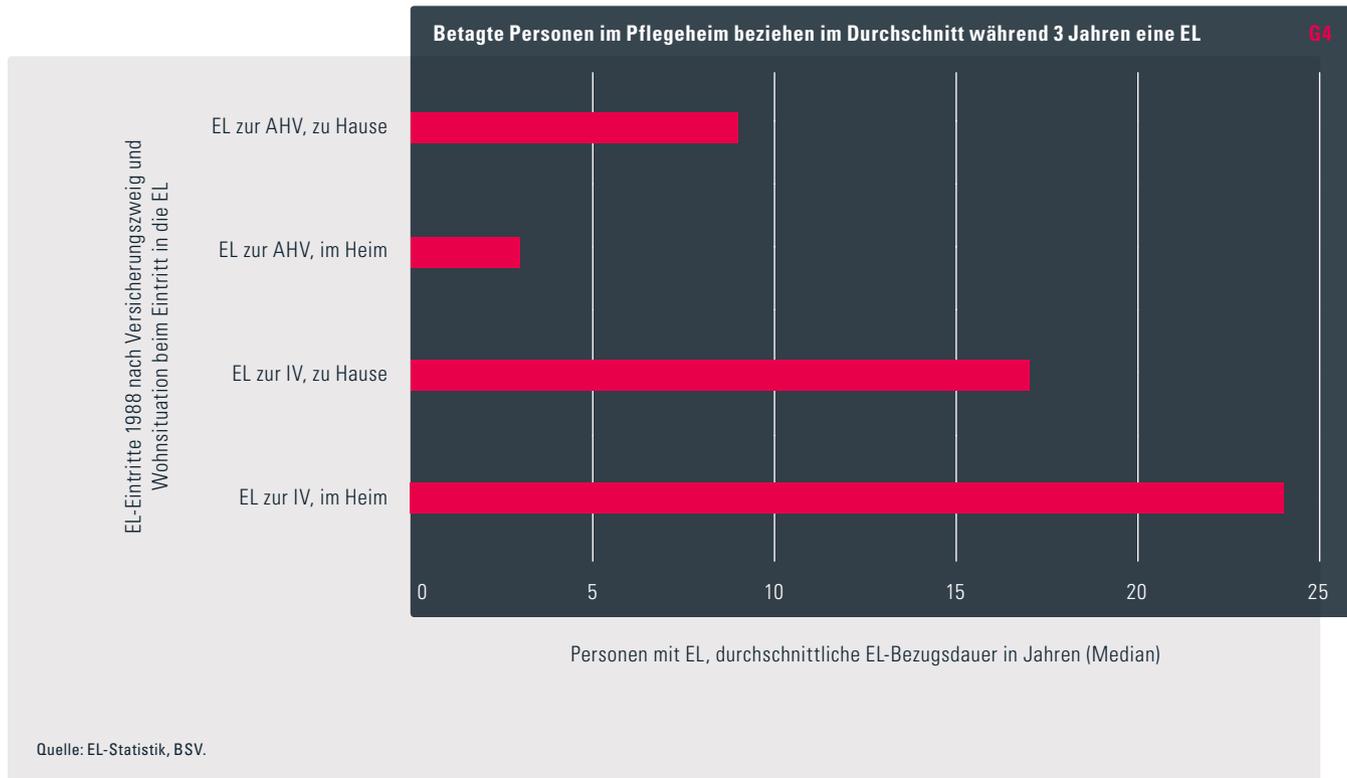
tem führt. Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den oben erwähnten Gruppen. Von den EL-Berechtigten aus der IV, welche im eigenen Haushalt leben, verlassen 80 Prozent das EL-System durch Tod. Die übrigen Gründe sind nicht im Detail bekannt. In den meisten Fällen dürften es Änderungen der finanziellen Situation sein, welche einen Wegfall der EL-Berechtigung bewirken. So kann sich einerseits die Einkommenssituation verbessern, andererseits können sich die Ausgaben verringern. Einige IV-Beziehende finden wieder zurück in den Arbeitsmarkt und sind nicht mehr auf IV-Leistungen angewiesen und haben damit auch keinen Anspruch auf EL mehr.

4,8 MILLIARDEN FRANKEN EL-AUSGABEN Die Ausgaben für die EL beliefen sich 2015 auf 4,8 Milliarden Franken und nahmen im Vergleich zum Vorjahr um 2,2 Prozent zu. Dieses Wachstum liegt deutlich unter dem Durchschnitt der Jahre nach 2008, als die letzte EL-Revision in Kraft trat. Das gebremste Wachstum lässt sich vor allem durch die Entwick-

lung bei den EL zur IV erklären; seit neun Jahren legt dieser Versicherungszweig weniger stark zu als die EL zur AHV. Im Vergleich zur gesamten Rentensumme der IV³ machen die EL zur IV 45,7 Prozent aus. Zehn Jahre zuvor ist der Anteil halb so gross gewesen. Wesentlich tiefer ist dieses Verhältnis bei den EL zur AHV, wo die EL-Ausgaben nur 7,9 Prozent der AHV-Rentensumme ausmachen. Dieser Anteil hat zuvor lange bei 6 Prozent gelegen. Die höheren Anteile sind zu einem wesentlichen Teil darauf zurückzuführen, dass 2008 die Begrenzung des EL-Betrags aufgehoben wurde.

Seit 2008 kann die Ausgabenentwicklung bei den EL unter einem zusätzlichen Aspekt betrachtet werden, indem bei den periodischen EL – das sind EL-Ausgaben ohne Krankheitskosten – zwischen Existenzsicherung und heimbedingten Kosten unterschieden wird. Was ist mit Existenzsicherung gemeint? Bei Personen zu Hause gelten die gesamten

³ Summe der IV-Renten, die an Personen ausgerichtet wird, welche in der Schweiz wohnen.



periodischen EL als Existenzsicherung. Bei Personen im Heim wird der Anteil der Existenzsicherung in einer Ausscheidungsrechnung ermittelt. Es wird berechnet, wie hoch die EL wäre, wenn die Person zu Hause statt im Heim leben würde. An die Existenzsicherung zahlt der Bund fünf Achtel. Die über die Existenzsicherung im Heim hinausgehenden Kosten – man kann diese als heimbedingte Mehrkosten bezeichnen – müssen die Kantone vollumfänglich selber finanzieren.

Knapp die Hälfte der gesamten EL-Ausgaben wird für existenzsichernde Leistungen aufgewendet. Diese Summe ist seit 2008 durchschnittlich um 3,2 Prozent jährlich gestiegen. Die heimbedingten Mehrkosten nahmen mit 4,1 Prozent etwas stärker zu. Allerdings ermöglicht diese Wachstumsrate nur bedingte Aussagen zur Entwicklung der Heimkosten insgesamt. Denn im Jahr 2011 haben viele Kantone die Finanzierung der anfallenden Heimkosten grundlegend umstrukturiert und zum Teil aus den EL ausgelagert. Am stärksten stiegen mit 5,8 Prozent die Krankheitskosten, wel-

che im Rahmen der EL vergütet werden. Ihr Anteil an den gesamten EL-Ausgaben beträgt aber nur ein Zehntel. ■



Urs Portmann

Dr. phil., wissenschaftlicher Experte, Bereich Mathematik; Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards; BSV.
urs.portmann@bsv.admin.ch



Jeannine Röthlin

Dipl. Math. ETH, Mathematikerin, Bereich Mathematik; Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik und Standards; BSV.
jeannine.roethlin@bsv.admin.ch

SOZIALPOLITIK

Nicht monetäre Unterstützung Armutsbetroffener im Wohnen

Marie Glaser,
Eveline Althaus,
Michaela Schmidt; ETH Zürich

Vierorts übersteigt die Nachfrage nach günstigem Wohnraum das Angebot. Sie ist so hoch, dass Armutsbetroffene und -gefährdete kaum angemessenen Wohnraum finden. Die nicht monetäre Unterstützung Betroffener erleichtert den Zugang zu günstigem Wohnraum und sichert ihre gesellschaftliche Teilhabe.

Wohnen ist ein existenzielles menschliches Bedürfnis. Eine Wohnung, einen eigenen Raum zu haben, ist wesentlich, um sich geschützt zu fühlen und sich den anspruchsvollen Herausforderungen des Alltags stellen zu können. Eine sichere und angemessene Wohnsituation ist grundlegend sowohl für das alltägliche Wohlbefinden als auch für die soziale Integration und die Gestaltung von Sozialkontakten. Die Wohnversorgung widerspiegelt die sozialen und kulturellen Gegebenheiten einer Gesellschaft (Glaser 2009, S. 62; Gysi 2009, S. 10–23). Im Wohnen verdeutlichen sich die unterschiedlichen Lebensstile und Gruppenzugehörigkeiten. Folglich zeigen sich dabei auch soziale Ungleichheiten sowie Diskriminierungs- und Segregationsprozesse. Viele armutsbetroffene und -gefährdete Menschen leben in prekären Wohnverhältnissen (Bochsler et al. 2015; Bieri/Elmiger 2013, S. 6–9).

Günstiger Wohnraum wird in der Schweiz vor allem im urbanen Raum und in Gebieten mit stark angespanntem Wohnungsmarkt immer knapper.¹ Gestiegene Wohnansprüche und veränderte Anforderungen an Bauprojekte führen oft zu erhöhten Baukosten bei Sanierungen oder Neubauten und lassen die Mietzinsen ansteigen. Investoren entwickeln neue Wohnprojekte im hohen Preissegment. Städtisches Wohnen wird immer attraktiver. Gleichzeitig erweitert

¹ Die Leerwohnungsziffer in der Schweiz hat sich zwar 2014 gegenüber den Vorjahren leicht entspannt, beträgt aber nach wie vor durchschnittlich nur 1,08 Prozent. Dabei sind starke regionale Unterschiede auszumachen: Während die Leerwohnungsziffer im Kanton Jura etwa bei 2,25 Prozent liegt, stehen im Kanton Basel-Stadt nur 0,23 Prozent der Wohnungen leer, im Kanton Genf sind es 0,39 Prozent und in der Stadt Zürich 0,22 Prozent. Zugenommen hat dabei vor allem die Anzahl unbewohnter Neubauwohnungen, BFS (Juli 2014).

sich als Folge bewusster Stadtentwicklungsstrategien und des Marktes der Graben, der die Haushaltstypen mit unterschiedlicher Finanzkraft trennt (Sfar 2014, S. 152–167). So treten Verdrängungseffekte zutage. Wenn Sanierungs- und (Ersatz-)Neubauprojekten kein dezidiert sozialverträgliches Programm zugrunde liegt, sind die Mieten für Menschen mit geringem Einkommen meist nicht erschwinglich.

Auf dem freien Wohnungsmarkt sind günstige Wohnangebote meist so stark nachgefragt, dass gerade armutsbetroffene und -gefährdete Menschen sehr geringe Chancen haben, angemessenen Wohnraum zu finden. Gerade wenn sie neben ihrer sehr eingeschränkten finanziellen Situation mit weiteren Benachteiligungen auf dem Wohnungsmarkt konfrontiert sind, wird die Wohnungssuche zu einer oft unüberwindbaren Hürde. Besonders schwer haben es Migrantinnen und Migranten, die wegen ihres Namens, ihrer Hautfarbe oder ihres Aufenthaltsstatus Diskriminierungserfahrungen machen, Betagte oder Behinderte mit geringer Rente, Menschen in komplexen gesundheitlichen, psychosozialen und finanziellen Belastungssituationen, aber auch Menschen, die mit einer Suchterkrankung konfrontiert sind oder nach einem Aufenthalt in stationären Einrichtungen oder dem geschlossenen Strafvollzug in der Gesellschaft wieder neu Fuss fassen. Nicht monetäre Angebote leisten hier einen entscheidenden Beitrag, diesen Menschen den Zugang zu günstigem Wohnraum zu erleichtern und damit ihre Teilhabe an der Gesellschaft zu sichern.

Nicht monetäre
Unterstützung
im Wohnen sichert
die soziale Teilhabe.

Die aktuelle Angebotslandschaft in der Schweiz ähnelt einem unregelmässigen Flickwerk: Die Unterstützung armutsbetroffener und -gefährdeter Menschen in Wohnfragen ist kommunal sehr unterschiedlich geregelt. Während gewisse Gemeinden spezialisierte Beratungs- und Unter-

stützungsstellen eingerichtet haben, sind solche in anderen Gemeinden nur teilweise vorhanden oder inexistent.

Die in der Studie untersuchten nicht monetären Dienstleistungen tragen zur nachhaltigen Vermittlung und Sicherung von angemessenem Wohnraum für armutsbetroffene und -gefährdete Menschen bei. Dazu zählen die Unterstützung bei der Wohnungssuche, präventive Massnahmen zur Vermeidung von Kündigungen und Zwangsräumungen (Wohnraumsicherung) sowie Angebote des betreuten und begleiteten Wohnens. Die Angebote haben das Potenzial, armutsbetroffene und -gefährdete Menschen unmittelbar und individuell angepasst auf ihre jeweilige Problem- und Wohnsituation zu unterstützen. Deshalb stellen sie eine wichtige Ergänzung zu politisch-strategischen, strukturellen Instrumenten der Förderung von günstigem Wohnraum dar (wie raumplanerische Interventionen, wohnpolitische Vorstösse und Gesetze oder monetäre Subjekt- und Objekt-hilfen).

Es kann zwischen staatlichen und nicht staatlichen Anbietern von Dienstleistungen unterschieden werden. Städtische Sozialämter und Sozialdienste bieten neben der gesetzlich verpflichteten Obdachlosenhilfe (Bereitstellung von Notunterkünften) teils auch Unterstützung bei der Wohnungssuche oder gegen drohenden Wohnungsverlust an und sie helfen Sozialhilfebeziehenden zuweilen auch bei der Stabilisierung ihrer Wohnsituation. In vielen Städten ging die Initiative für solche Dienstleistungen von privaten Vereinen oder Stiftungen aus, die ihre Aufgaben heute in der Regel im Leistungsauftrag einer oder mehrerer Gemeinden wahrnehmen. Unter beiden Trägerschaften finden sich sowohl Angebote, die rein professionell betrieben werden, als auch solche, die auf Freiwilligenarbeit basieren. Aufgrund der grossen Nachfrage erreichen die verschiedenen Angebote häufig ihre Kapazitätsgrenzen.

FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER STUDIE Die Studie des ETH Wohnforum – ETH CASE untersuchte im Auftrag des Nationalen Programms zur Prävention und Bekämpfung von Armut in der Schweiz nicht monetäre Dienstleistungen zur Unterstützung armutsbetroffener und -gefährdeter Menschen in der Wohnversorgung. Die nicht monetären Dienstleistungen wurden hinsichtlich dreier Dimensionen analysiert. Erstens interessierte ihre Ausrich-

tung und Organisation, zweitens ihre Zielgruppen und die Problemmuster der Klientinnen und Klienten und drittens die Kooperation mit Vermietern sowie mit Akteuren aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich. Hierzu wurde eine exemplarische Auswahl von zehn staatlichen und nicht staatlichen Anbietern untersucht:

- Casanostra, Biel/Bienne
- IG Wohnen, Basel
- Fondation Apollo, Vevey
- Stiftung Domicil, Zürich
- Pilotprojekt Wohnhilfe Schlieren
- Verein Wohnenbern
- Unité logement, Service social, Ville de Lausanne
- Geschäftsbereich Wohnen und Obdach, Soziale Einrichtungen und Betriebe, Sozialdepartement, Stadt Zürich
- Pilotprojekt Wohncoaching, Soziale Dienste, Stadt Luzern
- Servizio di Accompagnamento Sociale (SAS), Città di Lugano

Die Studie verglich, systematisierte und analysierte das Angebot und identifizierte sein Potenzial wie auch die grössten Herausforderungen. Dazu benannte sie erste erfolgversprechende Handlungsansätze.

METHODISCHES VORGEHEN Neben einer systematischen Dokumentenanalyse wurden qualitative (Gruppen-)Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Befragt wurden Stellenleitende und Mitarbeitende der zehn ausgewählten Anbieter, deren armutsbetroffene oder -gefährdete Klientinnen und Klienten sowie Vermieter (private Eigentümer sowie Vertreter von Immobilienverwaltungen und Wohnbaugenossenschaften). Ausserdem wurde eine Fokusgruppe mit Vertretern der Immobilienbranche, politischer Verbände und NGOs aus verschiedenen (Sprach-)regionen der Schweiz organisiert. Zur Vernetzung aller Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und zur Festigung der Ergebnisse wurde schliesslich ein gemeinsamer Validierungsworkshop durchgeführt.

DREI TYPISCHE ANGEBOTSPROFILE NICHT MONETÄRER DIENSTLEISTUNGEN Mit der systematischen Prüfung des Angebots liessen sich drei typische Angebotsprofile herausfiltern:

- Beratung und Unterstützung bei der Wohnungssuche bzw. bei Wohnfragen
- Wohnungsvermittlung und Wohnraumsicherung
- Begleitung und Betreuung in eigenen oder angemieteten Liegenschaften

Je nach Ausrichtung erstreckt sich das spezifische Angebotspektrum eines Akteurs in der Praxis über ein, zwei oder gar alle drei Profile.

BERATUNG UND UNTERSTÜTZUNG BEI DER WOHNUNGSSUCHE BZW. BEI WOHNFRAGEN

Die Angebote in Profil 1 bieten armutsbetroffenen und -gefährdeten Menschen, die eine Wohnung suchen oder in bestehenden Mietverhältnissen Probleme haben, eine erste niederschwellige Unterstützung. Die meist kostenlosen Dienstleistungen – in der Regel entweder individuelle Beratungen oder öffentliche Informationsveranstaltungen – stehen gemeinhin allen Interessierten offen und bauen auch auf die Selbstverantwortung der Klientinnen und Klienten. Eine der wesentlichen Aufgaben solcher Angebote ist es, Vermieter davon zu überzeugen, Armutsbetroffene oder -gefährdete bei der Wohnungsvergabe zu berücksichtigen.

In diesem Angebotssegment finden sich auch Projekte von Freiwilligen, welche die Wohnungssuchenden beispielsweise bei der Zusammenstellung eines überzeugenden Bewerbungsdossiers oder im Umgang mit Verwaltungen beraten. Angebote professioneller Fachpersonen umfassen demgegenüber auch die direkte Vermittlung von Wohnungen (vgl. Profil 2).

WOHNUNGSVERMITTLUNG UND WOHNRAUMSICHERUNG

Im Angebotsprofil 2 finden sich ausschliesslich professionell tätige Anbieter. Der Schwerpunkt liegt hier auf Dienstleistungen, die armutsbetroffenen und -gefährdeten Menschen zum einen eine Wohnung vermitteln und sie zum anderen vor allem auch dabei unterstützen, diese langfristig zu halten. Im Rahmen der Wohnraumsicherung beraten und begleiten sozialarbeiterisch geschulte Fachpersonen ihre Klientinnen und Klienten zu Hause. Während solcher Wohnbegleitungen vermitteln sie insbesondere auch bei Problemen mit Vermietern und Hauswarten oder bei nachbarschaftlichen Konflikten, die zu einer Wohnungskündigung

führen könnten. Diese nicht monetären Dienstleistungen gehen in der Regel mit finanziellen Garantien einher, die gewährleisten, dass der Mietzins regelmässig bezahlt wird und keine zusätzlichen Kosten anfallen (u. a. über Instrumente wie die Solidarhaftung oder eine zeitlich befristete Übernahme des Mietvertrags). Die nicht monetären Dienstleistungen in diesem Profil leisten ausserdem einen Beitrag zur ressourcenorientierten sozialräumlichen Wohnintegration vor Ort (etwa über das Stärken von Nachbarschaftsnetzen, Mediation bei Nachbarschaftskonflikten etc.).

Die Wohnungsvermittlung und Wohnraumsicherung richten sich insbesondere an Menschen mit sozioökonomischen, gesundheitlichen und psychischen Belastungen und/oder einem Migrationshintergrund. Die Betroffenen müssen gewisse Kriterien erfüllen, die eine nachhaltige Wohnungsvermittlung sinnvoll erscheinen lassen. Dazu gehören eine Aufenthaltsbewilligung sowie psychosoziale Stabilität und Kompetenzen zum selbstständigen Wohnen. Verschiedene Anbieter setzen auch grundlegende Kenntnisse der Landes-(teil-)Sprache von mindestens einer erwachsenen Person eines Haushalts voraus. Werden ebenfalls finanzielle Garantien angeboten, erhöht sich das Risiko für die Anbieter und die Aufnahmepraxis wird selektiver, sodass beispielsweise Menschen, die auf Sozialhilfe verzichten und von einem Einkommen unter dem Existenzminimum leben, oder Menschen mit hohen Schulden oder Beteiligungen sich für solche Angebote nicht qualifizieren können.

Um erfolgreich vor allem in diesem Angebotsprofil zu arbeiten, bedarf es einer gezielten und langfristigen Netzwerk- und Überzeugungsarbeit mit Vermietenden. Gerade die Überzeugung und Gewinnung der Eigentümerinnen und Eigentümer sind dabei eminent wichtig, da letztlich diese über die Vermietung ihrer Liegenschaften entscheiden. Die gezielte Kontaktpflege mit lokalen Akteuren der Immobilienbranche ist dabei die wichtigste Grundlage für die notwendige Sensibilisierung gegenüber Wohnungsfragen Armutsbetroffener.

BEGLEITUNG UND BETREUUNG IN EIGENEN ODER ANGEMietetEN LIEGENSCHAFTEN Nicht monetäre Dienstleistungen im Profil 3 werden im Auftrag eines Gemeinwesens als Präventionsmassnahmen gegen bzw. als Hilfe bei Obdachlosigkeit angeboten. Das Angebot umfasst Notunterkünfte und -wohnungen, (teil-)betreute Wohn-

angebote sowie individuelle Wohnbegleitungen. Sie werden entweder von Abteilungen städtischer Sozialdienste oder privaten Vereinen betrieben. Die Begleitung in eigenen oder angemieteten Liegenschaften richtet sich explizit an armutsbetroffene und -gefährdete Menschen, die sich in komplexen Problemlagen befinden und gesellschaftlich besonders marginalisiert sind (wie Menschen mit Suchtmittelabhängigkeiten, gesundheitlichen und/oder psychosozialen Schwierigkeiten). Für die Bereitstellung adäquater Angebote stellen insbesondere die jüngsten Veränderungen in der Psychiatriclandschaft (Reduzierung von stationären Einrichtungen, Privatisierungen) eine besondere Herausforderung dar.

Die Wohnbegleitung in angemieteten Wohnungen oder Liegenschaften bedingt einen regelmässigen Austausch mit den Bewirtschaftern und Hauswarten. Wohnraum kann längerfristig gesichert werden, wenn Problemen bewusst vorgebeugt und bei auftretenden Krisen schnell und angemessen reagiert wird. Die Kooperation mit weiteren Akteuren des Sozial- und Gesundheitsnetzes ist beim begleiteten und betreuten Wohnen am stärksten institutionell verankert. Eine systemische Kenntnis der Lebens- und Wohnsituation der Klienten und Klientinnen und eine gut funktionierende Vernetzung der Anbieter sind unabdingbar, um Betroffenen trotz teilweise komplexer Problemlagen das selbstständige und selbstbestimmte Wohnen zu ermöglichen. So können stationäre Behandlungen zum Teil vermieden, zumindest reduziert werden.

WICHTIGSTE RESULTATE Die Erfahrungen der Anbieter zeigen, dass eine zu schnelle Ablösung aus Begleit- und Betreuungsangeboten oder lediglich der Ausbau von Temporärlösungen nicht nachhaltig sind und schliesslich zeit- und kostenintensiver geraten als langfristig orientierte Wohnangebote. Unabhängig vom Profil des Angebots zeigt sich, dass das Funktionieren sowie die Organisation und Bereitstellung nicht monetärer Dienstleistungen im Bereich Wohnen insbesondere von den Vermietenden, dem Wohnungsmarkt und den Gemeinden abhängig sind.

DIE ROLLE DER VERMIETER Der Zugang für armutsbetroffene und -gefährdete Menschen zum Wohnungsmarkt wird erleichtert, wenn die Anbieter von Dienstleistungen

sich mit Akteuren aus der Immobilienbranche vernetzen und verbindlich mit ihnen zusammenarbeiten. Die Studie legt nahe, dass sich private Eigentümerinnen und Eigentümer für eine Wohnungsvermittlung in der Regel einfacher erreichen lassen; denn sie können persönlich kontaktiert und motiviert werden. Der Zugang zu grossen Immobilienverwaltungen hingegen gestaltet sich häufig schwieriger. Bei der Wohnungsvergabe folgen sie Vorgaben, die Menschen mit Schulden, Betreibungen oder negativen Referenzen aus früheren Mietverhältnissen systematisch ausschliessen. Falls Klientinnen und Klienten entsprechende Ausschlusskriterien erfüllen, ist es für die Dienstleister sehr anspruchsvoll, die Verwaltungen dennoch für die Vermietung einer Wohnung zu gewinnen. Ebenso schwierig stellt sich der Zugang zu traditionellen Wohnbaugenossenschaften dar, bei denen konservativ-bewahrende Haltungen verbreitet sind. Einfacher zu überzeugen sind progressiv orientierte Genossenschaften, die mit ihrer Belegungspraxis explizit eine soziale Durchmischung anstreben.

Um alle Vermietertypen längerfristig zur Kooperation gewinnen zu können, bedarf es einer professionellen Überzeugungs- und Vernetzungsarbeit durch die Anbieter von Angeboten der Wohnraumförderung. Strategien wie die Organisation von Informations- und Netzwerkanlässen, Kontaktpflege mit Eigentümer- und Immobilienverbänden oder die Besetzung der strategischen Organe mit Vertretern der Immobilienbranche stellen sich dabei als erfolgversprechend heraus. Desgleichen sollten die Anbieter von Dienstleistungen unkompliziert anzusprechen sein, zuverlässig und professionell arbeiten sowie vorurteilsfrei und lösungsorientiert kommunizieren. Dies wiederum setzt Kenntnisse der immobilienbranchenspezifischen Sprache voraus.

DIE BEDEUTUNG DES WOHNUNGSMARKTES Menschen, die am oder unter dem Existenzminimum leben, sind auf sehr günstigen Wohnraum angewiesen. Dieser ist gerade in angespannten Wohnungsmärkten – gemessen an einem tiefen Leerwohnungsbestand, einer geringen Neubauquote und hohen Marktwohnungsmieten – äusserst rar. Die bestehenden nicht monetären Angebote leisten einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Menschen, die auf dem Wohnungsmarkt benachteiligt sind. Die Untersuchung macht jedoch auch Versorgungslücken deutlich: Differenzierte

Dienstleistungen der Beratung, Vermittlung und Sicherung von angemessenen Wohnungen (Profil 1 und 2) finden sich längst nicht in allen Städten und Gemeinden mit angespannten Wohnungsmärkten. Und bei den bestehenden Angeboten übersteigt die Nachfrage nach Unterstützung häufig die Kapazitätsgrenzen. Die Angebote in Profil 3 sind erfahrungsgemäss auch bei entspannten Wohnungsmärkten notwendig, da sich armutsbetroffene und -gefährdete Menschen in komplexen Lebenslagen auf der Suche oder bei der Sicherung von Wohnraum immer mit Diskriminierung und Exklusion konfrontiert sehen.

Die Gemeinden sind zentrale Akteure der Wohnraumförderung.

DIE ROLLE DER GEMEINDEN Die politischen Gemeinden spielen bei der Bereitstellung und Etablierung der nicht monetären Angebote eine wesentliche Rolle. Die meisten der untersuchten Angebote gingen aus der Initiative engagierter kommunal oder regional verankerter Fachpersonen bzw. Vereinigungen hervor. Ihre Finanzierung erfolgt heute über Leistungsaufträge, an denen sich einzelne oder mehrere Gemeinden beteiligen. Auch nicht staatliche Dienstleister erhalten solche Leistungsaufträge, die im Leistungs- und finanziellen Umfang untereinander variieren können. Die lokale bzw. regionale Verankerung der Angebote wird von den befragten Experten und Expertinnen als grundsätzlich wertvoll erachtet. Allerdings wird die Ausrichtung der Angebote wesentlich vom Budget beeinflusst, das der kommunalen Sozialpolitik zur Verfügung steht. Das Budget wiederum profitiert von einer Entlastung der Gemeinden durch die Kantone im Rahmen eines kantonalen Lastenausgleichs, wobei die Kantone nur in Einzelfällen die direkte Förderung der Angebote übernehmen. In Gemeinden mit einer schmalen finanzpolitischen Strategie im Sozialbereich stellt sich die Abhängigkeit der Anbietenden von den kommunalen Finanzen denn auch als Herausforderung dar.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN Die zentralen Erkenntnisse der Studie lassen auf erfolgversprechende Unterstützungsmassnahmen für armutsbetroffene und -gefährdete Menschen im Bereich Wohnen hinweisen, die als wegweisend zu verstehen sind.

FINANZIELLE GARANTIE STÄRKEN NICHT MONETÄRE ANGEBOTE Einer nachhaltigen Zusammenarbeit besonders förderlich ist eine Kombination von nicht monetären Dienstleistungen mit monetären Anreizen. Eine grundlegende Erkenntnis der Studie ist, dass nicht monetäre Dienstleistungen die Bereitschaft, das Verständnis und die Handlungssicherheit der Vermietenden fördern; doch erst finanzielle Garantien geben ihnen die letztlich entscheidende ökonomische Sicherheit.

DIE RELEVANZ GEMEINDEÜBERGREIFENDER ANGEBOTE Um die Lücken im Angebot an nicht monetären Dienstleistungen im Wohnbereich zu schliessen, ist der Aufbau bzw. die Ausweitung von gemeindeübergreifenden, regionalen Angeboten sinnvoll und wichtig. Allerdings befürchten insbesondere Gemeinden in Kantonen ohne bzw. mit schwachem Soziallastenausgleich, dass die Sozialhilfekosten dadurch zunehmen. Demgegenüber versprechen sich einige der befragten Experten und Expertinnen u. a. einen Beitrag an eine Reduktion von Fürsorge- und Gesundheitskosten. Ungeachtet dieser unterschiedlichen Einschätzungen weisen die Studienergebnisse darauf hin, dass die Wohnungsvermittlung und Wohnraumsicherung zugunsten armutsbetroffener und -gefährdeter Menschen v. a. dann langfristig und nachhaltig wirkt, wenn sie im Rahmen einer (über-)regional oder kantonal koordinierten, flächendeckenden Gesamtstrategie erfolgt. ■

LITERATUR

Althaus, Eveline; Schmidt, Michaela; Glaser, Marie (2016): *Nicht-monetäre Dienstleistungen im Bereich Wohnen für armutsbetroffene und -gefährdete Menschen. Eine Untersuchung von staatlichen und nicht-staatlichen Angeboten*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht 2/16: www.goo.gl/bd5KPe (BSV).

BFS (2015): Leerwohnungszählung vom 1. Juni 2014 (www.statistik.ch > 09 – Bau- und Wohnungswesen > *Bau- und Wohnungswesen 2013*); www.goo.gl/G9nWEW.

Bochsler, Yann; Ehrler, Franziska; Gasser, Nadja; Kehrli, Christin; Knöpfel, Carlo; Salzgeber, Renate (2015): *Wohnversorgung in der Schweiz. Bestandsaufnahme über Haushalte von Menschen in Armut und in prekären Lebenslagen*; Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht 15/15: www.goo.gl/bd5KPe (BSV).

Sfar, Doris (2014): «Eine zukunftsgerichtete Wohnraumpolitik für eine Zehn-Millionen-Schweiz», in *Caritas Sozialalmanach 2014. Schwerpunkt: Unter einem Dach*. Luzern: Caritas, S. 152–167.

Bieri, Cordula; Elmiger, Max (2013): «Prekäre Wohnverhältnisse und ihre gesellschaftlichen Folgen», in: Caritas Zürich (Hg.); *Zu wenig Wohnung!*, Zürich: Caritas, S. 6–9.

Glaser, Marie Antoinette (2009): «Wohnen im Wandel», in: Eberle, Dietmar; Glaser, Marie Antoinette (Hg.); *Wohnen – im Wechselspiel zwischen öffentlich und privat*. Zürich: Niggli, S. 60–66.

Gysi, Susanne (2009): «Zwischen «Lifestyle» und Wohnbedarf. Was der Mensch zum Wohnen braucht», in: Eberle, Dietmar; Glaser, Marie Antoinette (Hg.); *Wohnen – im Wechselspiel zwischen öffentlich und privat*. Zürich: Niggli, S. 10–23.



Marie Glaser

Dr. phil., Projektleiterin, Leitung
ETH Wohnforum – ETH CASE.
glaser@arch.ethz.ch



Eveline Althaus

Dr. sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin
ETH Wohnforum – ETH CASE.
althaus@arch.ethz.ch



Michaela Schmidt

Dr. sc., wissenschaftliche Mitarbeiterin
am ETH Wohnforum – ETH CASE.
michaela.schmidt@arch.ethz.ch

SOZIALPOLITIK

Erfolgsfaktoren von Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration

Stefan M. Adam, Fachhochschule Nordwestschweiz

Gregorio Avilés, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana

Daniela Schmitz, Fernfachhochschule Schweiz

Die soziale und berufliche Integration schützt am nachhaltigsten vor Armut. Erstmals identifizierte eine explorative Studie die Erfolgsfaktoren aus Sicht der Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration (USBI), der Sozialwerke und den Klientinnen und Klienten.

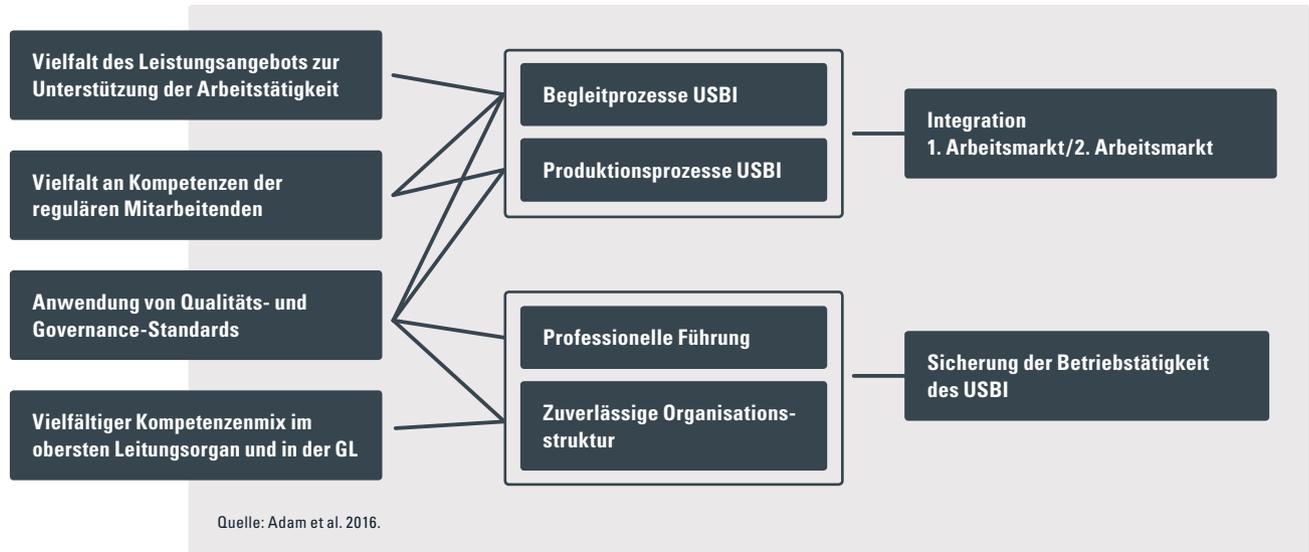
Auf den ersten Blick ist es erstaunlich, wie wenig über die Erfolgsfaktoren von USBI bekannt ist – obwohl es in der Schweiz über 400 solcher Unternehmen gibt, die rund 43 000 erwerbslosen Menschen marktnahe Arbeitstätigkeiten zur Verfügung stellen und damit einen wichtigen Beitrag zur Armutsbekämpfung leisten. Doch auf den zweiten Blick ist dieser «blinde Fleck» nachvollziehbar: USBI sind hybride Organisationen (Glänzel/Schmitz 2012). Sie bewegen sich zwischen sozialen Zielsetzungen im Rahmen eines staatlichen Leistungsauftrags einerseits (z. B. Integration in den Arbeitsmarkt, soziale Integration, Verbesserung der Arbeitsmarktfähigkeit durch unterstützende Aus- und Weiterbildung) und marktwirtschaftlichen Prinzipien andererseits (Kosten-, Termin-, Auftragsdruck, Qualitätsansprüche). Mit anderen Worten: USBI müssen zwei nahezu entgegengesetzte Logiken in sich vereinigen.

USBI als hybride Organisationen und deren Erfolgsfaktoren können mit bisherigen Forschungsansätzen nur unzureichend beschrieben werden. Die betriebswirtschaftlich orientierte Erfolgsfaktorenforschung konzentriert sich auf unternehmensbezogene, primär monetäre Erfolgsfaktoren und vernachlässigt die sozialen Zielsetzungen. Sozialwissenschaftliche Ansätze hingegen fokussieren auf soziale Ziele und Wirkungen, lassen aber die unternehmensbezogenen Aspekte ausser Acht. Damit wird deutlich: Die Forschung zu hybriden Unternehmen und insbesondere zu deren Erfolgsfaktoren steht erst am Anfang.

ZIELSETZUNGEN Im Auftrag des Nationalen Programms gegen Armut ging eine interdisziplinäre Forschungsgruppe die skizzierte Forschungslücke mit drei Hauptzielsetzungen an:

Ausgewählte strategische und organisatorische Erfolgsfaktoren

G1



- Identifikation von Erfolgsfaktoren der sozialen und beruflichen Integration durch USBI aus eigener Sicht sowie in der Wahrnehmung der Sozialwerke und der Klientinnen und Klienten;
- Darstellung der identifizierten Erfolgsfaktoren in ihrem Zusammenwirken;
- Identifikation von Schlüsselfaktoren im Einfluss- und Steuerungsbereich von USBI.

METHODE Um die Erfolgsfaktoren einer sozialen und beruflichen Integration identifizieren zu können, wurden über diverse Befragungen der drei Hauptakteure zunächst verschiedene Indikatoren erhoben, die sich dazu eignen, den Erfolg der USBI zu messen. Darunter fallen für Letztere beispielsweise die Anzahl erfolgreicher Integrationen in den Arbeitsmarkt oder die betriebliche Rentabilität. Bei den Klientinnen und Klienten sind es positive Veränderungen der finanziellen, sozialen oder beruflichen Situation.

Die Erfolgs- und Schlüsselfaktoren aus Sicht der USBI wurden mit Anlehnung an die betriebswirtschaftliche Erfolgsfaktorenforschung deskriptiv-quantitativ ermittelt. Es wurden insgesamt 18 USBI, zehn aus der Deutschschweiz und je vier aus der Westschweiz und dem Tessin mittels Onlinefragebogen befragt und sowohl deren strategische

und organisatorische Modelle als auch deren Finanzierung analysiert. Die Auswahl der USBI erfolgte entlang bestimmter Kriterien wie Sprachregion, Zielgruppe, Grösse, Volumen des Markterlöses und Rechtsform.

Zur Ermittlung der Erfolgs- und Schlüsselfaktoren aus Sicht der Sozialwerke wurden, verteilt über die Deutschschweiz, die Westschweiz und das Tessin, vier Leiterinnen und Leiter von kantonalen Stellen der Arbeitslosenversicherung (ALV) sowie drei Vertreter und Vertreterinnen der Invalidenversicherung (IV) und fünf der Sozialhilfe (SH) befragt.

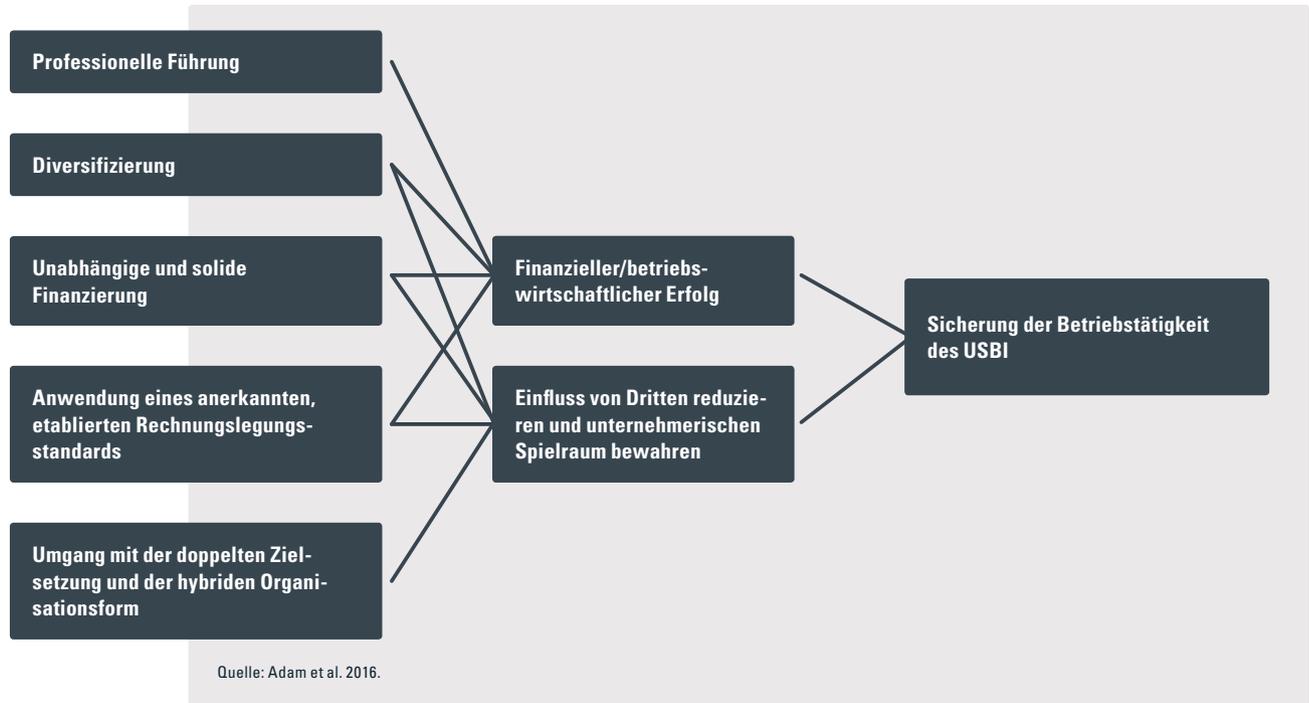
Zur Analyse der Klientenperspektive wurden in rund zehn USBI 27 Personen interviewt (16 in der Deutschschweiz, sieben in der Westschweiz und vier im Tessin). In 13 Fällen wurden die Betroffenen von der Sozialhilfe unterstützt; neun waren der ALV zuzuordnen, fünf bezogen Leistungen der IV.

ERGEBNISSE

ERFOLGS- UND SCHLÜSSELFAKTOREN AUS SICHT DER USBI Aus der Analyse der strategischen und organisatorischen Modelle der untersuchten USBI liessen sich zahlreiche Erfolgsfaktoren ableiten (vgl. Grafik G1), die zum Gesamterfolg eines USBI im Sinne eines besseren Integrationserfolgs und der Sicherung der Betriebstätigkeit beitragen.

Ausgewählte finanzbezogene Erfolgsfaktoren

G2



Das Kompetenzportfolio der regulären Mitarbeitenden ist nach Einschätzung der in der Studie befragten USBI der wichtigste Erfolgsfaktor auf strategischer und organisatorischer Ebene. Denn nur mit einem angemessenen, breiten Spektrum an Kompetenzen kann der wachsenden Heterogenität und Komplexität der Klientenbedürfnisse und dem dadurch verursachten Mehrbedarf an individueller Begleitung Rechnung getragen werden. Eine solche Kompetenzvielfalt – zusammen mit einem vielfältigen Leistungsangebot – fördert aber nicht bloss die Begleitprozesse, sondern auch die Produktionsprozesse von USBI, die dadurch einen höheren Grad an Qualität, Effizienz und Effektivität erreichen können.

Ein ausgewogener Kompetenzenmix auch im obersten Leitungsorgan und in der Geschäftsleitung trägt wesentlich zu einer professionellen Führung bei und unterstützt die Entscheidungsträger darin, die richtigen strategischen Entscheide zum richtigen Zeitpunkt zu treffen.

Schliesslich ist auch die Orientierung an Qualitätsmanagement- und Corporate-Governance-Standards in ver-

schiedener Hinsicht erfolgsentscheidend. Einerseits leistet die Befolgung von Qualitätsmanagement-Standards einen wichtigen Beitrag an eine optimale Gestaltung der Begleit- und Produktionsprozesse und eine wirkungsvollere Unterstützung der Klientinnen und Klienten. Andererseits tragen Qualitäts- und Corporate-Governance-Standards zur Gewährleistung einer professionellen Führung und einer optimalen Organisationsstruktur der USBI bei. In diesem Sinne sind sie kurzfristig für eine konforme Abwicklung des Alltagsgeschäfts und mittelfristig zur Sicherung der Betriebstätigkeit unabdingbar.

Wichtig für den finanziellen Erfolg von USBI sind eine professionelle Führung, d. h. beispielsweise der gezielte Einsatz von Managementmethoden und Führungsstrukturen, eine unternehmerische Ausrichtung sowie entlohnte reguläre Mitarbeitende mit fachspezifischen Qualifikationen (vgl. Grafik G2). Ein gutes Finanzmanagement beinhaltet darüber hinaus u. a. ein organisationsinternes Finanzwesen, ein Controlling und Kennzahlensystem sowie eine regelmässige Berichterstattung. Als zentral zeigt sich der Erfolgsfaktor

der Diversifizierung. Erfolgversprechend ist v. a. die Fähigkeit einer USBI, ihr Tätigkeitsgebiet und ihre Klientengruppen, aber auch ihre Finanzierungsquellen (d. h. einerseits die zuweisenden Stellen, andererseits neben öffentlichen Beiträgen ebenso Markterlöse und Spenden) angemessen zu diversifizieren. Dabei zeigt die Studie sehr deutlich, dass die Diversifizierung der USBI nicht nur für ihren finanziellen, sondern gleichermaßen für ihren sozial-integrativen Erfolg von Bedeutung ist. So schaffen es die untersuchten USBI, mit innovativen Ideen neuartige Produkte und Dienstleistungen zu entwickeln, die ihrerseits neue Tätigkeitsgebiete für die Klientinnen und Klienten darstellen, das Matching verbessern und zusätzliche bzw. neue Finanzierungsquellen erschliessen können. Das erfolgreiche Zusammenspiel der beschriebenen finanzbezogenen Erfolgsfaktoren erlaubt es den USBI schliesslich, ihren unternehmerischen Spielraum zu bewahren und den finanziellen Erfolg sowie letztlich ihre Betriebstätigkeit zu sichern.

ERFOLGSFAKTOREN AUS SICHT DER SOZIALWERKE Die Leiterinnen und Leiter der kantonalen IV-, SH- und ALV-Stellen identifizierten die Ausgangslage der Klientinnen und Klienten sowie die Rahmenbedingungen und die Güte der Zusammenarbeit als Schlüsselfaktoren für den Erfolg der sozialen und beruflichen Integration. So sind sich die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialwerke grundsätzlich einig, dass der Erfolg des Integrationsprozesses massgeblich von der persönlichen Motivation der Klientinnen und Klienten abhängt. Wichtig sind hierbei ein Mitspracherecht, der Einbezug in Produktionsprozesse und die Abklärung der individuellen Ressourcen und Interessen. Bei den Rahmenbedingungen steht das Auftragsverhältnis zwischen Sozialwerken und USBI im Zentrum der Erfolgsbeurteilung. Einige Gesprächspartner kritisierten die kantonalen Unterschiede im Vertragsmanagement, und auch die uneinheitliche Handhabung der Gewinn- und der Konkurrenzregelung wird beanstandet. Hier besteht erheblicher Diskussions- und Klärungsbedarf: Denn dem eingeforderten unternehmerischen Handeln steht eine steigende Anzahl gesetzlicher und administrativer Hürden gegenüber. Schliesslich wird auf die Form und Qualität der Zusammenarbeit als wichtigen Schlüsselfaktor hingewiesen. Damit sind sämtliche Konstellationen von Zusammenarbeit angesprochen – sowohl

die Zusammenarbeit zwischen Sozialwerken und USBI, der USBI untereinander oder mit Arbeitgebern im Markt – deren Gelingen insbesondere von der Bereitschaft der involvierten Personen abhängt. Die Qualität wird im Wesentlichen positiv, wenn auch verbesserungsfähig, eingeschätzt, insbesondere die Zusammenarbeit unter den USBI und zwischen USBI und Arbeitgebern im ersten Arbeitsmarkt.

ERFOLGSFAKTOREN AUS KLIENTENSICHT Motivation, die Güte der Zusammenarbeit, der Kompetenzenmix der regulären Mitarbeitenden und der Bezug zum ersten Arbeitsmarkt wurden auch aus der Klientenperspektive – insbesondere mit Blick auf den Einzelfall – thematisiert. Als motivationsfördernd erweist sich, wenn die Klientinnen und Klienten in die Zusammenarbeit zwischen USBI und Sozialwerken mitverantwortlich einbezogen werden; desgleichen wollen sie als Einzelfall und Person ernstgenommen werden. Die Arbeit in einem USBI entfaltet dann die optimale Wirkung, wenn Klientinnen und Klienten mit USBI und Sozialwerken Ziele vereinbaren können, die der konkreten Situation und der individuellen Ausgangslage angepasst sind (z. B. Dauer, Beschäftigungsgrad). Zudem kann die Arbeit im USBI nur dann optimal wirken, wenn die Klientinnen und Klienten über alle Entscheidungen, die sie betreffen, transparent informiert werden. Auch entscheidend ist die Berücksichtigung bestehender physischer, psychischer, qualifikationsbezogener oder sozialer Einschränkungen der Klientinnen und Klienten, ohne diese darauf zu reduzieren. Nur so können die vorhandene Arbeitsfähigkeit erhalten und das Arbeitsmarktpotenzial gefördert werden. Des Weiteren zeigt sich, dass eine ausgewogene Kombination von Elementen des ersten Arbeitsmarktes (z. B. Termindruck) und Elementen sozialer Settings (z. B. Förderprozesse) die soziale Anerkennung fördern und Wertschätzung sowie das Gefühl des Gebrauchtwerdens erfahrbar machen. Zudem verstärkt sich die soziale Vernetzung, sinken allfällige Suchtrisiken, eröffnen sich neue berufliche Perspektiven und es verbessert sich die materielle Situation. Darüber hinaus wird die berufliche und persönliche Qualifizierung der Betroffenen gestärkt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN Basierend auf den Studienergebnissen lassen sich folgende Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten geben:

PROFESSIONELLE BETRIEBSWIRTSCHAFTLICHE UNTERNEHMENSFÜHRUNG DER USBI Eine professionelle betriebswirtschaftliche Führung der USBI ist unabdingbar. Diese kann mitunter mit einfachen Massnahmen erreicht werden, z. B. mit einem Kennzahlcockpit für die betriebsinterne Steuerung, das sich auf vorhandene interne Daten stützt und somit keinen zusätzlichen administrativen Aufwand für die USBI erzeugt. Darüber hinaus wird eine einheitliche Rechnungslegung (z. B. Swiss GAAP FER 21) empfohlen, die eine hohe Transparenz und Vergleichbarkeit erzeugt und zu einer guten Aussenwirkung beiträgt (Zöbeli/Schmitz 2015, S. 20).

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE UND EINHEITLICHE LEISTUNGSVEREINBARUNGEN ZWISCHEN USBI UND DEN SOZIALWERKEN Oftmals bestehen unklare bis keine Leistungsvereinbarungen zwischen USBI und den Sozialwerken. Bestehende Leistungsvereinbarungen werden der doppelten Zielsetzung der USBI oft nicht gerecht. Zudem zeigen sich unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Verwendung allfälliger finanzieller Überschüsse. Entsprechend werden zielgruppenspezifische, klare und einheitliche Leistungsvereinbarungen empfohlen. Zu beachten ist dabei ein ausgewogener Grad zwischen klaren Leistungsvereinbarungen und einem gleichzeitig effektiven Tool für USBI zur Kontrolle der Zielerreichung.

ENTWICKLUNG VON INSTRUMENTEN ZUR STEUERUNG VON UNTERNEHMENS- UND KLIENTENBEZOGENEN ERFOLGSFAKTOREN Die Studie zeigt, dass unternehmensbezogene und klientenbezogene Erfolgsfaktoren miteinander verzahnt sein müssen, um eine armutspräventive Wirkung zu erzielen. Es besteht aber im Hinblick auf diesen Sachverhalt ein «Instrumentendefizit» für hybride Unternehmensformen wie sie USBI darstellen. Um sowohl Rentabilität zu gewährleisten als auch die sozialen Zielsetzungen wie einen wertschätzenden Umgang mit den Klienten und Klientinnen und deren soziale und berufliche Befähigung/Stärkung zu erreichen, bedarf es einer systematischen Leistungs- und Wirkungsüberprüfung, die der hybriden Unternehmensform der USBI gerecht wird.

Im Rahmen der vorgestellten Studie liessen sich erstmals Erfolgsfaktoren für USBI identifizieren. Damit konnte ein

wichtiger Beitrag an die Erforschung und Praxis hybrider Organisationen geleistet werden. Eine besondere Erkenntnis dabei ist, wie eng und unmittelbar bestimmte Erfolgsfaktoren aufeinander bezogen sind und wie diese sowohl zum unternehmerischen Erfolg als auch zum Integrationserfolg beitragen. Mit der Studie ist es schliesslich gelungen, den Leistungsfinanzierern (IV, ALV, SH) und den Leistungsträgern (USBI) eine Grundlage für zukünftige Diskussionen hinsichtlich des Potenzials von USBI in ihrer Bedeutung für die Armutsbekämpfung und -prävention zur Verfügung zu stellen.

LITERATUR

Adam, Stefan; Amstutz, Jeremias; Cavedon, Enrico; Wüthrich, Bernadette; Schmitz, Daniela; Zöbeli Daniel; Avilés, Gregorio; Crivelli, Luca; Ferrari, Domenico; Gafner, Anja; Greppi, Spartaco; Lucchini, Andrea; Pozzi, Davide (2016): *Explorative Studie zu den Erfolgsfaktoren von Unternehmen der sozialen und beruflichen Integration*; [Bern: BSV]. Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 4/16: www.goo.gl/bd5KPe (BSV).

Zöbeli, Daniel; Schmitz, Daniela (2015): *Rechnungslegung für Nonprofit-Organisationen – Ein praktischer Kommentar zum neuen Swiss GAAP FER 21; 2., überarbeitete und umfassend ergänzte Auflage*; Zürich: Orell Füssli Verlag.

Glänzel, Gunnar; Schmitz, Björn (2012): «Hybride Organisationen – Spezial- oder Regelfall?», in: Helmut K. Anheier et al. (Hg.): *Sozial Investitionen – interdisziplinäre Perspektiven*; Wiesbaden: Springer.



Stefan M. Adam

M.A., M.Sc., Prof. am Institut Beratung, Coaching und Sozialmanagement, Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW). stefan.adam@fhnw.ch



Gregorio Avilés

PhD, Dozent und Forscher, Dipartimento di Economia Aziendale, Sanità e Sociale, Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI). gregorio.aviles@supsi.ch



Daniela Schmitz

Dr. oec., Leiterin Forschungsfeld «Innovation & Accounting/Auditing», Institut für Management & Innovation, Fernfachhochschule Schweiz (FFHS). daniela.schmitz@ffhs.ch

SOZIALPOLITIK

Interkulturelles Dolmetschen in Institutionen der IIZ

Lena Emch-Fassnacht, Interpret

Institutionen der IIZ greifen bei Beratungsgesprächen kaum auf interkulturell Dolmetschende zurück. Und dies obwohl zahlreiche fachliche und wirtschaftliche Argumente für eine Zusammenarbeit sprechen.

Die interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ unterstützt die Institutionen der sozialen Sicherung, Bildung und Arbeitsmarktintegration darin, ihre Systeme und Massnahmen optimal aufeinander abzustimmen, damit die bestehenden Angebote im Interesse der unterstützten Personen wirksam und effizient genutzt werden können. Konkret geht es zum Beispiel darum, eine gemeinsame Strategie zu entwickeln, um Zugewanderte erfolgreich und nachhaltig in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Der prozentuale Anteil der fremdsprachigen Klientel in der öffentlichen Berufs- und Laufbahnberatung, der öffentlichen Arbeitsvermittlung, in kantonalen IV-Stellen sowie in Behörden der Sozialhilfe beträgt zwischen 25 und 45 Prozent. Die Bedeutung der Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe der Angebote und Leistungen ist daher nicht zu unterschätzen.

Die funktionierende gegenseitige Verständigung ist eine zentrale Grundlage für die Beratungs- und Informationsar-

Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ

In die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) sind verschiedene Institutionen der sozialen Sicherung, Bildung und Arbeitsmarktintegration in formalen und informellen Kooperationen eingebunden: von der Erarbeitung von Strategien und operativen Prozessen über die Koordination von Angeboten bis hin zur Zusammenarbeit im Einzelfall. Wichtige Akteure sind die Arbeitslosenversicherung, die Invalidenversicherung, die Sozialhilfe, die Berufsbildung und die Berufsberatung. Daran beteiligt sind auch Institutionen, die sich mit der (Wieder-)Eingliederung von Personen befassen, wie die Organe der Unfall- oder Krankentaggeldversicherung oder der Integrationsförderung von Migrantinnen und Migranten. Finanziert wird die Zusammenarbeit der IIZ-Institutionen mit Beiträgen ihrer Mitglieder. Ihre wichtigsten Partner sind die Arbeitgeber.

beit der IIZ-Institutionen. Nur so können sie ihren Auftrag zielorientiert, effizient und effektiv erfüllen. Die Unterstützung durch professionelle, speziell geschulte Dolmetschende – als Teil einer umfassenden Kultur der interkulturellen Verständigung – ist dabei entscheidend.

Die IIZ-Institutionen gehen die Verständigung mit fremdsprachigen Klientinnen und Klienten unterschiedlich an. Ihre Ansätze reichen von der Information in der Amtssprache, allenfalls mit «Händen und Füßen», über die Verständigung in einer dritten Sprache, die von beiden Gesprächspartnern gesprochen wird, oder die Übersetzungsdienste Bekannter oder Verwandter der Klientinnen und Klienten als Ad-hoc-Lösung bis hin zu professionellen interkulturell Dolmetschenden. So verschieden die Ansätze, so unterschiedlich ist auch die Qualität der Beratungs- und Informationsarbeit. Ein Umstand, der aus Sicht der IIZ-Gremien genauer zu untersuchen war. Stellvertretend für diese hat das Staatssekretariat für Migration (SEM) Interpret¹ beauftragt, die Bedeutung und den Nutzen des interkulturellen Dolmetschens in den Institutionen der IIZ zu eruieren (Emch-Fassnacht 2016).

Interkulturelles Dolmetschen

Ist die direkte Kommunikation erschwert, stellen professionelle interkulturell Dolmetschende die Verständigung zwischen Fachpersonen und Migrantinnen oder Migranten sicher. Sie dolmetschen beidseitig, vollständig und sinngenaue und garantieren die Einhaltung der Schweigepflicht und eine neutrale bzw. allparteiliche Ausübung ihrer Aufgabe. Interkulturell Dolmetschende können physisch vor Ort oder via Telefon zugeschaltet sein.

UNTERSCHIEDLICHE INSTITUTIONEN – UNTERSCHIEDLICHE PRAXIS Bei den in der Untersuchung berücksichtigten IIZ-Institutionen handelt es sich um äusserst unterschiedliche Körperschaften, sowohl bezüglich der Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten als auch bezüglich ihrer Organisationsform oder Grösse. Je nach Institution und Art ihrer Dienstleistung variiert der Einsatz des interkulturellen Dolmetschens stark. An der Studie teilgenommen haben drei RAV, zwei Institutionen der Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung, fünf Institutionen der Sozialhilfe, eine kantonale IV-Stelle, eine private Gutachterstelle sowie eine Agentur der Suva. Davon gingen vier Institutionen Pilotkooperationen² ein.

Grundsätzlich bekannt und teilweise bereits gut verankert ist die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmet-

schenden in Institutionen der Sozialhilfe und der Sozialen Dienste. Wobei die Studienergebnisse vermuten lassen, dass eine regelmässige Zusammenarbeit vor allem in grösseren, städtischen Sozialdiensten stattfindet, wie zum Beispiel in Bern und Zürich. Üblicherweise werden die Kosten für das Dolmetschen dem jeweiligen Klientenkonto unter den Situationsbedingten Leistungen (SIL) verrechnet. Die Sozialen Dienste und Behörden der Sozialhilfe greifen aber unterschiedlich oft auf diese Finanzierungsmöglichkeit zurück.

Bei der Invalidenversicherung kommt das interkulturelle Dolmetschen bei medizinischen Abklärungen und polydisziplinären Begutachtungen zur Anwendung, während es die Suva für die Betreuung von Komplexschadenfällen einsetzt. Die Finanzierung der Dolmetschkosten ist geklärt – bei der Suva über das Klientenkonto, bei privaten Gutachterstellen gemäss ihren Vereinbarungen mit dem BSV über die kantonalen IV-Stellen.

Bei Eingliederungsgesprächen auf den kantonalen IV-Stellen hingegen kommt interkulturelles Dolmetschen nur sporadisch zum Einsatz. Ebenso selten greifen regionale Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und die öffentliche Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung darauf zurück. Hier werden meist sprachgewandte Verwandte und Bekannte oder unternehmensinterne Fachleute als Ad-hoc-Dolmetscher bemüht. Die Finanzierung der professionellen Dolmetschleistungen ist grösstenteils nicht geregelt. Eine Ausnahme stellen die RAV des Kantons St.Gallen und die Fachstelle Case Management Berufsbildung des Kantons Solothurn dar, welche die Finanzierung informell geklärt haben und Kosten für interkulturelles Dolmetschen über das reguläre Budget verrechnen.

UNTERSCHIEDLICHE INSTITUTIONEN – ÄHNLICHE GESPRÄCHSSITUATIONEN Die befragten Vertreterinnen und Vertreter von IIZ-Institutionen beurteilen ein typisches Gesprächssetting für interkulturelles Dolmetschen

¹ Interpret ist die Interessengemeinschaft für interkulturelles Dolmetschen und Vermitteln (www.inter-pret.ch).

² Im Rahmen des Projekts wurden zum einen Praxisbeispiele analysiert, in welchen die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden bereits etabliert war. Zum anderen wurden sogenannte Pilotkooperationen initiiert und begleitet. Dabei erhielten Institutionen, die mit dem Angebot des interkulturellen Dolmetschens noch nicht vertraut waren, die Gelegenheit, erste Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden sammeln zu können. Die Dolmetschkosten wurden durch das Projektbudget übernommen.

sehr ähnlich. Die professionelle Dolmetschleistung erscheint ihnen insbesondere in folgenden Beratungsgesprächen sinnvoll:

- **Erst- oder Abklärungsgespräche:** Hier ist eine fundierte gegenseitige Verständigung besonders wichtig. Der Grundstein für eine gute Zusammenarbeit wird gelegt. Rechte und Pflichten werden besprochen.
- **Schwierige und komplexe (Folge-)Gespräche:** Sind mehrere Institutionen und/oder Personen aus dem privaten Umfeld der Klientin oder des Klienten involviert, ist die Gesprächsführung bei zweisprachig geführten Unterredungen besonders anspruchsvoll. Interkulturell Dolmetschende unterstützen die Beteiligten und wirken klärend.
- **Schwierige Gesprächsinhalte:** Verfahrenstechnisch anspruchsvolle Inhalte und fachspezifische Vokabulare werden durch interkulturell Dolmetschende sinngenaue übersetzt.
- **Persönliche, gesundheitliche und emotionale Gesprächsinhalte:** Interkulturell Dolmetschende gewährleisten eine unabhängige Verdolmetschung und unterstehen der Schweigepflicht.
- **Beratungsgespräche mit fremdsprachigen Eltern:** Diese Gespräche sind anspruchsvoll, weil mehrere Parteien involviert sind. Das Hinzuziehen von interkulturell Dolmetschenden verhindert insbesondere auch, dass die direkt involvierten Jugendlichen Übersetzungs- und allenfalls Vermittlungsaufgaben übernehmen müssen. Der problematische Rollen- und Positionswechsel, welcher damit einhergehen würde, kann dadurch verhindert werden.
- **Gespräche mit verbindlichen Inhalten:** Interkulturell Dolmetschende werden beigezogen, wenn das rechtliche Gehör gewährleistet werden muss.
- **Gespräche mit einem Richtungsentscheid:** Werden in Beratungsgesprächen Richtungsentscheide getroffen, welche für die Klientinnen und Klienten zukunftsweisend sind, ist eine gute Verständigung unabdingbar.

EINDEUTIGER NUTZEN UND STEIGERUNG DER BERATUNGSQUALITÄT Die befragten Fachpersonen, welche Erfahrung mit dem interkulturellen Dolmetschen haben, erkennen darin einen eindeutigen Nutzen. Zahlreiche, sowohl fachliche als auch wirtschaftliche Argumente sprechen für einen gezielten und bedarfsgerechten Einsatz von

interkulturell Dolmetschenden, dies insbesondere auch in Abgrenzung zu den in der Praxis oft eingesetzten übersetzenden Verwandten und Bekannten:

- Arbeiten Fachpersonen mit interkulturell Dolmetschenden, erfüllen sie ihren Aufklärungs-, Beratungs- und Informationsauftrag zielorientierter und effektiver. Die Kommunikation ist auch bei mehr als zwei Gesprächspartnern einfach und klar. Das Frustrationspotenzial ist kleiner, das gegenseitige Vertrauen wächst und die Zusammenarbeit gestaltet sich grundsätzlich gut.
- Die zielgerichtete und bedarfsgerechte Zusammenarbeit mit professionellen interkulturell Dolmetschenden ermöglicht eine Effizienzsteigerung in der Beratungsarbeit. Die Anzahl der Gespräche und Telefonate und auch der damit einhergehende Aufwand reduzieren sich. Es gibt weniger Missverständnisse und «Leerläufe».
- Bei interkulturell Dolmetschenden ist auf die Güte der Übersetzung Verlass: Die Vermittlung des Inhalts erfolgt auf beide Seiten vollständig, sinngenaue und möglichst wortgetreu. Professionelle Distanz und Schweigepflicht sind garantiert und dem Datenschutz wird Genüge getan. Soziokulturelle Befindlichkeiten oder Differenzen werden beachtet.

Zum Beispiel: Herr Yogeswarans Unfall

Aufgrund eines Unfalls ist Herr Yogeswaran (Pseudonym) zurzeit arbeitsunfähig. An seinen bisherigen Arbeitsplatz kann er nicht mehr zurückkehren. Bei den Beratungs- und Abklärungsgesprächen auf der IV und dem RAV wird er von seiner Tochter begleitet, welche ihn bei Verständigungsschwierigkeiten unterstützen will.

Das Erstgespräch im RAV findet vor allem zwischen der Tochter und der Beraterin statt. Aufgrund des Erstgesprächs entscheidet die Beraterin, für das Folgegespräch eine interkulturell Dolmetschende zu organisieren. Es ist ihr wichtig, dass Herr Yogeswaran auch selber zu Wort kommt und seine Anliegen, Fragen und möglichen Zukunftspläne unabhängig von seiner Tochter formulieren kann. Zudem wird die Beraterin im ersten Folgegespräch ausführlicher auf die Rechte und Pflichten sowie auf die Bedeutung der Wiedereingliederung eingehen. Diese Themen sind für die weitere Zusammenarbeit zentral und die Beraterin möchte, dass sie von Herrn Yogeswaran vollständig verstanden werden.

HINDERNDE FAKTOREN DER ZUSAMMENARBEIT Die Analyse der Praxisbeispiele und insbesondere der Pilotoperationen zeigt, dass grundsätzlich in allen Institutionen der IIZ ein Potenzial für eine gezielte Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden vorhanden ist. Dass es nicht

Handlungs- und Wirkungszyklus für die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden

G1



- weil die Verständigungsformen in ihrer Institution oder persönliche Einstellungen von Fach- und Leitungspersonen die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden behindern.

ZUSAMMENARBEIT ERMÖGLICHEN Die Kenntnis vom Nutzen und vom Bedarf des interkulturellen Dolmetschens in der IIZ, aber auch von den Hindernissen öffnen den Blick auf die Handlungs- und Wirkungsfaktoren, die einer gezielten Zusammenarbeit ihrer Institutionen mit interkulturell Dolmetschenden förderlich sind (vgl. Grafik G1).

Die Wahl des Mittels zur Verständigung ist von unterschiedlichen Faktoren und Vorgaben abhängig. Entscheidend ist jedoch in jeder Hinsicht, dass die Vertreterinnen und Vertreter der IIZ-Institutionen die unterschiedlichen Instrumente einer adäquaten Verständigung, deren Vor- und Nachteile, typische Gesprächssituationen sowie den erwarteten Nutzen, welcher sich aus ihrer Wahl ergibt, kennen (1). Nur mit diesem Vorwissen kann eine Institution ihren tatsächlichen Verständigungsbedarf feststellen. Sobald der Grundsatzentscheid gefallen ist, bei Bedarf interkulturell Dolmetschende zuzuziehen, sind der Bestellprozess, die Zuständigkeiten und die Koordination mit der regionalen Vermittlungsstelle für interkulturelles Dolmetschen festzulegen (2). Nur klar geregelte und effiziente Abläufe vermögen die Fachpersonen vom Nutzen einer Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden zu überzeugen.

Ziehen Fachpersonen regelmässig interkulturell Dolmetschende bei, entwickeln sie die notwendige Erfahrung und Sicherheit, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit wichtig sind (3). An konkreten Fragestellungen orientierte Fortbildungen unterstützen diesen Prozess. Die Fachpersonen erkennen einen unmittelbaren Nutzen und greifen gezielt und bedarfsgerecht auf interkulturell Dolmetschende zurück.

Das erlangte Wissen und die gemachten Erfahrungen wiederum ermöglichen eine fundierte Diskussion über die notwendigen Rahmenbedingungen, die einen zielgerichteten Einsatz des interkulturellen Dolmetschens erlauben (4). Vorzusehen sind insbesondere die Standardisierung der Abläufe und der Erhebung von relevanten Daten, das Festhalten der wesentlichen Aspekte der Zusammenarbeit zwi-

oder nur teilweise ausgeschöpft wird, hat unterschiedliche Gründe. Die befragten Fachleute arbeiten nicht oder selten mit interkulturell Dolmetschenden zusammen,

- weil sie die unterschiedlichen Instrumente der interkulturellen Verständigung nicht oder nur ungenügend kennen;
- weil sie selten Gesprächssituationen erleben, in welchen interkulturelles Dolmetschen hilfreich und sinnvoll wäre, und sie die Dienstleistung deshalb vergessen;
- weil sie nicht wissen, wie die Dienstleistung bestellt werden kann und ihnen die Erfahrung fehlt, wie ein Gespräch unter Einbezug interkulturell Dolmetschender zu führen wäre;
- weil sie den Vorteil der professionellen Dienstleistung für ihre Beratungsarbeit - insbesondere gegenüber privaten Übersetzungshilfen - nicht kennen;
- weil die Budgetierung und Finanzierung unklar oder nicht bekannt sind;
- weil strukturelle und technische Hürden innerhalb ihrer Institution einer standardisierten und praktikablen Zusammenarbeit mit Dolmetschenden im Weg stehen;

schen der IIZ-Institution und der regionalen Vermittlungsstelle sowie die Klärung der Finanzierung.

Gute Rahmenbedingungen fördern die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden. Die Studienergebnisse zeigen aber ebenso, dass selbst bei guten Rahmenbedingungen die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden nicht unbedingt gut verankert ist. Ob Fachpersonen mit interkulturell Dolmetschenden arbeiten, hängt denn auch davon ab, ob sie die Zusammenarbeit als notwendiges Hilfsmittel für die Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags betrachten oder nur als gutgemeinte Dienstleistung für Migrantinnen und Migranten. Um eine Kultur der interkulturellen Verständigung nachhaltig zu verankern, bedarf es einer Diskussion und Einigung über die Normen, die zur Anwendung kommen sollen (5). Dadurch lässt sich die Wirkung allfälliger Differenzen zwischen institutionellen Vorgaben und persönlichen Einstellungen abschwächen.

Eine langfristige und konsistente Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden kann sich nur dann einstellen, wenn Bemühungen in allen fünf Phasen des Handlungs- und Wirkungszyklus stattfinden. Die Regelung der Finanzierung alleine führt zum Beispiel nicht zwingend zu einer Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden, solange die operative Leitung nicht hinter der Dienstleistung steht.

HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER IIZ Die Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden soll ein professionelles, allen potenziellen Klientinnen und Klienten gleichermaßen zugängliches und fundiertes Beratungsinstrument sein, welches nicht nur punktuell und abhängig von persönlichen Einstellungen einzelner Fach- und Leitungspersonen eingesetzt wird, sondern Teil einer gemeinsamen Unternehmensstrategie ist. Vertreterinnen und Vertreter der untersuchten Institutionen würden es begrüßen, wenn alle an der IIZ beteiligten Institutionen mit interkulturell Dolmetschenden arbeiteten. Insbesondere bei sogenannten IIZ-Fällen, in die zwei oder mehr Institutionen mit besonders komplexen und oft emotionalen Gesprächsthemen involviert sind, liesse sich damit die Qualität der Beratung merklich verbessern. Fremdsprachige Klientinnen und Klienten könnten so besser und umfassender über die Systeme der sozialen Sicherung und Bildung informiert und die interinstitutionelle Zusammenarbeit vereinfacht werden.

Längerfristig drängt sich eine Verankerung und Regelung des interkulturellen Dolmetschens auf übergeordneter Ebene auf. Die Organisation der IIZ bietet hier eine Chance. Es ist an den nationalen und kantonalen Steuerungs- sowie Entwicklungs- und Koordinationsgremien und an den kantonalen Delegierten der IIZ, den Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt zu thematisieren und die Bedeutung des interkulturellen Dolmetschens in den Institutionen der IIZ anzuerkennen. Hierzu wären Möglichkeiten einer Verankerung und Finanzierung über einheitliche und standardisierte Prozesse zu suchen. Dolmetschleistungen müssten zum Beispiel explizit als Abklärungsmassnahme verrechnet werden können. Der konkrete Bedarf an interkulturellem Dolmetschen wäre durch die kantonalen Behörden, insbesondere deren operative Einheiten zu prüfen. Um einer Standardisierung den Weg zu bereiten, wäre es ihre Aufgabe, die Instrumente der Zusammenarbeit festzulegen und die organisatorischen und strukturellen Hürden abzubauen. Damit stünde einer chancengleichen und professionellen Beratungsdienstleistung nichts mehr im Weg. ■

LITERATUR

Emch-Fassnacht, Lena (2016): *Die Bedeutung des interkulturellen Dolmetschens in den Institutionen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ): Aktuelle Praxis und Handlungsempfehlungen anhand von 13 Fallbeispielen. Studie zuhanden der nationalen IIZ-Gremien zur Förderung der Zusammenarbeit mit interkulturell Dolmetschenden für eine verbesserte Beratungsqualität in den Regelstrukturen im Auftrag des Staatssekretariats für Migration (SEM); [Bern: Interpret]: www.goo.gl/UfHGIL (Interpret).*



Lena Emch-Fassnacht

Lic. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Projektverantwortliche Interpret.
lana.emch@inter-pret.ch

KRANKENVERSICHERUNG

Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung

Christine Heuer,
Christian Vogt, Bundesamt für Gesundheit

Mit der Neuordnung der Pflegefinanzierung soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und der privaten Haushalte vermieden und die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen von Pflegebedürftigen verbessert werden. Sie wird derzeit evaluiert.

Mit dem am 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) erfuhr die Pflege wesentliche sozialpolitisch erforderliche Erweiterungen: Anstelle der oftmals geringen Pflegebeiträge des alten Rechts vergütete die nunmehr schweizweit obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) Pflegemassnahmen, die bei Hausbesuchen (ambulant) oder in einem Pflegeheim bzw. Spital (stationär) durchgeführt werden. Neu wurden neben den auf eigene Rechnung tätigen Krankenschwestern und -pflegern auch die Pflegeheime und die Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) als Leistungserbringer anerkannt. Diese Schliessung von Leistungslücken führte zu entsprechenden Mehrkosten für die OKP. Zudem wurden die Pflegekosten der OKP weiterhin auch durch die

demografische, medizinische und gesellschaftliche Entwicklung angetrieben.

Angesichts mangelnder Kostentransparenz und um die Kostenentwicklung in der OKP besser in den Griff zu bekommen, wurden 1998 zeitlich befristete Rahmentarife für den Pflegebereich eingeführt, was langfristig allerdings keine zweckmässige Lösung darstellte. Sie wurden Anfang 2011 durch die Neuordnung der Pflegefinanzierung abgelöst. Die Revision betrifft mit der AHV (Hilflosenentschädigung) und den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV auch die anderen, an der Finanzierung der Pflege beteiligten Instrumente der sozialen Sicherung.

ZIELE UND HAUPTMASSNAHMEN DER NEUORDNUNG Die Neuordnung der Pflegefinanzierung verfolgt zwei Ziele: Zum einen soll eine zusätzliche finanzielle Belastung der OKP vermieden werden, da diese vor der Neuordnung zunehmend altersbedingte Pflegeleistungen übernahm. Zum anderen soll die sozialpolitisch schwierige Situation bestimmter Gruppen pflegebedürftiger Personen verbessert werden – insbesondere soll Pflegebedürftigkeit nicht zu Sozialhilfeabhängigkeit oder Armut führen.

Um eine zusätzliche Belastung der OKP zu vermeiden, wurden die vorherigen (Rahmen-) Tarife durch ein Beitragssystem ersetzt, die Kostenübernahme geregelt und die Pflegekosten auf die Versicherten (OKP), die Versicherten und die Kantone aufgeteilt. Die OKP leistet einen fixen Beitrag (in Franken) an Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung und eines ausgewiesenen Pflegebedarfs ambulant (d. h. von Pflegefachpersonen oder durch die Spitex) oder im Pflegeheim erbracht werden. Die Beiträge sind nach Pflegebedarf abgestuft.

Nicht alle Pflegebedürftigen sind in der Lage, neben ihrer Beteiligung an den Pflegekosten die zusätzlich anfallenden Kosten für Betreuung und Hotellerie bzw. Hauswirtschaft selbst zu tragen. Um die finanzielle Belastung der privaten Haushalte zu begrenzen und ihr Risiko einer aus Pflegebedürftigkeit entstehenden Sozialhilfeabhängigkeit zu minimieren, ergriff der Gesetzgeber drei Massnahmen. Erstens wurde der Anteil der Versicherten (Patientenbeteiligung) an den Pflegekosten auf maximal 20 Prozent des höchsten OKP-Beitrags für Pflegekosten begrenzt¹ und die Restfinanzierung den Kantonen übertragen. Zweitens wurde für Pflegebedürftige, die zu Hause leben, eine Hilflosenentschädigung zur AHV für Hilflosigkeit leichten Grades eingeführt, während für pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner die Vermögensfreibeträge für den Anspruch auf Ergänzungsleistungen zur AHV erhöht wurden. Die Kantone wurden verpflichtet, dafür zu sorgen, dass ein Pflegeheimaufenthalt in der Regel keine Sozialhilfeabhängigkeit begründet. Vor der Einführung leistungsbezoge-

ner Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wurde befürchtet, dass Patientinnen und Patienten früher aus dem Spital entlassen würden. Deshalb schuf das Parlament drittens die Möglichkeit, Leistungen der Akut- und Übergangspflege, die sich im Anschluss an einen Spitalaufenthalt als notwendig erweisen und die im Spital ärztlich angeordnet werden, während längstens zwei Wochen über die OKP zu finanzieren.

Nicht alle Pflegebedürftigen können die Kosten für Betreuung und Hauswirtschaft selbst tragen.

BISHERIGE ERFAHRUNGEN MIT DER NEUORDNUNG Auch nach ihrem Inkrafttreten beschäftigte die Neuordnung der Pflegefinanzierung die eidgenössischen Räte intensiv. In über 30 Vorstössen wurden insbesondere die Restfinanzierung der Kantone, die Patientenbeteiligung, Pflegebedarfserfassungssysteme, die Wahl- und Niederlassungsfreiheit Pflegebedürftiger, die Gleichstellung öffentlicher und privater Spitex-Anbieter sowie die Kostenrechnung und Leistungserfassung beziehungsweise die Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung thematisiert. Zudem liessen sich die beiden Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit in mehreren Berichten zur Umsetzung der Neuordnung informieren (BAG 2011a, 2011b, 2012, 2013). Für die vieldiskutierte Restfinanzierung der Kantone, insbesondere bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten, soll neu der Herkunftskanton zuständig sein, analog der Regelung im Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.²

¹ Der höchste Beitrag beträgt aktuell 108 Franken pro Tag; vgl. Art. 7a Abs. 3 der Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV; <https://goo.gl/snWF6S>). Die maximale Beteiligung der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten beträgt demnach 21.60 Franken pro Tag.

² Vgl. hierzu insbesondere «Zuständigkeit für die Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung» (Bundesrat 2015) und die parlamentarische Initiative 14.417 «Nachbesserung der Pflegefinanzierung» (www.goo.gl/VOZWmE).

Neuordnung der Pflegefinanzierung: Themenfelder der Evaluation

Umsetzung

Umsetzung durch die Kantone

- Gesetzliche Anpassungen auf kantonaler Ebene
- Materielle Regelung der inner- und ausserkantonalen Restfinanzierung
- Umsetzung der Akut- und Übergangspflege
- Kantonale Regelung der Ergänzungsleistungen

Umsetzung durch die Leistungserbringer

- Abgrenzung zwischen Pflege- und anderen Leistungen

Fazitfragen zur Umsetzung

- Gesamtbeurteilung Stand der Umsetzung
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung

Wirkungen

Finanzielle Auswirkungen

- Entwicklung der Pflegekosten
- Entwicklung der Finanzierungsanteile der Finanzierungsträger
- Finanzielle Belastung der OKP
- Finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen (Anteil an Pflegekosten)
- Verlagerung zwischen Pflege- und anderen Leistungen
- Finanzielle Belastung der öffentlichen Hand

Sozialpolitische Wirkungen

- Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen

Wirkungen auf Angebot und Inanspruchnahme von Leistungen

- Allgemeine Wirkungen auf die Leistungserbringer
- Auswirkungen auf das Angebot an Pflegeleistungen
- Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen
- Relevante Faktoren beim Entscheid über die Versorgung
- Fehlversorgung / Angemessenheit der Versorgung von Pflegebedürftigen
- Rahmenbedingungen der Pflege / des Pflegepersonals

Fazitfragen zu den Wirkungen

- Bewertung der beabsichtigten und unbeabsichtigten Wirkungen
- Vergleich der kantonalen Finanzierungsregimes
- Anpassungs- bzw. Handlungsbedarf

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an BAG (2016).

KONZEPTION UND DURCHFÜHRUNG DER EVALUATION

Artikel 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) beauftragt das BAG, den Vollzug und die Wirkungen des Gesetzes (und dessen Revisionen) zu untersuchen. Eine wichtige Basis für die Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung bildet eine vom BAG in Auftrag gegebene Konzeptstudie (Feh Widmer/Rüefli 2015). Neben einem Wirkungsmodell der Gesetzesrevision wurden darin die zentralen Fragestellungen der Evaluation erarbeitet, die vorhandenen Datenquellen identifiziert und ein Befragungskonzept mit möglichen Adressatinnen und Adressaten (insbesondere Pflegebedürftige, Kantone, Leistungserbringer, Versicherer) entwickelt.

Eine vom BAG mandatierte Arbeitsgemeinschaft begann im April 2016 mit der Evaluation. Der Evaluationsbericht, der voraussichtlich Ende 2017 veröffentlicht werden wird, wird als Entscheidungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung dienen. Eine Gruppe der wichtigsten von der Neuordnung der Pflegefinanzierung betroffenen Akteure hatte bereits die Konzeptstudie und die Erarbeitung des Pflichtenhefts zur Evaluation (BAG 2016) begleitet. Zusammen mit dem Evaluationsteam und den Verantwortlichen im BAG werden die Vertreterinnen und Vertreter der Pflegebedürftigen, der Leistungserbringer (Pflegeheime und Spitex), der Versicherer, der Kantone und des Bundes auch die Ergebnisse der Evaluation und sich allenfalls daraus ableitende Handlungsmöglichkeiten diskutieren.

ZIEL UND THEMENFELDER DER EVALUATION Die Evaluation bewertet den Stand der Umsetzung, den Grad der Zielerreichung sowie allfällige unbeabsichtigte Wirkungen der Revision (siehe Kasten).

VORGEHEN Die Vielschichtigkeit des Untersuchungsgegenstandes und die lückenhafte Datenlage erfordern eine Kombination verschiedener Untersuchungsmethoden. Da es im vorgegebenen Zeitraum nicht möglich ist, alle aufgeworfenen Themen in ihrer ganzen Breite und Tiefe zu berücksichtigen, spricht die Evaluation zwar alle gestellten Fragen an, setzt gleichzeitig aber auch vier Prioritäten:

ZIELERREICHUNG DER REVISION Die Beurteilung der finanziellen Belastung der OKP und der sozialpolitischen Wirksamkeit der Revision bilden den Schwerpunkt der Evaluation. Die hierzu verfügbaren Daten sollen möglichst ausschöpfend ausgewertet werden. Die sozialpolitische Wirksamkeit lässt sich aufgrund der lückenhaften Daten nur beschränkt erfassen. Deshalb führt das Evaluationsteam zusätzlich Fallstudien in sechs bis acht Gemeinden durch (insbesondere mittels telefonischer Befragung von Gemeindevertreterinnen und -vertretern, Anlaufstellen und Hilfsorganisationen für pflegebedürftige Menschen sowie mittels Interviews der direkt Betroffenen).

STAND DER UMSETZUNG Die Evaluation soll möglichst vollständig und zeitnah wiedergeben, wie die Kantone und

die Leistungserbringer die Neuordnung der Pflegefinanzierung umsetzen und wo sie damit stehen. Die fundierte Untersuchung und Begründung der kantonalen (Policy-) Unterschiede erlaubt eine differenzierte Wirkungsanalyse der Neuordnung und die Identifizierung von Best Practice.

Zur administrativen Entlastung der Kantone werden bereits dokumentierte Informationen (Internet, Berichte des BAG, kantonale Gesetzesgrundlagen etc.) in einem jeweils kantonspezifischen Faktenblatt festgehalten. Dieses wird anschliessend von den Kantonen geprüft und ergänzt. Die Erfahrungen der Leistungserbringer werden schriftlich beziehungsweise mittels Online-Befragung eingeholt.

KOSTENWIRKUNGEN UND MÖGLICHE UNBEABSICHTIGTE AUSWIRKUNGEN Neben den Kostenwirkungen geht die Evaluation auch möglichen unbeabsichtigten (positiven und negativen) Effekten im Nachfrageverhalten und Leistungsgeschehen nach. Bereits existierende Daten werden unter Einbezug ausgewählter Studienresultate zum Thema analysiert und die Ergebnisse in persönlichen Interviews mit pflegebedürftigen Menschen und mittels schriftlicher Befragung der Pflegeheime und Spitex erhärtet und vertieft.

ANPASSUNGS- BZW. HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Eine umfassende Bewertung aller Evaluationsergebnisse wird es ermöglichen, auf Stärken und Schwächen der Neuordnung hinzuweisen und daraus allfällige Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung abzuleiten. ■

LITERATUR

BAG (2016): *Pflichtenheft. Externe Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Bern: BAG]: www.goo.gl/jbXKmk.

Bundesrat (2015): *Zuständigkeit für die Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung*. Bericht des Bundesrates vom 21. Oktober 2015 in Erfüllung der Postulate 12.4051 «Restfinanzierung ausserkantonaler Pflegeheimaufenthalte» vom 4. Dezember 2012 und 12.4099 «Klärung der Zuständigkeit für die Restfinanzierung bei ausserkantonalen Pflegeheimaufenthalten analog ELG» vom 11. Dezember 2012: www.goo.gl/ZZXBHc.

Feh Widmer, Antoinette; Rüefli, Christian (2015): *Konzept zur Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung* [Bern: Büro Vatter AG]: www.goo.gl/jbXKmk.

BAG (2013). SGK-N–10-09: Umsetzung der Pflegefinanzierung. *Erläuternder Bericht vom 3. Oktober 2013. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen* [Bern: SGK-N]: www.goo.gl/LmD6p0.

BAG (2012). SGK-N–10-09: Umsetzung der Pflegefinanzierung. *Erläuternder Bericht vom 13. August 2012. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen* [Bern: SGK-N]: www.goo.gl/Cfqos5.

BAG (2011b). SGK-S–10-09: Umsetzung der Pflegefinanzierung. *Erläuternder Bericht vom 28. Juli 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen – Ergänzende Fragen* [Bern: SGK-S]: www.goo.gl/pCdQl3.

BAG (2011a); SGK/CSST–10-09: Umsetzung Pflegefinanzierung. *Bericht vom 26. April 2011. Umsetzung des Bundesgesetzes über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008 in den Kantonen* [Bern: SGK-N]: www.goo.gl/bkQyzf.



Christine Heuer

Lic. rer. soc. wissenschaftliche Mitarbeiterin,
Fachstelle Evaluation und Forschung, BAG.
christine.heuer@bag.admin.ch



Christian Vogt

Politologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Sektion
Tarife und Leistungserbringer I, BAG.
christian.vogt@bag.admin.ch

VORSORGE

Der Vorsorgeausgleich bei Scheidung nach neuem Recht

Franziska Grob, Bundesamt für Sozialversicherungen

Am 1. Januar 2017 treten die revidierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zum Vorsorgeausgleich bei Scheidung in Kraft. Neu wird der Ausgleich auch dann aus Mitteln der beruflichen Vorsorge vorgenommen, wenn ein Ehegatte bereits eine Invaliden- oder Altersrente der 2. Säule bezieht.

Seit dem 1. Januar 2000 werden bei der Scheidung die während der Ehe erworbenen Vorsorgeansprüche der 2. Säule zwischen den Ehegatten ausgeglichen. Die Regelungen zum Vorsorgeausgleich gelten auch für die Auflösung einer eingetragenen Partnerschaft (Art. 22d FZG, ab 1. Januar 2017 Art. 23 FZG). Dank dem Vorsorgeausgleich wird ein Ehegatte, der z. B. wegen Kinderbetreuung nicht oder nicht in vollem Umfang erwerbstätig ist, im Vergleich zum Ehegatten mit dem höheren Erwerbsspensum im Aufbau der Vorsorge nicht benachteiligt. Entsprechend kann der Vorsorgeausgleich als berufsvorsorgerechtliches Pendant zum Einkommenssplitting in der 1. Säule betrachtet werden.¹

Wenn im Moment der Scheidung noch kein Ehegatte eine Invaliden- oder Altersleistung der beruflichen Vorsorge bezieht, haben nach bisherigem Recht grundsätzlich beide Ehegatten Anspruch auf die Hälfte der nach dem Freizügigkeitsgesetz (FZG) für die Dauer der Ehe zu ermittelnden Austrittsleistung des anderen Ehegatten. Bezieht ein Ehegatte hingegen bereits eine Leistung der beruflichen Vorsorge, wurde bisher der Vorsorgeausgleich mittels einer angemessenen Entschädigung vorgenommen.

Im Mai 2013 verabschiedete der Bundesrat nach längeren Vorarbeiten eine Botschaft zur Revision des Vorsorgeausgleichs (BBl 2013 4887). Das Parlament beschloss am 19. Juni 2015 die Gesetzesänderung mit wenigen Anpassungen gegenüber dem Botschaftsentwurf (BBl 2015 4883). Gemäss Bundesratsentscheid vom 10. Juni 2016 treten die

¹ Kein Vorsorgeausgleich wird bei der 3. Säule vorgenommen. Säule-3a-Guthaben werden bei der güterrechtlichen Auseinandersetzung berücksichtigt.

Gesetzesrevision und die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen auf den 1. Januar 2017 in Kraft.² Die Gesetzesrevision ändert den Vorsorgeausgleich nicht von Grund auf. Der Grundsatz der heutigen Regelung ist unbestritten und soll auch in Zukunft gelten: Die während der Ehe erworbenen Ansprüche der beruflichen Vorsorge werden bei der Scheidung zwischen den Ehegatten ausgeglichen. Die Revision bringt punktuelle Verbesserungen in Bereichen, die zu Kritik Anlass gaben, insbesondere die folgenden:

- Künftig und als Kernpunkt der Revision wird der Vorsorgeausgleich auch dann aus Mitteln der beruflichen Vorsorge vorgenommen, wenn ein Ehegatte bereits Leistungen der 2. Säule bezieht.
- Für die Berechnung der zu teilenden Vorsorgeansprüche ist neu der Zeitpunkt massgebend, in dem das Scheidungsverfahren eingeleitet wird, und nicht mehr der Zeitpunkt der Rechtskraft des Scheidungsurteils.
- Die Meldepflichten der Vorsorge- und Freizügigkeitseinrichtungen gegenüber der Zentralstelle 2. Säule werden erweitert.
- Die Aufteilung der beim Vorsorgeausgleich zugesprochenen Vorsorgemittel auf den obligatorischen und überobligatorischen Teil der Vorsorge wird gesetzlich geregelt.
- Dem Wunsch nach mehr Flexibilität bei einvernehmlichen Lösungen wird stärker Rechnung getragen.

BESTIMMUNG DER TEILUNGSART BEI JEDEM EHEGATTEN Beim neuen Vorsorgeausgleich wird in einem ersten Schritt für jeden Ehegatten die Teilungsart bestimmt. Es kommt nicht zwingend bei beiden Ehegatten die gleiche zur Anwendung. Massgebend für die Bestimmung der Teilungsart ist die Situation bei Einleitung des Scheidungsverfahrens. Geteilt wird entweder eine Austrittsleistung, eine sogenannte hypothetische Austrittsleistung oder eine Rente:

- Ist noch kein Vorsorgefall eingetreten, fliesst also noch keine Rente der beruflichen Vorsorge, wird wie bis anhin grundsätzlich die während der Ehe erworbene, nach dem Freizügigkeitsgesetz ermittelte Austrittsleistung hälftig geteilt (Art. 123 ZGB).

- Bezieht der Ehegatte eine Invalidenrente der beruflichen Vorsorge, hat aber das reglementarische Rentenalter noch nicht erreicht,³ wird die «hypothetische Austrittsleistung» geteilt. Dabei handelt es sich um den Betrag, auf den bei erfolgreicher Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess gestützt auf Art. 2 Abs. 1^{ter} FZG Anspruch bestehen würde (Art. 124 ZGB).
- Für den Fall, dass der Ehegatte eine Altersrente oder eine Invalidenrente bezieht und bereits im Rentenalter steht, ist es die Rente, die der Teilung unterliegt (Art. 124a ZGB).

VORSORGEAUSGLEICH VOR EINTRITT EINES VORSORGEFALLES

Für den Fall, dass noch kein Vorsorgefall eingetreten ist, bringt die Revision keine grundlegende Änderung. Beim Vorsorgeausgleich wird weiterhin die Austrittsleistung hälftig geteilt. Neu ist, dass nur noch die ab Eheschliessung bis zur Einleitung des Scheidungsverfahrens erworbene Austrittsleistung der Teilung unterliegt. Nicht mehr aufgeteilt werden die zwischen Einleitung des Verfahrens und Rechtskraft der Scheidung erworbenen Austrittsleistungen. Die Berechnung der zu teilenden Austrittsleistung richtet sich nach Art. 22a FZG: Es ist von der im Zeitpunkt der Einleitung des Scheidungsverfahrens vorhandenen Austrittsleistung – inkl. Guthaben, die im Rahmen der Wohneigentumsförderung vorbezogen wurden – die mit dem BVG-Mindestzinssatz aufgezinste Austrittsleistung in Abzug zu bringen, die im Zeitpunkt der Eheschliessung vorlag. Sonderregelungen gelten, wenn während der Ehe Barauszahlungen vorgenommen wurden oder wenn die Ehe vor dem 1. Januar 1995 geschlossen wurde.

Verfügt der andere Ehegatte ebenfalls über eine Austrittsleistung, wird auch diese geteilt. Die gegenseitigen Ansprüche auf Übertragung der Austrittsleistung werden verrechnet. Einem Ehegatten verbleibt nach der Verrechnung ein Anspruch auf Übertragung der Austrittsleistung (berechtigter Ehegatte). Sie wird auf dessen Vorsorgeeinrichtung oder auf eine Freizügigkeitseinrichtung überwiesen, falls er nicht in der beruflichen Vorsorge versichert oder in seiner Vorsorgeeinrichtung bereits voll eingekauft ist.

² Zur Entstehungsgeschichte vgl. Medieninformation 10.6.2016 (Bundesrat, EDI, BSV, EJPd, BJ): www.goo.gl/jU4DGH; Grob 2013; Nussberger 2010.

³ Invalidenrenten der obligatorischen beruflichen Vorsorge sind lebenslange Leistungen. Sie werden bei Erreichen des Rentenalters nur dann in eine Altersrente umgewandelt, wenn dies im Reglement der Vorsorgeeinrichtung vorgesehen ist.

Nur wenn der Berechtigte einen Barauszahlungsgrund nach Art. 5 FZG erfüllt, bereits das Rentenalter erreicht hat oder eine volle Invalidenrente der IV bezieht, kann er die Auszahlung des Geldes an sich direkt verlangen. Der zugesprochene Betrag wird bei der Vorsorgeeinrichtung des Verpflichteten anteilmässig dem obligatorischen und dem überobligatorischen Vorsorgeguthaben entnommen und im gleichen Verhältnis dem obligatorischen und dem überobligatorischen Guthaben des Berechtigten gutgeschrieben.

Die durch den Vorsorgeausgleich belastete Partei hat die Möglichkeit, sich nach der Scheidung im Rahmen der übertragenen Austrittsleistung wieder einzukaufen (Art. 22d FZG).

VORSORGEAUSGLEICH BEI INVALIDENRENTNERN UND -RENTNERINNEN VOR DEM RENTENALTER

Nach bisherigem Recht wurde der Vorsorgeausgleich durch Zuspreehung einer angemessenen Entschädigung vorgenommen, wenn vor der Scheidung bereits ein Vorsorgefall eingetreten war. Und zwar selbst dann, wenn dies nur bei einem Ehegatten der Fall war. Neu ist bei Invalidenrentnern und -rentnerinnen vor dem reglementarischen Rentenalter für den Vorsorgeausgleich die «hypothetische Austrittsleistung» zu teilen (Art. 124 ZGB). Dabei ist grundsätzlich gleich vorzugehen wie bei der Teilung einer effektiven Austrittsleistung, mit folgenden Besonderheiten:

- Bezieht derjenige Ehegatte, der dem anderen den Differenzbetrag schuldet, eine Invalidenrente, die wegen Zusammenfallens mit Leistungen der Unfall- oder der Militärversicherung gekürzt wird, kann die «hypothetische Austrittsleistung» nicht geteilt werden. Der Vorsorgeausgleich muss in dem Fall über eine angemessene Entschädigung durchgeführt werden.
- In Fällen, in denen nur Teilinvalidität besteht, müssen die «hypothetische» und die effektive Austrittsleistung für die Berechnung der zu teilenden Austrittsleistung zusammengesetzt werden. Deckt die effektive Austrittsleistung den Differenzbetrag, der an den anderen Ehegatten zu überweisen ist, sollte in erster Linie diese für den Vorsorgeausgleich verwendet werden.

Nach der Übertragung einer hypothetischen Austrittsleistung darf die Vorsorgeeinrichtung unter bestimmten Voraussetzungen die Invalidenrente ihres Versicherten kürzen.

Die Voraussetzungen und Einzelheiten zu dieser Rentenreduktion sind in der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2) geregelt.

VORSORGEAUSGLEICH BEI BEZUG EINER INVALIDENRENTE IM RENTENALTER ODER EINER ALTERSRENTE

Bei einem Ehegatten, der bei Einleitung des Scheidungsverfahrens eine Altersrente oder eine Invalidenrente im Rentenalter bezieht, wird nach neuem Recht die Rente geteilt. Gegenwärtig ist bei gut 1000 Scheidungen im Jahr mit dieser Situation zu rechnen.⁴ Der Entscheid über das Verhältnis der Teilung trifft das Scheidungsgericht. Laut Botschaft soll der Grundsatz der hälftigen Teilung des während der Ehe erwirtschafteten Vorsorgeguthabens auch hier weitgehend sein. Das Gericht hat bei der Teilung aber insbesondere auch die Dauer der Ehe und die Vorsorgebedürfnisse zu berücksichtigen (Art. 124a Abs. 1 ZGB). Bei einer langjährigen Ehe, während der der grösste Teil der Vorsorge aufgebaut wurde, dürfte in der Regel eine hälftige Teilung der ganzen Rente angemessen sein. Als Orientierungshilfe enthält die Botschaft im Anhang eine Tabelle zur ungefähren Abschätzung des während der Ehe erworbenen Rententeils. Befindet sich der andere Ehegatte ebenfalls bereits im Rentenalter, wird auch dessen Rente geteilt (falls er eine solche bezieht).⁵ Wie bei gegenseitigen Ansprüchen auf Austrittsleistungen findet auch hier eine Verrechnung statt.

Hat der andere Ehegatte hingegen das Rentenalter noch nicht erreicht, liegt die Situation vor, dass ein Anspruch auf Übertragung einer Austrittsleistung einem Anspruch auf Übertragung eines Rentenanteils gegenüber steht. Eine Verrechnung der beiden Ansprüche ist in dem Fall nur möglich, wenn die Ehegatten und die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge einverstanden sind. Bei dieser Ausnahmesituation⁶ ist allerdings zu beachten, dass das Gesetz die Möglichkeit bietet, von den Grundsatzregelungen abzuweichen und den Vorsorgeausgleich auf andere Art vorzunehmen (vgl. nächstes Kapitel und Fallbeispiel).

⁴ Bei derzeit ca. 17 000 Scheidungen pro Jahr.

⁵ Bei Einverdiener-Ehen hat nur einer der Gatten Anspruch auf eine Altersrente.

⁶ Von den ungefähr 1000 Scheidungen jährlich, in denen einer der Ehegatten schon eine Altersrente bezieht, hat in schätzungsweise 500 Fällen der andere das Rentenalter noch nicht erreicht.

Umrechnung des zugesprochenen Rentenbetrags in eine lebenslange Rente

G1

Datum der Rechtskraft des Scheidungsurteils	
Datum der Rechtskraft des Scheidungsurteils	29.03.17
Zugesprochener Rentenbetrag	
Zugesprochener Rentenbetrag, in Franken	Fr. 850.–
Angaben zum verpflichteten Ehegatten	
Geburtsdatum	06.06.49
Geschlecht (w/m)	m
Reglementarische Ehegattenrente, in Prozent der laufenden Rente	60 %
Angaben zum berechtigten Ehegatten	
Geburtsdatum	07.07.57
Geschlecht (w/m)	w
Lebenslange Rente	
Umgerechnete lebenslange Rente, in Franken	Fr. 740.–
<small>Provisorische Berechnung mit den versicherungstechnischen Grundlagen BVG 2015, 2,75%, 2017 (KJ). Quelle: BSV, 2016.</small>	

Der dem berechtigten Gatten zugesprochene Rentenanteil wird von der Vorsorgeeinrichtung des Verpflichteten nach versicherungstechnischen Grundsätzen gemäss einer in der Verordnung über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZV) festgelegten Formel in eine lebenslange Rente umgerechnet. Auf das Inkrafttreten der Revision hin kann diese Berechnung unter Angabe der entscheidenden Grössen auf der Internetseite des BSV mit Hilfe eines elektronischen Umrechnungstools vorgenommen werden (vgl. Grafik **G1**, die das im Kasten aufgeführte Fallbeispiel wiedergibt).⁷ Die Vorsorgeeinrich-

tung des Verpflichteten leistet den umgerechneten Rentenanteil an den Berechtigten, so lange dieser lebt. Bis der Berechtigte seinerseits das Rentenalter erreicht, vollständig invalid wird oder einen Barauszahlungsgrund nach Art. 5 FZG erfüllt, wird einmal im Jahr der für das betreffende Jahr geschuldete Rentenanteil in die Vorsorgeeinrichtung – sofern eine vorhanden ist und Einkaufspotenzial besteht – oder auf eine Freizügigkeitseinrichtung überwiesen. Danach wird der Rentenanteil monatlich direkt dem Berechtigten ausbezahlt.

ABWEICHEN VON DEN GRUNDSATZREGELUNGEN

Müssten die dargestellten Regelungen in jedem Fall strikt angewendet werden, liessen sich in Einzelfällen unbillige

⁷ Das Umrechnungstool wird ab dem 1. Januar 2017 unter www.bsv.admin.ch zugänglich sein.

Fallbeispiel: Zusprechung eines Rentenanteils und dessen Umrechnung in eine lebenslange Rente

Der Ehemann (68) bezieht eine Altersrente der beruflichen Vorsorge von 3000 Franken. Die Ehefrau (60) arbeitet zu 40 Prozent. Ihre Austrittsleistung bei Einleitung des Scheidungsverfahrens beträgt 250 000 Franken. Sie hat keine Vorsorgelücken. Gemäss Vorsorgeausweis hat sie im ordentlichen Rentenalter von 64 Jahren eine monatliche Rente von lediglich 1300 Franken zu erwarten. Die beiden hatten sehr früh geheiratet. Sämtliche Vorsorgeansprüche wurden deshalb während der Ehe erworben.

Vorsorgeausgleich nach der Grundsatzregelung:

Die Frau hat dem Mann die Hälfte der Austrittsleistung, also 125 000 Franken, zu bezahlen, der zugesprochene Rentenanteil der Frau beträgt 1500 Franken.

Problematik:

Das Vorgehen nach der Grundsatzregelung trägt den Vorsorgebedürfnissen im konkreten Fall zu wenig Rechnung. Für den Ehemann ist es nach der Teilung der Rente nicht möglich, diese wieder zu erhöhen, weil er die Austrittsleistung der Frau nicht mehr in seine Vorsorgeeinrichtung einbringen kann.

Möglichkeit der Teilung unter Berücksichtigung der Vorsorgebedürfnisse:

Seinem Vorsorgebedürfnis entspricht es am besten, wenn er einen möglichst grossen Teil seiner Rente behalten kann. Ihrem Vorsorgebedürfnis wird Rechnung getragen, wenn ihr von der Rente des Mannes so viel zugesprochen wird, dass sie im Rentenalter zusammen mit ihrer eigenen Rente auf etwa die gleichen Vorsorgeleistungen kommt wie dieser. Ein Bedürfnis an der Zusprechung der Hälfte der Rente hat sie hingegen nicht.

Ohne Scheidung hätten die beide zusammen monatliche Renten von insgesamt 4300 Franken zu erwarten. Damit beide aus Vorsorgesicht in etwa über äquivalente Ansprüche verfügen, kann der Frau gestützt auf Art. 124a Abs. 1 ZGB ein Rentenanteil von lediglich 850 Franken zugesprochen werden. Dafür wird gestützt auf Art. 124b Abs. 2 (Ausnahme aufgrund der Vorsorgebedürfnisse) die Austrittsleistung der Frau nicht geteilt. Diese Lösung berücksichtigt das Vorsorgebedürfnis des Mannes an einer möglichst hohen Altersrente. Seitens der Frau kann im konkreten Fall kein entgegengesetztes Vorsorgebedürfnis nachgewiesen werden.

Umrechnung des zugesprochenen Rentenanteils und Auszahlung

Der zugesprochene Rentenanteil von 850 Franken wird mit dem elektronischen Umrechnungstool in eine lebenslange Rente für die Frau umgerechnet. Die Umrechnung berücksichtigt, dass die 60-jährige Frau voraussichtlich noch länger leben wird als der bereits 68-jährige Mann und dass die Vorsorgeeinrichtung den ihr zugesprochenen Rentenanteil deshalb länger bezahlen muss. Für den vorliegenden Fall berechnet das Programm eine Rente von 740 Franken⁹ (vgl. Grafik G1). Da die Frau das Mindestalter für den vorzeitigen Altersrücktritt (58) bereits erreicht hat, kann sie verlangen, dass diese Rente direkt an sie ausbezahlt wird.

oder kaum durchführbare Resultate nicht vermeiden. Das Gesetz sieht daher für bestimmte Fälle ein Abweichen von den aufgezeigten Grundsätzen vor oder erlaubt ein solches zumindest:

- So ist es weiterhin zulässig, in einer Scheidungsvereinbarung von der gesetzlichen Ordnung abzuweichen. Solche Vereinbarungen sind nach neuem Recht sogar unter weniger strengen Voraussetzungen möglich als bisher. Sie sind zulässig, wenn das Gericht geprüft hat, dass eine angemessene Vorsorge für beide Ehegatten gewährleistet bleibt.⁹
- Nach Art. 124b Abs. 2 ZGB kann auch das Gericht in Ausnahmesituationen vom Grundsatz der hälftigen Teilung «in beide Richtungen» abweichen: Wie bisher wird bei Vorliegen wichtiger Gründe dem anderen Ehegatten weniger als die Hälfte zugesprochen oder die Teilung ganz verweigert. Neu kann das Gericht ausserdem in bestimm-

ten Fällen dem anderen Ehegatten mehr als die Hälfte zusprechen. Wichtige, die Teilung ausschliessende oder reduzierende Gründe nennt Art. 124b Abs. 2 ZGB in einer nicht abschliessenden Aufzählung: Wie unter bisheriger Regelung und Rechtsprechung liegt ein wichtiger Grund vor, wenn die hälftige Teilung wegen der güterrechtlichen Auseinandersetzung¹⁰ oder der wirtschaftlichen Verhältnisse nach der Scheidung¹¹ unbillig wäre. Ausdrücklich erwähnt wird im Gesetz auch der Fall, dass die hälftige Teilung aufgrund der Vorsorgebedürfnisse unbillig wäre. Diese Ausnahme kann zum Tragen kommen, wenn beide

⁸ Die Zahl ist im Zeitpunkt der Publikation noch provisorisch, da die technischen Grundlagen für das Jahr 2017 noch nicht bekannt sind.

⁹ Nach bisherigem Recht wurde eine gleichwertige Vorsorge verlangt.

¹⁰ Beispiel: Bei einem in Gütertrennung lebenden Ehepaar erzielt der nicht in der beruflichen Vorsorge versicherte Ehemann ein hohes Einkommen aus selbstständiger Erwerbstätigkeit, das er in der nicht zu teilenden 3. Säule versichert, die Frau baut durch eine Teilzeitanstellung eine bescheidene 2. Säule auf (Botschaft, BBl 2016 4917).

¹¹ Beispiel: Die erwerbstätige Ehefrau finanzierte ihrem nichterwerbstätigen Ehemann die Ausbildung, bei der Scheidung steht der Mann vor Aufnahme der Erwerbstätigkeit, die ihm aufgrund der längeren Ausbildung ermöglichen wird, eine bessere Altersvorsorge als die Ehefrau aufzubauen (BGer 5A_79/2009, E. 2.1).

Ehegatten ähnlich gut verdienen, der eine aber aufgrund eines grossen Altersunterschiedes während der Ehe viel mehr Vorsorgeguthaben aufgebaut hat als der andere. Sie ist aber auch von Bedeutung, wenn ein Ehegatte das Rentenalter bereits erreicht hat, der andere hingegen nicht.¹² Würde hier in jedem Fall strikt nach dem Grundsatz auf der einen Seite die Rente des Altersrentners oder der Altersrentnerin geteilt und auf der anderen Seite die Austrittsleistung des jüngeren Gatten, würde den konkreten Vorsorgebedürfnissen oftmals zu wenig Rechnung getragen (vgl. dazu das Beispiel im Kasten).

- Art. 124d und 124e ZGB erlauben ein Abweichen von den Grundsätzen, falls der Vorsorgeausgleich mit Mitteln der beruflichen Vorsorge nicht zumutbar oder unmöglich wäre. Auch für den eher seltenen Fall, dass die Rente des Verpflichteten im Rentenalter wegen Überentschädigung gekürzt wird, gelten besondere Regelungen.

ÜBERGANGSRECHTLICHE SONDERREGELUNG Unter bestimmten Voraussetzungen können selbst Personen, die bei Inkrafttreten der Gesetzesrevision bereits geschieden sind, von der Gesetzesrevision profitieren: Wer nach bisherigem Recht als angemessene Entschädigung eine Unterhaltsrente zugesprochen erhalten hat, die mit dem Tod des Verpflichteten endet, kann diese in eine lebenslange Rente umwandeln lassen, die dann von der Vorsorgeeinrichtung des Ex-Ehegatten auch über dessen Tod hinaus ausbezahlt wird.¹³ ■

LITERATUR

Grob, Franziska (2013): «Botschaft zur Neuregelung des Vorsorgeausgleichs bei Scheidung», in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 4, 2013, S. 222–225: www.goo.gl/ZueoWT.

Nussberger, Natascia (2010): «Die Revision des Vorsorgeausgleichs bei Scheidung», in *Soziale Sicherheit* CHSS Nr. 6, 2010, S. 326–329: www.goo.gl/R7hY7R.



Franziska Grob

Dr. iur., Juristin Bereich Recht berufliche Vorsorge, Geschäftsfeld AHV, berufliche Vorsorge und EL, Bundesamt für Sozialversicherungen.
franziska.grob@bsv.admin.ch

¹² Dies ist bei schätzungsweise 500 Scheidungen pro Jahr der Fall.

¹³ Vgl. Art. 7e Schlusstitel E-ZGB.

PARLAMENT

Parlamentarische Vorstösse (Stand 17. Juli 2016)

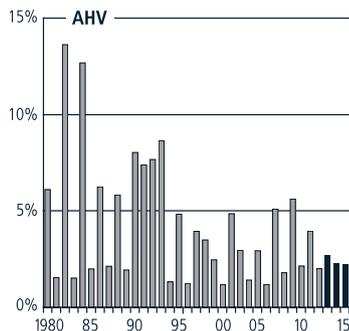
Geschäfts-Nr.	Vorstoss		Antrag Bundesrat
Familienpolitik			
16.3210	Postulat Schmid-Federer Barbara (NR; CVP/ZH)	Mehr Transparenz bei den Familienausgleichskassen	Ablehnung
International			
16.3331	Motion Nantermod Philippe (NR; FDP/VS)	Neues Abkommen mit Frankreich über die Koordination der Sozialversicherungssysteme für Grenzgängerinnen und Grenzgänger	Ablehnung
Krankenversicherung			
16.3069	Motion Clottu Raymond (NR; SVP/NE)	Jährliche Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Medizinprodukte, deren Kosten von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen werden	Ablehnung
16.3084	Motion Landolt Martin (NR; BDP/GL)	Krankenversicherung. Anpassung der ordentlichen Franchise	Ablehnung
16.3110	Motion FDP-Liberale Fraktion NR (Sprecherin Sauter Regine)	Krankenversicherung. Regelmässige Anpassung der Franchisen	Ablehnung
16.3111	Motion FDP-Liberale Fraktion NR (Sprecherin Sauter Regine)	Wahlfreiheit und Eigenverantwortung stärken. Maximalfranchise in der obligatorischen Krankenversicherung erhöhen	Ablehnung
16.3112	Motion FDP-Liberale Fraktion NR (Sprecherin Sauter Regine)	Krankenversicherung. Mindestfranchise in der Krankenversicherung endlich anpassen	Ablehnung
16.3166	Motion Heim Bea (NR; SP/SO)	Mittel- und Gegenständeliste. Preise sollen kostengünstiger werden	Ablehnung
16.3169	Motion Heim Bea (NR; SP/SO)	Vergütungspflicht der Krankenkassen für im Ausland eingekaufte medizinische Mittel und Gegenstände	Ablehnung
16.3193	Motion Hess Lorenz (NR; BDP/BE)	KVG. Innovation und Transparenz bei den Tarifen fördern	Ablehnung
16.3223	Postulat Gschwind Jean-Paul (NR; CVP/JU)	Anstieg der Gesundheitskosten stoppen	Ablehnung
16.3255	Motion Brand Heinz (NR; SVP/GR)	Krankenversicherung. Effizienter Datenaustausch statt teure Bürokratie	Ablehnung
16.3352	Postulat SGK-NR	Gleichmässige Finanzierung der Kostensteigerung bei den Pflegeleistungen durch alle Kostenträger	Ablehnung
Sozialpolitik			
16.3216	Motion Piller Carrard Valérie (NR; SP/FR)	Aktualisierung des Berichtes über die Armut	Ablehnung
Vorsorge			
16.3035	Motion Feller Olivier (NR; FDP/VD)	Vertretung der Pensionierten in den Organen ihrer Pensionskassen	Ablehnung
16.3049	Motion Feller Olivier (NR; FDP/VD)	Vermögensverwaltung der Ausgleichsfonds AHV/IV/EO. Umfassende und transparente Information des Parlamentes, der Medien und der Öffentlichkeit	Ablehnung
16.3065	Postulat Béglé Claude (NR ; CVP/VD)	Für ein flexibles Rentenalter ab dem 58. und über das 70. Altersjahr hinaus ohne negative Auswirkungen	Ablehnung
16.3103	Motion CVP-Fraktion NR (Sprecherin Humbel Ruth)	Beseitigung der Heiratsstrafe auch in der AHV	Ablehnung
16.3225	Motion Hegglin Peter (NR; CVP/ZG)	Einführung eines AHV-Referenzalters und dessen Anbindung an die durchschnittliche Lebenserwartung	Ablehnung

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats (Stand 31. Juli 2016)

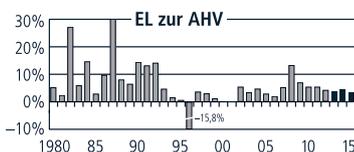
Botschaft: Geschäfts-Nr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBI)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz über die Reform der Altersvorsorge 2020: 14.088	19.11.14	BBI 2015, 1	SGK-S 15./16.1., 10.2., 26./27.3., 23./24.4., 12./13./14.8.15 FK-S 29.1.15	SR 14./15./16.9.15	FK-N 15.10.15 SGK-N 20./21./22.1., 6./7./8.4., 12./13.5., 22./23./24.6.16			
Ausgleichsfonds- gesetz: 15.087	18.12.15	BBI 2016, 311	SGK-S 4./5.7.16					
Änderung des Bun- desgesetzes über Ergänzungsleistun- gen (anrechenbare Mietzinsmaxima): 14.098	17.12.14	BBI 2015, 849	FK-N 30./31.3.15 SGK-N 25./26.6.15 24./25./26.2.16	NR 22.9.15				
Freizügigkeitsge- setz. Ansprüche bei Wahl der Anlage- strategie durch die versicherte Person: 15.018	11.2.15	BBI 2015, 1793	SGK-N 28./29.5.15	NR 22.9.15	SGK-S 2./3.11.15	SR 30.11.15	18.12.15	
KVG. Bestimmungen mit internationalem Bezug: 15.078	18.11.15	BBI 2016, 1	SGK-S 11./12.1.16	SR 16.3.16				
KVG. Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit: 15.083	4.12.15	BBI 2016, 257	SGK-S 2.2., 21./22.3.16	SR 16.6.16				
Bundesgesetz über die Unfallversiche- rung. Änderung: 08.047	30.5.08	BBI 2008, 5395 BBI 2014, 7911 (Zusatzbotschaft)	SGK-N 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11.08; 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09; 28.1., 24.6.10; 13./14.11.14; 15./16./17.4., 28./29.5.15	NR Entwurf 1: 11.6.09 (Rück- weisung an SGK-N); 22.9.10 (Rückweisung an Bundesrat); 4.6.15 (Abschreibung) Entwurf 2: 11.6.09 (Sistierung); 4.6., 10.9.15 Entwurf 3: 4.6., 10.9.15	SGK-S 31.1.11; 12./13./14.8.15	SR Entwurf 1: 1.3.11 (Rück- weisung an Bundesrat); 8.9.15 (Abschreibung) Entwurf 2: 1.3.11 (Sistierung); 8.9., 16.9.15 Entwurf 3: 8.9.15	Entwurf 2: 25.9.15 Entwurf 3: 25.9.15	
ZGB. Vorsorgeaus- gleich bei Schei- dung: 13.049	29.5.13	BBI 2013, 4887	RK-S 1./2.7., 27.8., 14.11.13; 15.1., 15.5.14	SR 12.6.14; 19.6.15	RK-N 13./14.11.14; 22./23.1., 16./17.4.15	NR 1.6., 19.6.15	19.6.15	1.1.17
Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung. Änderung: 16.055	29.6.16	BBI 2016						
Massnahmen zur Bekämpfung der Schwarzarbeit. Bundesgesetz: 15.088	18.12.15	BBI 2016, 157	WAK-N 20./21.6.16					
Soziale Sicherheit. Abkommen mit der Volksrepublik China: 16.018	3.2.16	BBI 2016, 1297	SGK-S 21./22.3.16	SR 16.6.16	SGK-N 7./8.7.16			
Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»: 14.087	19.11.14	BBI 2014, 9281	FK-S 29.1.15 SGK-S 10.2., 26./27.3.15	SR 9.6.15	FK-N 3./4.9.15 SGK-N 12./13.11.15	NR 16.12.15	18.12.15	25.9.16

FK: Finanzkommission/NR: Nationalrat/RK: Kommission für Rechtsfragen/SGK: Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit/SR: Ständerat/WAK: Kommission für Wirtschaft und Abgaben

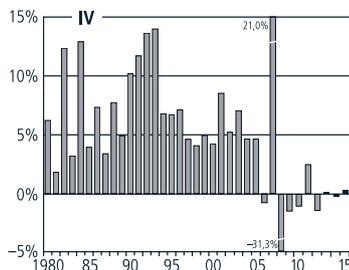
Veränderungen der Ausgaben in % seit 1980



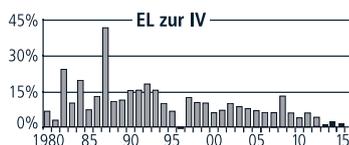
AHV	1990	2000	2010	2014	2015	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	20355	28792	38495	42574	41177	-3,3%
davon Beiträge Vers./AG	16029	20482	27461	29942	30415	1,6%
davon Beiträge öff. Hand	3666	7417	9776	10598	10737	1,3%
Ausgaben	18328	27722	36604	40866	41735	2,1%
davon Sozialleistungen	18269	27627	36442	40669	41533	2,1%
Total Betriebsergebnis	2027	1070	1891	1707	-558	-132,7%
Kapital²	18157	22720	44158	44788	44229	-1,2%
Bezüger/innen AV-Renten (Personen)	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 196 459	...	2,5%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten	74 651	79 715	120 623	137 987	...	3,5%
AHV-Beitragszahlende	4 289 723	4 552 929	5 251 238	5 546 188	...	1,1%



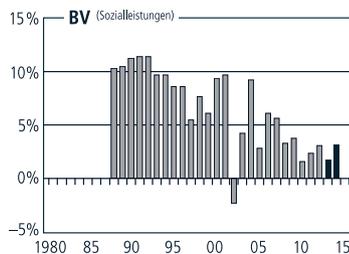
EL zur AHV	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen) (Mio. Fr.)	1124	1441	2324	2712	2778	2,4%
davon Beiträge Bund	260	318	599	696	710	1,9%
davon Beiträge Kantone	864	1 123	1 725	2 016	2 069	2,6%
Bezüger/innen (Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	196 478	201 182	2,4%



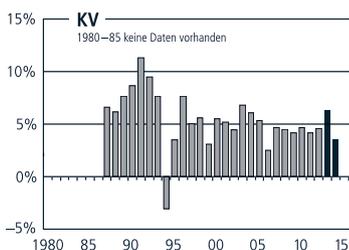
IV	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	4412	7897	8176	10177	9918	-2,5%
davon Beiträge Vers./AG	2307	3437	4605	5018	5096	0,5%
Ausgaben	4133	8718	9220	9254	9304	0,5%
davon Renten	2376	5126	6080	5773	5612	-2,8%
Total Betriebsergebnis	278	-820	-1045	922	614	-33,5%
Schulden bei der AHV	6	-2306	-14944	-12843	-7229	7,8%
IV Fonds²	5000	5000	0,0%
Bezüger/innen IV-Renten (Personen)	164 329	235 529	279 527	259 930	...	-2,0%



EL zur IV	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen) (Mio. Fr.)	309	847	1751	1967	2004	1,9%
davon Beiträge Bund	69	182	638	702	713	1,6%
davon Beiträge Kantone	241	665	1 113	1 264	1 290	2,0%
Bezüger/innen (Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	112 864	113 858	0,9%

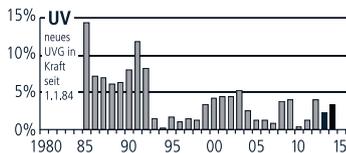


BV/2.Säule (Quelle: BFS/BSV)	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	32882	46051	62107	69635	...	2,9%
davon Beiträge AN	7704	10294	15782	17753	...	2,4%
davon Beiträge AG	13156	15548	25432	28354	...	10,9%
davon Kapitalertrag	10977	16552	15603	15292	...	7,5%
Ausgaben	16447	32467	45555	51202	...	1,4%
davon Sozialleistungen	8737	20236	30912	34273	...	3,1%
Kapital	207200	475000	617500	770300	...	8,1%
Rentenbezüger/innen (Bezüger/innen)	508 000	748 124	980 163	1 074 741	...	2,0%

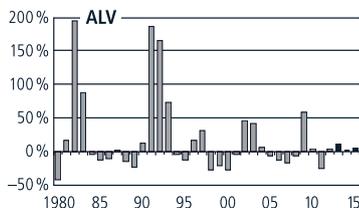


KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	8623	13907	22472	25944	...	3,3%
davon Prämien (Soll)	6954	13442	22051	25845	...	3,4%
Ausgaben	8370	14204	22200	26155	...	3,0%
davon Leistungen	7402	13190	20884	24650	...	2,6%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.	-801	-2288	-3409	-3989	...	-2,4%
Rechnungssaldo	254	-297	273	-212	...	21,5%
Kapital	6600	6935	8651	13199	...	9,1%
Prämienverbilligung	332	2545	3980	4007	...	-0,2%

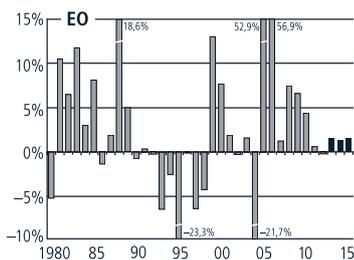
Veränderungen der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	4181	5992	7863	7773	...	0,0%
davon Beiträge AN/AG	3341	4671	6303	6089	...	0,1%
Ausgaben	3259	4546	5993	6662	...	3,5%
davon direkte Leistungen inkl. TZL	2743	3886	5170	5698	...	3,6%
Rechnungssaldo	923	1446	1870	1111	...	-16,7%
Kapital	12553	27322	42817	50530	...	3,5%



ALV (Quelle: seco)	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	736	6230	5752	7260	7483	3,1%
davon Beiträge AN/AG	609	5967	5210	6633	6796	2,5%
davon Subventionen	-	225	536	618	634	2,5%
Ausgaben	452	3295	7457	6523	6874	5,4%
Rechnungssaldo	284	2935	-1705	737	610	-17,3%
Kapital	2924	-3157	-6259	-2149	-1539	28,4%
Bezüger/innen ³ (Total)	58503	207074	322684	302862	...	2,3%



EO	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen inkl. Kapitalwertänderung (Mio. Fr.)	1060	872	1006	1838	1811	-1,5%
davon Beiträge	958	734	985	1790	1818	1,6%
Ausgaben	885	680	1603	1668	1703	2,1%
Total Betriebsergebnis	175	192	-597	170	108	-36,5%
Kapital	2657	3455	412	968	1076	11,1%

FZ	1990	2000	2010	2014	2015	VR ¹
Einnahmen (Mio. Fr.)	2689	3974	5074	5957	...	3,9%
davon FZ Landwirtschaft	112	139	149	121	...	-6,7%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2014

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2013/2014	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2013/2014	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	41331	1.5%	40866	2.2%	465	44788
EL zur AHV (GRSV)	2712	4.1%	2712	4.1%	-	-
IV (GRSV)	10007	1.4%	9254	-0.6%	753	-7843
EL zur IV (GRSV)	1967	2.3%	1967	2.3%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	69635	2.9%	51202	1.4%	18432	770300
KV (GRSV)	25944	3.3%	26155	3.0%	-212	13199
UV (GRSV)	7773	0.0%	6662	3.5%	1111	50530
EO (GRSV)	1804	1.6%	1668	1.8%	136	968
ALV (GRSV)	7260	2.6%	6523	0.5%	737	-2149
FZ (GRSV)	5957	3.9%	5761	2.4%	196	1510
Konsolidiertes Total (GRSV)	173683	2.4%	152065	1.9%	21619	871302

Volkswirtschaftliche Kennzahlen

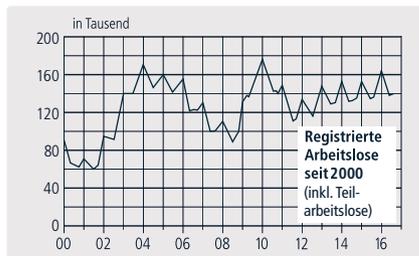
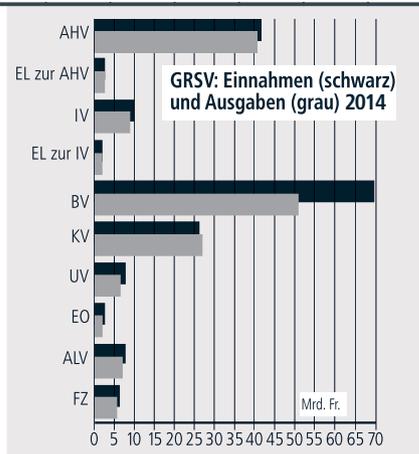
	2000	2005	2010	2012	2013	2014
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,1%	25,5%	25,2%	26,1%	26,6%	26,9%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	18,0%	20,3%	19,6%	19,8%	20,1%	20,4%

Arbeitslose

	Ø 2013	Ø 2014	Ø 2015	Mai 16	Juni 16	Juli 16
Registrierte Arbeitslose	136524	136764	142810	144778	139127	139310
Arbeitslosenquote ⁶	3,2%	3,0%	3,2%	3,2%	3,1%	3,1%

Demografie Basis: Szenario A-00-2015

	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	32,9%	32,6%	32,6%	34,7%	34,7%	34,2%
Altersquotient ⁷	29,9%	30,2%	32,6%	41,3%	47,6%	52,2%



¹ Veränderungsrate des letzten verfügbaren Jahres.
² Überweisung von 5 Mrd. Franken per 1.1.2011 vom AHV- zum IV-Kapitalkonto.
³ Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
⁴ Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.
⁵ Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.
⁶ Anteil der registrierten Arbeitslosen an der Zahl der erwerbstätigen Wohnbevölkerung.

⁷ Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

Quelle: Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2016 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

NACHGEFRAGT

Gleichstellung von Frau und Mann:

Wo stehen wir?

Seit Anfang des 21. Jahrhunderts gilt in der Schweiz die rechtliche Gleichstellung von Frau und Mann als erreicht. Gleichzeitig sind gewichtige Voraussetzungen einer Gleichstellung im Alltag, wie die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsarbeit, noch bei weitem nicht gegeben.



Dr. phil. Elisabeth Joris,
freischaffende Historikerin,
Zürich

Warum besteht in Sachen Gleichstellung noch immer politischer Handlungsbedarf?

Das Gesetz von 1996 ist der Mobilisierungsbereitschaft der Frauen nach dem Frauenstreik und der Nichtwahl von Christiane Brunner in den Bundesrat zu verdanken. Wie heute, wies der allgemeine politische Trend in Richtung Deregulierung. Doch ein Abbau der weiterhin herrschenden Lohnungleichheit und Unterrepräsentation der Frauen in Gremien mit Leitungsfunktionen der Privatwirtschaft verlangt nach Regelungen. Die Opposition gegen die Vorschläge von Bundesrätin Sommaruga (Lohnanalyse) kann nur mit breitem Widerstand der Frauen gebrochen werden.

Wo ist die Politik und wie sind die Männer in die Pflicht zu nehmen?

Der Vaterschaftsurlaub ist ein richtiger Ansatz. Für den Alltag braucht es neben dem Ausbau flexibler Betreuungsangebote allerdings ein Recht auf spezifisch angepasste Arbeitszeiten bei effektiver Übernahme familiärer Aufgaben. Dessen Inanspruchnahme hat bei der Wertung des Karriereverlaufs verbindlich als positives Kriterium zu gelten. Nicht akzeptabel ist angesichts des gleichstellungspolitischen Status quo der Ruf nach einer Wehrpflicht für Frauen. Letztere haben mit dem Ausbau ihrer Erwerbstätigkeit eine enorme Vorleistung mit gesamtwirtschaftlichem Nutzen erbracht, ohne dass sich diese in einer faktischen Umsetzung der Lohngleichheit niedergeschlagen hätte. Aus gleichstellungspolitischer Sicht stehen die ungeklärten Lohnunterschiede derzeit deshalb einer allgemeinen Dienstpflicht von Frauen und Männern entgegen.

WAS IST EIGENTLICH?

Split|ting

[splɪtɪŋ]

Eingeführt 1997 mit der 10. AHV-Revision. Bei der Berechnung der Rente werden die während der Ehejahre erzielten Einkommen beider Ehegatten zusammengezählt und beiden je zur Hälfte gutgeschrieben. Die Teilung erfolgt gleichzeitig bei den Erziehungs- und den Betreuungsgutschriften. Die Voraussetzungen zur Einkommensenteilung sind erfüllt, wenn die Ehegatten in den gleichen Kalenderjahren versichert waren. Das Splitting erfolgt, sobald beide Ehegatten oder eine verwitwete Person Anspruch auf eine Rente haben oder ihre Ehe geschieden wird. Die Massnahme begründete den Anspruch der Frauen auf eine eigene Rente und verbesserte v. a. die wirtschaftliche Situation geschiedener Frauen.

Quellen: www.bsv.admin.ch

DIE SOZIALE ZAHL

20 000

Fr. Rente erhält eine Frau der Rentnergeneration 2002–2012 im Jahr durchschnittlich weniger als ein Mann. Während das geschlechtsspezifische Rentengefälle, der sog. Gender-Pension-Gap (GPD) in der AHV weniger als 3 % beträgt, sind es in der BV mehr als 60 %; ein Hinweis auf die traditionelle innerfamiliäre Aufgabenteilung dieser Generation. Bis 1995 konnten Frauen, die heirateten, ihr Vorsorgekapital vorbeziehen, was ihre erwerbsbasierten Rentenansprüche noch einmal schmälerte. Mit der Reform Altersvorsorge 2020 soll u. a. der Vorsorgeschutz von Teilzeitbeschäftigten und Angestellten mit tiefen Löhnen verbessert werden.

Quelle: www.bfs.admin.ch

VOR 20 JAHREN

20 Jahre Gleichstellungsgesetz (GIG)

Am 1. Juli 1996 trat das Bundesgesetz über die Gleichstellung von Frau und Mann (Gleichstellungsgesetz GIG) in Kraft.



Abstimmungsplakat Verfassungsartikel, 14. Juni 1981.

Anfang Juli 1996 – 15 Jahre nach Einführung des Grundsatzes «Gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit» in der Bundesverfassung (Art. 8 Abs. 3 BV 1999) – wurde mit dem GIG die Gleichstellung der Geschlechter im Erwerbsleben gesetzlich verankert. Die letzte entsprechend ausgewertete Lohnstrukturerhebung des Bundes 2012 weist dar-

auf hin, dass das im GIG festgehaltene Verbot der Lohndiskriminierung aufgrund des Geschlechts, des Zivilstands und der familiären Situation noch immer nicht vollständig durchgesetzt ist. Zwar sank der Anteil unerklärter Lohnunterschiede im privaten Sektor zwischen 1998 (41,1 %) und 2008 (38,9 %). Allerdings wurde für 2012 noch immer eine mittlere monatliche Lohn Differenz zwischen Frauen und Männern von Fr. 1659 (20,3 %) erhoben, von welcher Fr. 678 (8,3 %) nicht erklärt werden konnten; im öffentlichen Sektor betrug die Differenz Fr. 1478 (16,5 %), wovon Fr. 573 (6,4 %) unerklärt bleiben. Im März 2016 endete die Vernehmlassung zu einer GIG-Teilrevision, mit welcher der Bundesrat vorschlägt, Arbeitgeber mit mehr als 50 Angestellten alle vier Jahre zu einer internen Lohnanalyse anzuhalten.

Quellen: www.ebg.admin.ch; www.goo.gl/s423FT (BFS); www.goo.gl/16XfpR (Vernehmlassungen)

KURZ NOTIERT

Nationale Menschenrechtsinstitution für die Schweiz

Nach der Evaluation des universitär verankerten Pilotprojekts Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrechte (SKMR) hat der Bundesrat Ende Juni 2016 beschlossen, eine nationale Menschenrechtsinstitution einzurichten. Diese soll die Menschenrechte in der Schweiz weiter stärken, die Behörden, Organisationen der Zivilgesellschaft und Unternehmen im Menschenrechtsbereich unterstützen und den Austausch zwischen den relevanten Akteuren fördern. Das EJPD und das EDA wurden beauftragt, dem Bundesrat bis Ende Juni 2017 eine Vernehmlassungsvorlage zu unterbreiten. www.goo.gl/J07gES (Bundesrat); www.skmr.ch

Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiter verbessern

Berufstätige Eltern sollen für die Drittbetreuung ihrer Kinder weniger bezahlen und das Betreuungsangebot soll besser auf ihre Bedürfnisse abgestimmt werden. Der Bundesrat will dazu für fünf Jahre 100 Millionen Franken als Anstossfinanzierung zur Verfügung stellen. Er hat die Botschaft zur entsprechenden Änderung des Bundesgesetzes über Finanzhilfen für familienergänzende Kinderbetreuung an das Parlament überwiesen. www.goo.gl/XCZwFL (BSV)

AGENDA

SVSP Jahrestagung 2016: 15 Jahre Reform der IV

Die Tagung zieht Bilanz über die IV-Reformen der letzten Jahre und diskutiert Fragen der beruflichen Integration sowie die Lebensbedingungen der IV-Rentnerinnen und -rentner.

2.11.2016 Bern
www.goo.gl/mev2tG

Nationale Konferenz gegen Armut

Mit dem Schwerpunkt «Armutsprävention durch Bildung» gibt das Nationale Programm gegen Armut neue Impulse für die Armutsprävention und -bekämpfung in der Schweiz.

22.11.2016, Biel
www.goo.gl/Pckkth

Tagung zur Behindertenrechtskonvention (BRK)

Anhand von Praxisbeispielen werden an der diesjährigen Luzerner Tagung neue Wege sowie innovative und gelingende Ansätze zur Umsetzung der BRK diskutiert.

25.11.2016 Luzern
www.goo.gl/ZIBvCO

IHRE
GESUNDHEITS-
KOSTEN ...

... SIND
UNS NICHT
EGAL!

ZUCKERFREI
LAKTOSEFREI
GLUTENFREI
FETTARM
OHNE EIER
OHNE FARBSTOFFE
OHNE ZUSATZSTOFFE
ALKOHOLFREI



IMPRESSUM

Publikationsdatum

2. September 2016

Herausgeber

Bundesamt für Sozialversicherungen

Redaktion

Suzanne Schär

E-Mail: suzanne.schaer@bsv.admin.ch

Telefon 058 462 91 43

Die Meinung BSV-externer Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.

Redaktionskommission

Jérémie Lecoultré, Marco Leuenberger,
Katharina Mauerhofer, Stefan Müller,
Robert Nyffeler, Michela Papa, Nicole Schwager

Abonnemente und Einzelnummern

Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL)

3003 Bern

Telefax 031 325 50 58

www.bundespublikationen.admin.ch

Übersetzungen

Sprachdienst des BSV

Copyright

Nachdruck von Beiträgen erwünscht;
nur mit Zustimmung der Redaktion

Auflage

Deutsche Ausgabe 2200

Französische Ausgabe 1070

Abonnementspreise

Jahresabonnement (4 Ausgaben): Fr. 35.–
inkl. MwSt., Einzelheft Fr. 9.–

Vertrieb

BBL

Gestaltung

MAGMA – die Markengestalter, Bern

Satz und Druck

Cavelti AG, Gossau

Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG

318.998.3/16d

