

Schwerpunkt

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der neuen Spitalfinanzierung

Sozialpolitik

Zehn Jahre Mutterschaftsentschädigung

Invalidenversicherung

Autismus bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Soziale Sicherheit

CHSS 3/2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 3/2015

Editorial 125

Chronik April / Mai 2015 126

Schwerpunkt

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (Christian Vogt, Markus Weber, Bundesamt für Gesundheit) 131

2012: Übergangsjahr für Kosten und Finanzierung (Sonia Pellegrini, Sacha Roth, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) 136

Erste Evaluation der Auswirkungen von DRG auf die Qualität der Spitalpflege (Dimitri Kohler, Marcel Widmer, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) 141

Verändert die neue Spitalfinanzierung das Verhalten der Spitäler? (Wolfram Kägi, Miriam Frey, B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung) 145

Die neue Spitalfinanzierung aus Sicht der Invalidenversicherung (Martin Gebauer, Bundesamt für Sozialversicherungen) 150

Sozialpolitik

Ausgeglichene Finanzhaushalte in der Gesamtrechnung 2013 (Salome Schüpbach, Stefan Müller, Bundesamt für Sozialversicherungen) 153

Zehn Jahre Mutterschaftsentschädigung (Katharina Schubarth, Bundesamt für Sozialversicherungen) 159

Invalidenversicherung

IV-Statistik 2014: Zunahme der beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei sinkenden Rentenzahlen (Beat Schmid, Bundesamt für Sozialversicherungen) 163

Arbeit und psychische Gesundheit: Der neue Synthesebericht der OECD liegt vor (Katrin Jentzsch, Bundesamt für Sozialversicherungen) 167

Autismus bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Andreas Eckert, Christian Liesen, Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich; Evelyne Thommen, Véronique Zbinden Sapin, Fachhochschule Westschweiz) 170

Vorsorge

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2014 (Jacques Mèry, Shpend Hashani, Bundesamt für Sozialversicherungen) 175

International

Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens mit Uruguay (Kati Fréhelin, Bundesamt für Sozialversicherungen) 179

Parlament

Parlamentarische Vorstösse 181

Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats) 183

Daten und Fakten

Sozialversicherungsstatistik 184

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge) 186

Literatur 187

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Neue Spitalfinanzierung – Eine erste Zwischenbilanz



Oliver Peters
Vizedirektor, Bundesamt für Gesundheit

Die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung bezweckt die Erhöhung der Transparenz im Gesundheitssystem und – bei mindestens gleichbleibender Qualität – die Eindämmung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich. Ihr Kernstück ist das Fallpauschalensystem SwissDRG. Vor seiner Einführung wurden zahlreiche negative Auswirkungen befürchtet. SwissDRG werde eine Qualitätsverschlechterung zur Folge haben und die Spitäler würden zu Tode gespart. Ihre Unterfinanzierung würde zu Stellenabbau und sinkender Pflegequalität führen. Spitäler würden Patientinnen und Patienten künftig zu früh nach Hause schicken. Diese sogenannt blutigen Entlassungen würden dazu führen, dass Betroffene vermehrt rehospitalisiert werden müssten. Die Patientenzufriedenheit und -sicherheit werde zurückgehen.

In einer umfangreichen Evaluation untersucht das Bundesamt für Gesundheit (BAG) derzeit die Auswirkungen der Revision, insbesondere auch die Relevanz und Berechtigung der häufigsten Befürchtungen. Dazu veröffentlichte es kürzlich eine erste Zwischenbilanz, welche die Resultate zum Einführungsjahr von SwissDRG zusammenfasst und erste Schlüsse zieht. In der Qualität der stationären Spitalbehandlung sind im ersten Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung keine grundlegenden Änderungen eingetroffen. Patientinnen und Pati-

enten sind nach wie vor sehr zufrieden mit der stationären Behandlung und dem Klinikaufenthalt. Auch die Spitäler zeigen sich durchaus zufrieden mit dem neuen System. Dank der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur von SwissDRG hat die Vergleichbarkeit der Leistungen in verschiedener Hinsicht zugenommen. In Bezug auf die Menge der durchgeführten Behandlungen, deren Qualität und deren Kosten liess sich die Transparenz merklich steigern.

Der bisherige Beobachtungszeitraum der Evaluation ist zu kurz, als dass sich auf der Kostenseite Einsparungseffekte nachweisen liessen. Einmalige Auswirkungen lassen sich derzeit deshalb nicht von strukturellen Effekten unterscheiden. Weitreichende Änderungen, wie sie mit der KVG-Revision beabsichtigt wurden, benötigen erfahrungsgemäss eine gewisse Zeit, bis die Akteure sich auf die neuen Rahmenbedingungen eingestellt haben und Massnahmen ihre volle Wirkung entfalten können. Insgesamt ist die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf gutem Weg. Um ihre Auswirkungen mittelfristig besser beurteilen zu können, sind allerdings weitere Untersuchungen notwendig. In den kommenden Jahren sollen deshalb die bisherigen Datenanalysen zu den Kosten, zur Finanzierung und zur Qualität der stationären Leistungen fortgeführt werden. Zudem wird vertieft untersucht, wie sich die Mengen entwickeln und ob die Spitäler auf Betriebsebene Leistungen verlagern. Damit verbunden werden die Entwicklung der Leistungsspektren und -volumina im Gesamtsystem sowie die kantonalen Spitalplanungen wichtige Themen sein. Das vertiefte Wissen um die Wechselbeziehungen der untersuchten Faktoren wird eine Wirkungsbeurteilung der Revision auf das Zusammenspiel von Planung und Wettbewerb erlauben.

Bisher hat die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung nicht zu den von den Kritikern vorausgesagten Konsequenzen geführt. Weder sind die befürchteten Qualitätseinbussen eingetroffen noch wurden Spitäler zu Tode gespart. Um unerwünschte Wirkungen zu erkennen und gegebenenfalls zu korrigieren, wird das BAG die weitere Entwicklung genau beobachten.

Arbeit

Ältere Arbeitnehmende: Nationale Konferenz beschliesst Massnahmen

Bundesrat Johann N. Schneider-Ammann hat am 27. April mit Kantonen und Sozialpartnern Massnahmen zur Verbesserung der Situation von älteren Arbeitnehmenden beschlossen. Die Beteiligten einigten sich an der ersten Nationalen Konferenz zudem auf eine Roadmap. An der nächsten Konferenz im April 2016 soll eine Bilanz der Massnahmen gezogen werden (www.seco.admin.ch).

Flankierende Massnahmen: Bundesrat möchte Bussenerhöhung im Entsendegesetz

Der Bundesrat hat am 1. April vom Ergebnis der Vernehmlassung zum Bundesgesetz zur Optimierung der flankierenden Massnahmen (FlaM) zur Personenfreizügigkeit Kenntnis genommen. Gestützt auf das Vernehmlassungsergebnis hat er beschlossen, die Erhöhung der Obergrenze der Sanktionen im Entsendegesetz von heute 5000 Franken auf 30000 Franken bei Verstössen gegen die schweizerischen minimalen Lohn- und Arbeitsbedingungen dem Parlament vorzuschlagen. Den Rest der Vorlage wird der Bundesrat einstweilen sistieren (www.seco.admin.ch).

Flankierenden Massnahmen zum freien Personenverkehr Schweiz – EU im Jahr 2014

Die Kontrolltätigkeit der Vollzugsorgane hat sich 2014 stabilisiert. Insgesamt haben die tripartiten und paritätischen Kommissionen die Lohn- und Arbeitsbedingungen in über 40000 Betrieben und bei 159000 Personen kontrolliert. Dank verschiedener Verbesserungen auf Gesetzesebene und der Professionalisierung der Kontrollorgane konnten Lohnunterbietungen gezielter und effizienter bekämpft werden (www.seco.admin.ch).

Lage des Arbeitsmarktes im April 2015

Gemäss den Erhebungen des Staatssekretariats für Wirtschaft (SE-

CO) waren Ende April dieses Jahres 141 131 Arbeitslose bei den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) eingeschrieben, 3977 weniger als im Vormonat. Die Arbeitslosenquote sank damit von 3,4 Prozent im März 2015 auf 3,3 Prozent im Berichtsmonat. Gegenüber dem Vorjahresmonat erhöhte sich die Arbeitslosigkeit um 4044 Personen (+2,9%) (www.seco.admin.ch).

Schweizerische Arbeitskräfteerhebung: Arbeitsangebot

Gemäss den Erhebungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) ist die Zahl der Erwerbstätigen in der Schweiz im 1. Quartal 2015 gegenüber der entsprechenden Vorjahresperiode um 2,8 Prozent gestiegen. Bei der Erwerbslosenquote gemäss Definition des Internationalen Arbeitsamtes (ILO) war in der Schweiz im gleichen Zeitraum ein Rückgang von 4,8 auf 4,4 Prozent zu verzeichnen. In der EU ist die Erwerbslosenquote ebenfalls gesunken (von 11,0% auf 10,2%) (www.statistik.admin.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb).

Schweizerische Arbeitskräfteerhebung: Flexible Arbeitszeiten nehmen zu

Im Jahr 2014 hatte knapp die Hälfte der Arbeitnehmenden (44,6%) flexible Arbeitszeiten. Jede fünfte erwerbstätige Person (20,5%) arbeitete regelmässig am Samstag und rund jede zehnte (10,6%) am Sonntag. Die Arbeitszeitmodelle variieren stark je nach Bildungsstufe und Geschlecht. Dies geht aus den Ergebnissen der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2014 des Bundesamtes für Statistik (BFS) hervor (www.statistik.admin.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb).

Schweizerischer Lohnindex 2014

Gemäss Berechnungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) stieg der Nominallohnindex der Schweiz im Jahr 2014 gegenüber 2013 um durchschnittlich 0,8 Prozent. Damit liegt er bei 103,3 Punkten (Basis 2010 = 100).

Unter Einbezug der mittleren Jahresteuierung von 0,0 Prozent ergab sich auch bei den Reallöhnen eine Erhöhung um 0,8 Prozent (104,1 Punkte gemessen an der Basis 2010 = 100) (www.statistik.admin.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb).

Tag der Arbeit: Bundespräsidentin Sommaruga besucht Arbeiter und Lernende

Anlässlich des 1. Mai hat Bundespräsidentin Simonetta Sommaruga das Unternehmen Micarna SA in Courtepin (FR) besucht. Im Zentrum stand am Tag der Arbeit der direkte Austausch mit Arbeiterinnen und Arbeitern und mit Lernenden. Bundespräsidentin Sommaruga betonte dabei, wie wichtig es sei, dass die Unternehmen genügend Lehrstellen anbieten. Gut ausgebildete junge Fachkräfte seien das Rückgrat des Schweizer Arbeitsmarktes (www.ejpd.admin.ch).

Berufliche Vorsorge

Finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtungen im Jahr 2014

Finanzierungslücke trotz Massnahmen der Vorsorgeeinrichtungen unverändert – akzentuierte Tiefzinsphase verlangt weitere Anpassungen: Die Oberaufsichtskommission Berufliche Vorsorge (OAK BV) hat im Rahmen der Vorstellung ihres dritten Tätigkeitsberichts auch die aktuellen Zahlen zur finanziellen Lage der Vorsorgeeinrichtungen präsentiert. Nach drei guten Anlagejahren weisen die meisten Vorsorgeeinrichtungen in der Schweiz per Ende 2014 einen Deckungsgrad aus, der deutlich über 100 Prozent liegt. Die durchschnittliche Netto-Vermögensrendite betrug 6,8 Prozent (gegenüber 6,2% im Vorjahr). Die Aufhebung des Euro-Mindestkurses durch die Schweizerische Nationalbank (SNB) hat die Grundproblematik der Tiefzinsphase weiter akzentuiert. Wegen dem tiefen Zinsniveau bleibt damit der Renditedruck unverändert hoch. Zudem fallen die den Altersleistungen zu Grunde lie-

genden Zinsgarantien im Durchschnitt um 0,5 Prozent höher aus als die für die Bewertung der Verpflichtungen verwendeten technischen Zinssätze (www.oak-bv.admin.ch).

Publikation der Studie «Auswirkungen von IAS 19 auf die berufliche Vorsorge»

Die Anwendung der IFRS-Rechnungslegungsstandards, insbesondere von IAS 19, durch Unternehmen hat Wechselwirkungen mit der beruflichen Vorsorge ausgelöst und hat kritische Reaktionen hervorgerufen. Es wird befürchtet, dass die betroffenen Unternehmen sich gezwungen sehen könnten, ihre Vorsorgepläne zum Nachteil der Versicherten zu ändern. Das BSV hat deshalb beschlossen, die Sachlage gründlich zu analysieren und hat bei Swisscanto eine Studie in Auftrag gegeben. Als wichtigste Erkenntnisse kann festgehalten werden, dass das Ausmass der Änderungen von Vorsorgeplänen aufgrund von IAS 19 relativiert werden muss. Die Studie räumt ein, dass in wenigen Einzelfällen Verschlechterungen vorgenommen worden sind und dass ein gewisser Anreiz besteht, Änderungen zugunsten des Unternehmens und zuungunsten der Versicherten vorzunehmen. Da es sich um internationale Rechnungslegungsstandards handelt, ist der Handlungsspielraum des schweizerischen Gesetzgebers leider gering, und er wird es in Zukunft auch bleiben (www.bsv.admin.ch).

Bundesrat

Bundesrat verabschiedet Leitlinien und Ziele für die Legislaturplanung 2015–2019

Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 8. Mai 2015 die Leitlinien und Ziele für die kommende Legislaturperiode 2015–2019 verabschiedet. Er richtet die Legislaturplanung 2015–2019 auf drei Schwerpunkte aus: Wohlstand, Zusammenhalt und Sicherheit (www.admin.ch).

Demografie

Bevölkerungsbestand 2014: Bevölkerung wächst weiter und wird immer älter

Ende 2014 belief sich die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz auf 8 236 600 Einwohnerinnen und Einwohner, was im Vergleich zu 2013 einem Anstieg von 96 900 Personen (+1,2%) entspricht. Aktuell sind in der Schweiz jede fünfte Frau und jeder sechste Mann über 64 Jahre alt. Die Zahl der Hundertjährigen und Älteren ist gegenüber 2013 um 4,1 Prozent gestiegen. Soweit die provisorischen Ergebnisse der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 01 – Bevölkerung).

Gesundheit

Epidemiengesetz tritt am 1. Januar 2016 in Kraft

Der Bundesrat hat die Inkraftsetzung des revidierten Bundesgesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemiengesetz) per 1. Januar 2016 beschlossen. Gleichzeitig hat er zwei Verordnungen gutgeheissen. Mit dem neuen Gesetz wird die Bevölkerung besser vor gesundheitlichen Gefahren geschützt (www.bag.admin.ch → Themen → Krankheit und Medizin → Infektionskrankheiten → Rechtliche Grundlagen → Revision Epidemien-gesetz).

Kinder und Jugendliche sind sportbegeistert

Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren treiben auch ausserhalb des Sportunterrichts in der Schule viel Sport. Das zeigt der Kinder- und Jugendbericht der Studie «Sport Schweiz 2014», in der die Sportaktivität und das Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung untersucht wurde (www.baspo.admin.ch).

Komplementärmedizin: Umsetzung des Verfassungsauftrags

Sechs Jahre nach der Annahme des Verfassungsartikels zur Berücksichtigung der Komplementärmedizin läuft die Umsetzung auf verschiedenen Ebenen. Zu diesem Schluss kommt ein vom Parlament in Auftrag gegebener Zwischenbericht, den der Bundesrat verabschiedet hat. Unter anderem sollen komplementär- und phytomedizinische Arzneimittel künftig einen erleichterten Marktzugang erhalten, Kenntnisse über Komplementärmedizin bereits in der universitären Ausbildung vermittelt, Diplome für nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten geschaffen und komplementärmedizinische ärztliche Leistungen von der Grundversicherung definitiv vergütet werden (www.bag.admin.ch → Themen → Gesundheitspolitik → Komplementärmedizin).

LOVE LIFE: weniger HIV-Diagnosen

Bei HIV und Syphilis nimmt die Zahl der Neuansteckungen ab, bei Gonorrhö stabilisiert sie sich: dies das Fazit der Daten aus dem Jahr 2014. Mit 519 bestätigten Fällen hat die Zahl der HIV-Diagnosen im Vergleich zum Vorjahr um rund 10 Prozent abgenommen. Auch bei der Syphilis waren weniger neue Fälle zu verzeichnen. Und die Zahlen bei der Gonorrhö sind nicht mehr weiter angestiegen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) legt den Fokus nun auf die Früherkennung von Neuinfektionen (www.bag.admin.ch).

Medizinisch unterstützte Fortpflanzung 2013: Leichter Rückgang bei den In-vitro- Fertilisationen

Im Jahr 2013 haben sich 6 180 Paare mit Kinderwunsch einer In-vitro-Fertilisation unterzogen. Bei mehr als einem Drittel der Behandlungen kam es zu Schwangerschaften, die zu rund 1 891 Geburten führten. Soweit einige neue Ergebnisse der Statistik der medizinisch unterstützten Fortpflanzung 2013 des Bundesamtes für

Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit).

Mortalitätsstatistik: Grippewelle führt Anfangs 2015 zu mehr Todesfällen

In den ersten Wochen dieses Jahres sind in der Schweiz deutlich mehr Menschen gestorben, als zu erwarten war. Diese Periode mit Übersterblichkeit deckt sich mit dem Höhepunkt der vergangenen Grippewelle. Das Bundesamt für Statistik (BFS) publiziert von nun an wöchentliche Todesfallzahlen auf seiner Website (www.statistik.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit).

Nationales Konzept Seltene Krankheiten: Genehmigung der Umsetzungsplanung

Der Bundesrat hat die Umsetzungsplanung für das Nationale Konzept Seltene Krankheiten genehmigt. Der Plan ist in vier Projekte gegliedert: Schaffung von Referenzzentren, Kostenübernahme, Informationsaustausch und Forschung. Die Umsetzung der vorgesehenen Massnahmen erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Jahren, d.h. bis Ende 2017 (www.bag.admin.ch → Themen → Krankheiten und Medizin → Seltene Krankheiten).

Nationale Strategie Sucht: Eröffnung der Anhörung

Die Nationale Strategie Sucht, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zusammen mit seinen Partnern erarbeitet hat, befindet sich bis am 11. Juli in der Anhörung. Die Strategie will von den bisherigen Teilpolitiken wegkommen und alle Suchtformen in einen umfassenden Ansatz einbinden. Sie will Abhängigkeit vorbeugen, damit verbundene gesundheitliche Schäden verringern, den betroffenen Menschen die erforderliche Hilfe und Behandlung bereitstellen und negative Auswirkungen auf die Gesellschaft verhindern (www.bag.admin.ch → Themen → Nationale Strategie Sucht).

«Wie viel ist zu viel?»: neue Alkoholpräventionskampagne

Ab wie vielen Gläsern gefährdet der Alkoholkonsum die Gesundheit? Die eingegangenen Risiken sind je nach Person und Situation unterschiedlich. Mit der neuen Alkoholpräventionskampagne, die über die Auswirkungen von Alkohol informiert, will das Bundesamt für Gesundheit zusammen mit seinen Partnerorganisationen jede Person dazu anregen, die Frage «Wie viel ist zu viel?» für sich persönlich zu beantworten (www.bag.admin.ch → Themen → Alkohol, Tabak, Drogen, Nationale Strategie Sucht → Alkohol → Kampagne).

International

Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und Uruguay

Das im April 2013 unterzeichnete Abkommen zwischen der Schweiz und Uruguay über soziale Sicherheit ist nach der Ratifizierung durch die Parlamente der beiden Staaten am 1. April 2015 in Kraft getreten (www.bsv.admin.ch).

Invalidenversicherung

Zahlen und Fakten 2014: IV-Neurenten stabilisieren sich, mehr berufliche Eingliederung

Die Zahl der jährlich neu zugesprochenen IV-Renten hat sich seit 2003 halbiert und hat sich seit 2012 bei 14 000 stabilisiert. Die Zahl der laufenden IV-Renten ist weiter gesunken, im Vergleich zum Vorjahr um 2 Prozent auf 225 700 gewichtete Einheiten. Dabei ist gemäss einer Datenanalyse keine wesentliche Verlagerung von der Invalidenversicherung zur Sozialhilfe feststellbar. 2014 hat die IV erneut mehr Massnahmen zur beruflichen Eingliederung durchgeführt. Ausserdem hat sie letztes Jahr

in 540 Fällen einen Versicherungsmisbrauch nachgewiesen (www.bsv.admin.ch).

Migration

Ausländerstatistik 2014

Im Jahr 2014 sind netto 2,7 Prozent weniger Ausländerinnen und Ausländer in die Schweiz eingewandert als noch 2013. Ende 2014 lebten gesamt 1 947 023 Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz, 3,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Mehrheit der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung (rund 68%) stammte aus den EU-28/EFTA-Staaten (www.bfm.admin.ch).

Bundesrat äussert sich zu Empfehlungen des Parlaments zur Personenfreizügigkeit

Der Bundesrat hat Stellung genommen zu vier Empfehlungen der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrats (GPK-N). Die GPK-N empfiehlt dem Bundesrat unter anderem, die Datenlage über Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Dies als Mittel, um umfassendere statistische Analysen zu ermöglichen und um das Aufenthaltsrecht im Rahmen der Personenfreizügigkeit besser kontrollieren zu können. Der Bundesrat weist in seiner Antwort darauf hin, dass die Umsetzung dieser Empfehlungen beträchtlichen finanziellen und administrativen Aufwand bei Bund und Kantonen nach sich ziehen würde. Grundsätzlich erachtet er es aber als möglich, bestehende Datensätze zu verknüpfen, um bessere Auswertungen zu ermöglichen (www.ejpd.admin.ch).

Bundesrat heisst Bericht zum Thema Pendelmigration gut

Der Bundesrat hat am 29. April 2015 einen Bericht zum Thema «Pendelmigration zur Alterspflege» gutgeheissen. Darin werden mögliche Lösungen zur Verbesserung der Arbeits-

bedingungen von Pendelmigrantinnen aufgezeigt. Das WBF wird beauftragt, bis Mitte 2016 eine Abschätzung der Regulierungsfolgenkosten vorzulegen. In Zusammenarbeit mit EDI und EJPD sollen zudem die Lösungswege mit den Kantonen, Sozialpartnern und Organisationen der Betroffenen diskutiert und dem Bundesrat bis Ende 2016 ein konkreter Lösungsvorschlag unterbreitet werden (www.seco.admin.ch).

Sozialpolitik

Asylstatistik April 2015

Im April 2015 wurden in der Schweiz 1 376 Asylgesuche eingereicht, das entspricht einer Abnahme von 8 Prozent im Vergleich zum März (1 500 Gesuche) und einem Rückgang um 6 Prozent im Vergleich zum April 2014. Die Zahl der Gesuche eritreischer und sri-lankischer Staatsangehöriger sank gegenüber dem Vormonat, während die Zahl der Asylgesuche syrischer Staatsangehöriger zunahm (www.bfm.admin.ch).

Ausschreibung des Forschungsprojekts «Regulierungen für die Eröffnung einer Einrichtung der familienergänzenden Kinderbetreuung»

Das Postulat Quadranti «Abbau von bürokratischen Hürden und Vorschriften bei der Kinderbetreuung im ausserfamiliären Bereich» beauftragt den Bundesrat, die Bürokratie und Auflagen im Zusammenhang mit der Bewilligung von Plätzen für familienergänzende Betreuung zu prüfen. Das Ziel des Projekts ist die Erfassung der für die Eröffnung einer Einrichtung für die familienergänzende Kinderbetreuung geltenden Regulierungen auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene. Untersucht werden sollen die Auflagen für die Schaffung einer solchen Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf baupolizeiliche Anforderungen, Brandschutz, Unfall-

verhütung, Hygiene und Lebensmittelsicherheit (www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Ausschreibungen).

Bundesrat will Jugendmedienschutz weiter stärken

Die Massnahmen der beiden nationalen Programme Jugend und Gewalt sowie Jugend und Medien haben sich bewährt. Nach fünf Jahren zieht der Bundesrat in zwei Berichten eine positive Bilanz. Weil der Problemdruck insbesondere beim Jugendmedienschutz nach wie vor hoch ist, sollen die Unterstützungsmassnahmen weitergeführt werden. Gleichzeitig will der Bund hier die Koordination und Regulierung verstärken (www.bsv.admin.ch).

Bundesrat plädiert für modernes Familienrecht

Die Formen des Familienlebens sind im Laufe der Zeit immer vielfältiger geworden. Diesem Wandel haben verschiedene Gesetzesänderungen in den letzten Jahren Rechnung getragen, wie der Bundesrat in einem am 25. März verabschiedeten Bericht festhält. Allerdings sieht der Bundesrat Handlungsbedarf für weitere Anpassungen – zum Beispiel stellt er die Einführung einer gesetzlich geregelten Partnerschaft mit geringerer rechtlicher Wirkung als die Ehe zur Diskussion. Die Ehe selber wird nicht in Frage gestellt. Der Bericht soll als Diskussionsgrundlage für künftige Gesetzesrevisionen dienen (www.admin.ch).

DEZA: Jahresbericht 2014 zum Schweizer Erweiterungsbeitrag

Der Jahresbericht 2014 der DEZA und dem SECO zum Schweizer Erweiterungsbeitrag ist erschienen. Mit dem Erweiterungsbeitrag unterstützt die Schweiz die EU-10, jene Staaten, welche 2004 der EU beigetreten sind, Bulgarien und Rumänien, die 2007 Mitglieder wurden, sowie Kroatien, das der EU 2013 beitrug. Ziel ist, wirtschaftliche und soziale Ungleichheiten in der erweiterten EU zu vermindern.

Der Gesamtbetrag beläuft sich auf 1,302 Mrd. Franken. Ende 2014 befinden sich rund 300 Projekte in der Umsetzung; 18 sind bereits abgeschlossen (www.erweiterungsbeitrag.admin.ch).

UNO-Kinderrechtskonvention: Schweiz soll drittem Fakultativprotokoll beitreten

Der Bundesrat hat am 25. März die Vernehmlassung über die Genehmigung des dritten Fakultativprotokolls zur UNO-Kinderrechtskonvention eröffnet. Das Protokoll ergänzt die Konvention um ein Mitteilungsverfahren, mit dem Einzelpersonen vor dem UNO-Kinderrechtsausschuss Verletzungen der Konventionsgarantien geltend machen können. Mit dem neuen Kontrollinstrument soll die Konvention wirksamer umgesetzt werden können (www.eda.admin.ch).

Sozialversicherungen

Unterschiedliche Betriebsergebnisse von AHV, IV und EO: positive Anlageergebnisse

Die AHV schliesst das Jahr 2014 mit einem negativen Umlageergebnis von – 320 Millionen Franken ab, nachdem es 2013 mit 14 Millionen noch knapp positiv ausgefallen war. Das heisst, die Ausgaben der AHV sind im letzten Jahr höher gewesen als ihre Einnahmen. Dank des guten Anlageergebnisses, welches mit Vermögenserträgen von 1 752 Millionen wesentlich höher als im Vorjahr (607 Millionen) ausgefallen ist, konnte der Abfluss aus dem AHV-Fonds jedoch überkompensiert werden. Das Umlageergebnis (684 Millionen) der IV ist angestiegen genauso wie das Betriebsergebnis (922 Millionen). Das positive Betriebsergebnis dient dazu, die IV-Schuld gegenüber der AHV weiter zu tilgen. Das Umlageresultat der EO blieb stabil. Es schliesst mit einem Überschuss von 122 Millionen ab (Vorjahr 128 Millionen) (www.bsv.admin.ch).



Quelle: Bundesamt für Strassen (ASTRA)

Die Massnahmen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung werden seit gut drei Jahren umgesetzt – ein kurzer Beobachtungszeitraum zur Beurteilung ihrer Wirkung, aber trotzdem der Moment für eine erste Zwischenbilanz: Liess sich das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und für die obligatorische Krankenpflegeversicherung wie beabsichtigt eindämmen, ohne die Qualität der Leistungen zu beeinträchtigen? Unsere Schwerpunktartikel nähern sich dieser Frage aus verschiedener Perspektive. Sie zeichnen nach, wie sich die neu eingeführten Fallkostenpauschalen SwissDRG auf die Kosten, Finanzierung, Qualität und das stationäre Angebot der Spitäler auswirken. Aufgrund der Erkenntnisse aus dem Zwischenbericht diskutieren sie aber auch, wie sich die eingeleiteten Massnahmen längerfristig evaluieren lassen und inwiefern sich weiterer Steuerungsbedarf abzeichnet.

Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Die Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung ist eine der weitreichendsten und meistdebattierten Revisionen seit Bestehen des KVG. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) begleitet ihre Umsetzung mit einer langfristig angelegten Evaluation, die sich über die Jahre 2012 bis 2019 erstreckt. Im Zentrum der Untersuchungen stehen die Kosten, die Qualität, das Verhalten der Spitäler und die Spitallandschaft. Erste Resultate liegen vor.



Christian Vogt
Bundesamt für Gesundheit



Markus Weber

Vor dem Hintergrund allgemein steigender Gesundheitskosten und eines ausgeprägten Kostenwachstums im stationären Spitalbereich haben die eidgenössischen Räte Ende 2007 mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung eine weitreichende Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung verabschiedet. Sie ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten.

Mit der Revision soll hauptsächlich das Kostenwachstum im stationären Spitalbereich und für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) eingedämmt werden – dies bei mindestens gleichbleibender Qualität der stationären Spitalleistungen. Die mehrheitlich seit dem 1. Januar 2012 umgesetzten Massnahmen sollen dazu beitragen, die zur Zielerreichung nötige Transparenz und Effizienz im System zu erhöhen und den Wettbewerb zwischen den Spitälern zu intensivieren.

¹ Der stationäre Spitalbereich umfasst Spitäler der Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie.

Wichtigste Massnahmen der Revision

Die Massnahmen betreffen eine Vielzahl von Akteuren des Gesundheitswesens. In ihrem Wirkungszentrum stehen aufseiten der Leistungserbringer insbesondere die Spitäler und aufseiten der Kostenträger vor allem die Kantone und die Krankenversicherer.

Einführung leistungsbezogener Pauschalen

Seit dem 1. Januar 2012 werden stationäre Spitalleistungen grundsätzlich mittels leistungsbezogener Pauschalen abgegolten, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstrukturen beruhen. Vor der Revision der Spitalfinanzierung gab es einerseits eine Vielzahl von Tarifsyste- men für die Abrechnung der stationären Spitalleistungen, wie z.B. Tages- oder Abteilungsfallpreispauschalen. Andererseits wurden nicht die Leistungen an sich vergütet, sondern die anrechenbaren Betriebskosten der Spitäler gedeckt. Das System wurde somit im Rahmen der Revision von einer Objekt- auf eine Leistungsfinanzierung umgestellt. Mit der Einführung eines schweizweit einheitlichen Tarifsystems wird die Abgeltung der stationären Spitalleistungen übersichtlicher, transparenter sowie besser vergleichbar und damit ein Anreiz für eine effizientere Leistungserbringung gesetzt.

Im stationären Bereich der Akutsomatik¹ erfolgt die Abgeltung nach dem Tarifsysteem SwissDRG, dessen Struktur zwischen den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Krankenversicherer) vereinbart wurde. Die Tarifstruktur unterteilt die akutsomatischen Leistungen in rund tausend verschiedene diagnosebezogene Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG). Jeder DRG ist ein bestimmtes Kostengewicht (vgl. Beispiel in Tabelle **T1**) zugeordnet, dessen Höhe massgeblich durch die für die Leistungserbringung notwendigen Ressourcen bestimmt wird. Dazu zählen neben dem Aufwand für die effektive Leistung an der Patientin oder am Patienten auch die Anlagennutzungskosten. Die Tarifstruktur bzw. die einzelnen Kostengewichte gelten für alle akutsomatischen Spitäler gleichermaßen und werden derzeit im Jahresrhythmus weiterentwickelt. 2015 gilt die Tarifstruktur SwissDRG Version 4.0.

Die effektive Vergütung bzw. den Preis der Leistung bestimmen spitalspezifische sogenannte Baserates oder Basisfallpreise. Sie werden zwischen den Tarifpartnern in der Regel jährlich ausgehandelt (u. a. auf der Grundlage eines Benchmarkings mit vergleichbaren Spitälern). Die effektive Vergütung für eine Behandlung wird berechnet, indem das Kostengewicht der entsprechenden Diagnosegruppe mit der Baserate des Spitals multipliziert wird.

Beispielhafte Vergütung nach SwissDRG

T1

Kostengewicht nach Fallgruppe

DRG	Bezeichnung	Kostengewicht
G23C	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre	0,673
A05B	Herz- oder Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre	13,417

Effektive Vergütung nach Diagnosegruppe und Spital in Franken

DRG	Kostengewicht	Spital A		Spital B	
		Baserate	Vergütung	Baserate	Vergütung
G23C	0,673	× 10 000	6 730	× 9 000	6 057
A05B	13,417		134 170		120 753

Quelle: Eigene Darstellung (Fallpauschalenkatalog SwissDRG 4.0: www.swissdrg.org)

Noch ausstehend ist die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen in den stationären Bereichen der Psychiatrie und der Rehabilitation. Schweizweit einheitliche Tarifstrukturen sollen hier 2018 eingeführt werden.

Kantonale Spitalplanung

Ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im stationären Spitalbereich sind die kantonalen Spitalplanungen. Gestützt darauf wird festgelegt, welche Spitäler welche medizinischen Leistungen zu erbringen haben. Die entsprechenden Spitäler (Listenspitäler) erhalten einen Leistungsauftrag vom Kanton und werden auf dessen Spitalliste aufgeführt.

Mit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung wurden die Kantone verpflichtet, bei der Planung auch die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung durch die Spitäler zu berücksichtigen.

Seit der Revision gelten für alle auf einer kantonalen Spitalliste verzeichneten Spitäler, unabhängig von der Trägerschaft (öffentlich oder privat), grundsätzlich dieselben Rahmenbedingungen bzw. dieselben Rechte und Pflichten, wie z.B. die Aufnahmepflicht gemäss Leistungsauftrag des Kantons. Damit gibt es grundsätzlich keinen Unterschied mehr zwischen den Spitälern, die vormals als öffentlich, öffentlich subventioniert oder privat bezeichnet wurden.

Auch der Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) wurde genauer geregelt: Mit der Unterzeichnung der interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008 haben sich die Kantone verpflichtet, die Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen gesamtschweizerisch zu koordinieren.

Insgesamt sollen mit diesen Massnahmen die Wirtschaftlichkeit bzw. eine effiziente Leistungserbringung und die Qualität der Leistungen gefördert werden. Schliesslich soll die interkantonale Zusammenarbeit im Bereich der Spitalplanung gestärkt werden.

Dual-fixe Finanzierung der Spitalleistungen

Stationäre Spitalleistungen werden dual, d.h. von zwei Finanzierungsträgern (Kantone und OKP), vergütet. Die Kantone beteiligen sich nur an der Vergütung der Leistungen von Spitälern, die als Listenspitäler in einer kantonalen Planung verankert sind.

Mit der Revision der Spitalfinanzierung wurden die Finanzierungsanteile von Kantonen und OKP wie folgt fixiert: Die Kantone übernehmen mindestens 55 Prozent und die OKP maximal 45 Prozent der Vergütung. Um in der Übergangsphase dieser neuen Regelung die zusätzliche finanzielle Belastung der Kantone in Grenzen zu halten, haben Kantone, deren Durchschnittsprämie für Erwachsene am 1. Januar 2012 unter dem schweizerischen Durchschnitt lag, bis zum 1. Januar 2017 Zeit, ihren Vergütungsanteil schrittweise auf mindestens 55 Prozent festzusetzen.

Mit der Revision haben die Krankenversicherer neu die Möglichkeit, mit Spitälern, die nicht auf einer Spitalliste aufgeführt sind, Verträge über die Vergütung von OKP-Leistungen abzuschliessen (Vertragsspitäler). Auch bei Vertragsspitälern übernimmt die OKP maximal 45 Prozent der Vergütung. Die restlichen 55 Prozent sind durch die Versicherten bzw. durch deren Zusatzversicherung zu übernehmen.

Mit dieser Massnahme soll einerseits die Transparenz bei der Finanzierung verbessert, andererseits der Finanzierungsanteil und damit das Kostenwachstum der OKP begrenzt werden.

Erweiterte freie Spitalwahl

Mit der Revision der Spitalfinanzierung können Versicherte für die stationäre Behandlung neu unter allen Listenspitälern frei wählen, also auch solchen, die ausserhalb ihres Wohnkantons liegen. Bei einer ausserkantonalen stationären Behandlung in einem Listenspital vergüten der Versicherer und der Wohnkanton anteilmässig höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspi-

tal des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt. Eine Ausnahme bildet die ausserkantonale stationäre Spitalbehandlung aufgrund medizinischer Indikation, bei welcher der Wohnkanton bereits vor der Revision eine allfällige Differenz zwischen dem Tarif des ausserkantonalen sowie des Listenspitals im Wohnkanton übernahm. Im Vergleich zur Situation vor der Revision ist damit die finanzielle Beteiligung der Versicherten für ausserkantonale stationäre Spitalaufenthalte nur noch marginal. Die Zusatzversicherungen, die vorher zumeist für diese Differenz aufkamen, sollten dadurch stark entlastet werden. Diese Massnahme soll primär den Wettbewerb zwischen den Spitälern intensivieren.

Transparenz über die Qualität medizinischer Leistungen

Die Leistungserbringer wurden mit der Revision zu mehr Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen verpflichtet: Die Spitäler müssen die Daten zu medizinischen Qualitätsindikatoren bekannt geben, die das BAG anschliessend veröffentlicht. Mit dieser Massnahme soll die Qualität der Leistungen transparenter werden.

Konzeption der Evaluation

Um die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu analysieren, hat der Bundesrat am 25. Mai 2011 die Durchführung einer Evaluation gutgeheissen. In Art. 32 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) ist festgehalten, dass wissenschaftliche Untersuchungen über die Durchführung und die Wirkungen des KVG vom BAG durchzuführen sind.

Zwischen 2012 und 2018 werden in vier Themenbereichen wissenschaftliche Studien durchgeführt. Sie sollen aufzeigen, wie und mit welchen Auswirkungen die Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung umgesetzt wurde. Im Kern geht es darum darzulegen, ob und in welchem Umfang die mit der Revision veranlassten Massnahmen zur Erreichung der sozial- und wettbewerbpolitischen Zielsetzungen beitragen und dabei insbesondere die Kosten in der OKP eindämmen. Neben der Wirkung der Massnahmen auf die Kostenentwicklung soll aber auch untersucht werden, wie die Revision mit dem Zugang zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung und der Solidarität zwischen den Versicherten zwei weitere zentrale Zielsetzungen des KVG beeinflusst. Die Ergebnisse der Einzelstudien des BAG, ergänzt mit den Forschungsergebnissen weiterer Akteure, werden 2019 in einem abschliessenden Synthesebericht zu einem Gesamtbild zusammengeführt. Dabei werden folgende, übergeordnete Fragestellungen im Mittelpunkt stehen:

1. Welches sind die Folgen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung?
2. Welche Auswirkungen hat die Revision auf die Hauptakteure des Gesundheitssystems, d.h. auf die

Kantone, die Versicherer sowie die Leistungserbringer und die Versicherten?

3. Welchen Beitrag leistet die Revision zur Erreichung der sozial- und wettbewerbpolitischen Hauptziele des KVG?
4. Wie ist die Zweckmässigkeit der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zu beurteilen, d.h. inwiefern eignete sie sich dazu, das Kostenwachstum in der OKP einzudämmen?
5. In welchen Bereichen besteht Handlungsbedarf?

Themenbereiche der Evaluation

In den folgenden Themenbereichen werden Einzelstudien durchgeführt, welche alle einen Beitrag zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen leisten sollen:

1. Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des stationären Versorgungssystems
2. Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen
3. Einfluss der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung
4. Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler

Herausforderungen für die Evaluation

Theoretisch waren erste Wirkungen der Revision bereits im Jahr 2012 zu erwarten. Allerdings werden aufgrund der erwähnten Übergangsfristen erst 2017 sämtliche Massnahmen der Revision vollumfänglich umgesetzt sein und die meisten Massnahmen benötigen einige Jahre bis zur Wirkungsentfaltung. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass die relevanten Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) wegen der aufwendigen Aufbereitung nur verzögert verfügbar sind. Darüber hinaus lässt die Komplexität des Untersuchungsgegenstands den Nachweis von kausalen Abhängigkeiten zwischen den Massnahmen und Wirkungen nur beschränkt zu.

Diese Herausforderungen und die beschränkten finanziellen Mittel machten es notwendig, ein pragmatisches und langfristig angelegtes Evaluationsdesign zu entwickeln. Gleichwohl aber soll die Evaluation das notwendige Wissen beschaffen und die Wirkungszusammenhänge sowie den allfälligen Anpassungsbedarf klar und plausibel aufzeigen.

Vorgehen in Etappen

Die Evaluation wird in zwei Etappen durchgeführt. Ausgehend von bereits verfügbaren Routinedaten und den ersten Studienresultaten wurden in der ersten Etappe (2012–2015) die Situation im ersten Jahr der Umsetzung (2012) analysiert und die Grundlagen für eine systematische Beobachtung der Wirkungsentwicklung gelegt. Auf diese Weise konnten spezifische Fragestellungen, zu

denen bereits Beurteilungen möglich waren, wie die kurzfristigen Anpassungen auf Spitalebene, ausgewählt und beantwortet werden. Die mittelfristigen Auswirkungen werden in der zweiten Etappe von 2016–2019 untersucht.

Themenbereich Einfluss der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des stationären Versorgungssystems

Zu den Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems liegt ein Grundlagenbericht vor.² Ziel des Berichts war es, neben einer Beschreibung von Kurzzeiteffekten der neuen Spitalfinanzierung im Einführungsjahr 2012 die Grundlagen für eine regelmässige Datenanalyse entlang von festgelegten Indikatoren zu erarbeiten. Die Auswertungen der Indikatoren stützen sich auf Daten der Krankenversicherer sowie der Krankenhausstatistik des BFS.

Themenbereich Einfluss der Revision auf die Qualität der stationären Spitalleistungen

Eine weitere Studie³ untersuchte die zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhänge zwischen der Umsetzung der Massnahmen und der Qualitätsentwicklung im stationären Spitalbereich. Herzstück der Arbeiten bildete der Aufbau eines Systems von Qualitätsindikatoren für den Zeitraum vor und nach Einführung der Revision. Die Auswahl der Indikatoren orientierte sich an etablierten, geprüften Merkmalen und an der Verfügbarkeit der Daten und deckt alle drei Dimensionen von Qualität – Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität – ab. Die Indikatoren geben indirekte Hinweise auf die Qualität der stationären Leistungserbringung. Grundlage bilden Daten des BFS (Krankenhausstatistik und medizinische Statistik der Krankenhäuser) und der Krankenversicherer, aber auch die wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterer gesundheitspolitischer Akteure.

Themenbereich Einfluss der Revision auf die Entwicklung der Spitallandschaft und die Sicherstellung der Versorgung

Messbare Veränderungen der Spitallandschaft und der stationären Versorgung, welche sich auf die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zurückführen lassen, sind erst mittel- bis langfristig zu erwarten. Daher wird ab dem Jahr 2015 eine Machbarkeits- und Konzeptstudie die Grundlagen erarbeiten, damit in der Folge die Auswirkungen der Revision auf die Spitallandschaft und hinsichtlich der Sicherstellung der stationären Versorgung untersucht werden können.

Themenbereich Einfluss der Revision auf das Verhalten der Spitäler

Zwischen 2013 und 2014 wurde untersucht, ob die Revision den Wettbewerb zwischen den Spitälern verstärkt und dies zu Struktur- und Prozessanpassungen

geführt hat. Die Untersuchung⁴ nahm eine Bestandsaufnahme vor und machte auf deren Grundlage Studienvorschläge für die zweite Etappe der Evaluation.

Zwischenergebnisse der Evaluation

Das BAG hat im Mai 2015 einen Zwischenbericht der Evaluation veröffentlicht, in dem die Ergebnisse seiner Studien sowie die Resultate relevanter Begleitforschung anderer Akteure dargestellt werden.

Zusammenfassend zeigen diese Zwischenergebnisse Folgendes:

- Die Kostentransparenz für stationäre Leistungen hat infolge der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung zugenommen. In der Akutsomatik lassen sich die stationären Leistungen zwischen einzelnen Spitälern grundsätzlich vergleichen. Die duale Fixierung der Vergütungsanteile für stationäre Leistungen wird mittelfristig die Vergleichbarkeit der kantonalen Kosten für KVG-Leistungen verbessern. Auch beim Anteil, den die OKP finanziert, kann und soll mehr Transparenz geschaffen werden. Schwieriger wird dies hingegen bei den von den Kantonen getragenen Kosten für gemeinschaftliche Leistungen sein.
- Die angestrebte Kosteneindämmung im stationären Spitalbereich und für die OKP konnte im Jahr 2012 noch nicht erreicht werden. Berechnungen des BAG zeigen, dass die Übergangsregelung zur Fixierung der Kantons- und OKP-Anteile an der Vergütung der stationären Spitalleistungen sowie die Mitfinanzierung der Anlagenutzungskosten der Spitäler durch die OKP massgeblich zum Kostenanstieg im Jahr 2012 zulasten der OKP für stationäre Spitalleistungen beigetragen haben. Die vom Gesetzgeber gewollte Umverteilung der Finanzierungslasten zeichnet sich jedoch bereits ab: Die Kantone werden stärker belastet, während es im Spitalzusatzversicherungsbereich zu einer deutlichen Kostensenkung kam. Der Kostenanstieg bei den Spitälern kann mehrere Ursachen haben: Möglicherweise dokumentieren die Spitäler ihre Leistungen und ihre Kosten aufgrund der gestiegenen Relevanz für die Vergütung exakter und realitätsnaher. Dem Kostenanstieg könnte auch ein Preiseffekt zugrunde liegen, falls für das Jahr 2012 zu hohe Baserates ausgehandelt und/oder festgesetzt wurden.⁵
- Bis anhin hatte die Revision keine substanziellen Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen.

2 Pellegrini, Sonia und Sacha Roth, «2012, Übergangsjahr für Kosten und Finanzierung», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

3 Kohler, Dimitri und Marcel Widmer, «Erste Evaluation der Auswirkungen von DRG auf die Qualität der Spitalpflege», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

4 Kägi, Wolfram und Miriam Frey, «Verändert die neue Spitalfinanzierung das Verhalten der Spitäler?», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

tungen und der Schnittstellen zwischen dem akutsomatischen und nachgelagerten Bereichen.⁶ Für die im Vorfeld der Revision geäusserten Befürchtungen zu negativen Auswirkungen der Revision auf die Qualität der stationären Leistungen fanden sich bisher keine systematischen Belege.

- Die Rahmenbedingungen für eine effizienz- und qualitätsorientierte Spitalplanung sowie für mehr Wettbewerb zwischen den Spitälern sind grundsätzlich vorhanden. Die unterschiedliche Umsetzung der Revision in den Kantonen und Übergangsfristen führen allerdings dazu, dass der Wettbewerb auf nationaler Ebene nach wie vor ungleich ausgeprägt ist. Die Kantone stehen vor der Herausforderung, ein Gleichgewicht zu finden zwischen der vom eidgenössischen Parlament gewollten Stärkung des Wettbewerbs unter den Spitälern und ihrem Auftrag, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Diese Aufgabe kann nur erfolgreich gemeistert werden, wenn die Kantone eine intensive Zusammenarbeit suchen, insbesondere im Bereich der Spitalplanung. Die wichtige Analyse über das Zusammenspiel von Wettbewerb und Steuerung im stationären Spitalbereich steht allerdings noch aus.
- Es gibt Hinweise, dass sich die Spitäler mit gestiegenem Kostenbewusstsein auf einen intensiveren Wettbewerb einstellen.⁷ Dabei scheint die Revision viele Entwicklungen, die im stationären Spitalbereich bereits vorher eingesetzt haben, zu verstärken. Die Spitäler reagieren auf den Kostendruck mit Prozessoptimierungen. Gleichzeitig hat die Einführung von SwissDRG allerdings auch den administrativen Aufwand der Spitäler erhöht. Für das Jahr 2012 konnte weder der befürchtete Missbrauch des neuen Tarifsystems durch Höhercodierung oder Fallsplitting bestätigt werden noch liessen sich grundsätzlich eine Unterversorgung schwieriger Fälle oder verfrühte («blutige») Entlassungen erkennen.

Mit den derzeit vorliegenden Zwischenergebnissen lassen sich noch keine abschliessenden Aussagen und Bewertungen zu den Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung machen. Das liegt vor allem daran, dass bisher lediglich die Daten für das erste Jahr der Umsetzung analysiert werden konnten und die Übergangsfristen die vollumfängliche Abwicklung/Implementation bis 2017 hinauszögern.

Die limitierte Aussagekraft der bisher vorliegenden Studienergebnisse erfordert eine konsequente Weiterführung der Evaluation. Der Bundesrat hat am 13. Mai

2015 vom Zwischenbericht Kenntnis genommen und die Fortführung der Arbeiten bis 2019 bestätigt.

Ausblick auf das weitere Vorgehen

Fortgeführt und weiterentwickelt wird insbesondere die systematische Beobachtung der Entwicklung via Indikatorensysteme für die Bereiche Kosten und Finanzierung sowie Qualität. Um die übergeordneten Fragestellungen der Evaluation adäquat beantworten zu können, wird sich das BAG über weitere Einzelstudien in allen vier Themenbereichen der Evaluation das notwendige Wissen beschaffen.

Hintergrundinformation

Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung*. Zwischenresultate. Bericht des BAG an den Bundesrat, Bern 2015

Bundesamt für Gesundheit (BAG), *Gesamtkonzept Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung*, Bern 2015

Weitere relevante Publikationen und bisher veröffentlichten Studien finden sich unter:

www.bag.admin.ch/EvalSpitalfinanzierung

Die Resultate der Einzelstudien sowie der relevanten Begleitforschung Dritter werden in einem Synthesebericht zusammengefasst, welcher die übergeordneten Fragestellungen zu den Wirkungen der KVG-Revision im Bereich Spitalfinanzierung beantwortet. Alle Teilstudien werden neben einer Beantwortung der spezifischen Fragestellungen auch einen Beitrag zur Beantwortung der übergeordneten Fragestellungen der Evaluation leisten. Mit der Veröffentlichung des Syntheseberichts wird die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung im Jahr 2019 abgeschlossen.

Christian Vogt, Politologe, Sektion Tarife und Leistungserbringer I, Co-Leiter des Projekts Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, BAG
E-Mail: christian.vogt@bag.admin.ch

Markus Weber, Soziologe, Stv. Leiter der Fachstelle Evaluation und Forschung, Co-Leiter des Projekts Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, BAG
E-Mail: markus.weber@bag.admin.ch

5 Pellegrini/Roth

6 Kohler/Widmer

7 Kägi/Frey

2012: Übergangsjahr für Kosten und Finanzierung

2012 wurde das neue Finanzierungssystem eingeführt. Die Spitalkosten sind parallel dazu mehr als üblich angestiegen. Es fehlen jedoch aussagekräftige Daten, um einen befriedigenden Überblick über die Lage der Spitäler sowie der Kostenträger (Versicherungen und Kantone) zu gewinnen. Die Finanzierungspraktiken entwickeln sich in die von der neuen Gesetzgebung angestrebte Richtung.



Sonia Pellegrini

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium



Sacha Roth

Grundlagenstudie im Hinblick auf ein Monitoring

Im Rahmen des vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) durchgeführten Programms zur Evaluation der neuen Spitalfinanzierung hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) den Auftrag erhalten, den Einfluss der Revision auf Kosten und Finanzierung der Krankenpflegeleistungen (Themenbereich 2) zu untersuchen. Bei der durchgeführten Studie handelt es sich um eine Grundlagenarbeit mit dem Ziel, einerseits die Analysemöglichkeiten zu klären und andererseits die Entwicklung von Kosten und Finanzierung der Spitäler im ersten Jahr der Anwendung des neuen Systems aufzuzeigen. Die Studie verfolgt somit ein methodisches und ein inhaltliches Ziel.

Inhaltlich zeigt die Studie die Entwicklung der Spitalkosten seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung

sowie deren Auswirkung auf die Ausgabenverteilung zwischen den wichtigsten Kostenträgern auf. Sie analysiert die Zahlen zum Jahr, in dem das neue System eingeführt wurde, und liefert somit erste Informationen zu den laufenden Veränderungen.

Methodisch hat die Studie den Charakter einer Machbarkeitsstudie. Sie befasst sich eingehend mit der Qualität der verfügbaren Daten und der Plausibilität der erhaltenen Ergebnisse. Sie gibt somit Auskunft über die technischen Möglichkeiten, die Entwicklung der Kosten und der Spitalfinanzierung anhand der *in den öffentlichen Statistiken* verfügbaren Daten zu verfolgen.

Die Ergebnisse veranschaulichen die Trends im Übergangsjahr 2012 und legen den Grundstein für eine Weiterverfolgung der Schlüsselzahlen (Monitoring). Sie zeigen auch die Grenzen der verfügbaren Daten auf und nennen spezifische Elemente, die nicht ohne deutliche Verbesserung der Basisdaten analysiert werden können.

Die Analysen stützen sich hauptsächlich auf zwei Datenquellen, nämlich die Krankenhausstatistik (KS) – insbesondere deren Kostenträgerrechnungsmodul – und den Datenpool der SASIS AG (Daten der Versicherer). Ergänzend greifen sie auch auf die von der Eidgenössischen Finanzverwaltung (EFV) publizierte Statistik der öffentlichen Haushalte zu.

Höhere stationäre Kosten im Jahr 2012

Alle Schätzungen zeigen, dass der Anstieg der Spitalausgaben im Jahr 2012 markanter ausfällt als es üblicherweise der Fall ist (siehe Grafik G1).

- Die Kosten¹ der stationären Spitalleistungen nahmen 2012 um 4,6 Prozent zu, während es im Vorjahr 2,8 Prozent waren.
- Die Gesamterträge² des stationären Spitalbereichs erhöhten sich sowohl 2011 als auch 2012 um 7 Prozent.
- Die Ausgaben der OKP³ für die stationären Spitalleistungen nahmen 2012 um 9,4 Prozent zu, während es im Vorjahr 2,6 Prozent gewesen waren. In den anderen Sektoren gab es keine derart hohen Anstiege.

1 Es handelt sich um die Produktionskosten, d. h. um das, was die erbrachten Leistungen das Spital kosten.

2 Die Einkommen der Spitäler setzen sich aus den Erträgen aus den stationären Leistungen sowie aus den Beiträgen und Subventionen, inkl. Defizitdeckungen, zusammen.

3 OKP = Obligatorische Krankenpflegeversicherung KVG; Analyse nach Behandlungsjahr

- Der Anstieg der Ausgaben der Kantone wird für 2012 auf 14 Prozent geschätzt, während es im Vorjahr 5,8 Prozent gewesen waren (Statistik der öffentlichen Haushalte (EFV)).

Diese Ergebnisse stimmen mit den von anderen Akteuren gelieferten Zahlen überein. Im Laufe des Jahres haben das BFS⁴, die OECD⁵, die GDK⁶ und santésuisse⁷ alle ähnliche Anstiege für das Jahr 2012 gemeldet.

Überblick über Veränderungen bei Kosten und Erträgen des stationären Spitalsektors, 2010–2012

G1

Veränderung 2011/2012 (Veränderung 2010/2011)

	Kosten	Erträge
Spitalleistungen	+4,6% (+2,8%)	
Andere Leistungsaufträge		
• Lehre und Forschung		
• gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL)		
Total (stationär)		+7,0% (+7,0%)

Kostenträger		Hinweis:
OKP	+9,4% ¹⁾ (+2,6%)	Die rosa eingefärbten Bereiche der Tabelle geben Veränderungen an, die beim derzeitigen Datenzustand nicht abgeschätzt werden können.
UVG, IVG, MVG		
Kantone	+1,4% ²⁾ (+5,8%)	
Zusatzvers.		
Andere		

¹⁾ Datenpool (SASIS AG)
²⁾ Statistik der öffentlichen Haushalte (EFV)

Quelle: BFS, medizinische und administrative Statistik der Krankenhäuser 2010–2012

© Obsan 2015

Grenzen der Daten und Methodik

Daten der Krankenhausstatistik

Das 2010 in die Krankenhausstatistik eingeführte Kostenträgerrechnungsmodul ist die zweckmässigste Datenquelle zur Analyse der Kosten und Erträge der Spitäler. Es liefert einerseits Informationen über die Mittel, die für die Erbringung von Leistungen verwendet werden, und andererseits Informationen über die Erträge aus diesen Leistungen. Diese neue Aufstellung konnte jedoch noch nicht ihr gesamtes Potenzial entfalten und die Anlysemöglichkeiten sind somit noch beschränkt. So ist es beispielsweise noch nicht möglich, die Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung oder der von den Spitälern erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) abzuschätzen. Folglich bleiben viele Fragen zur Entwicklung von Kosten und Finanzierung der Spitäler offen, denn nur ein Teil der Indikatoren lässt sich berechnen.

Daten des Datenpools Sasis AG

Die Analyse des Datenpools der Sasis AG ergänzt die Studie in Bezug auf die Ausgaben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Diese Datenquelle ist qualitativ gut und wird seit Langem für statistische Zwecke verwendet. Die Analysen hier basieren auf dem *Behandlungsjahr* (und nicht auf dem Abrechnungsjahr), um den Einfluss der verspäteten Rechnungsstellung, die das Einführungsjahr der neuen Spitalfinanzierung geprägt hat, möglichst gering zu halten. Es gilt zu beachten, dass die Abrechnung 2012 anhand provisorischer Tarife, die rückwirkend noch korrigiert werden können, erfolgte. Es handelt sich jedoch um die Beträge, die für die KVG-Leistungen 2012 effektiv bezahlt wurden.

Vorgehen

In einem ersten Schritt wurden die Qualität der Daten evaluiert und die Regeln der statistischen Auswertung definiert, und zwar insbesondere für die Krankenhausstatistik (KS). Diese Aufgabe wurde gemeinsam mit den Datenproduzenten (Sektion Gesundheit des Bundesamtes für Statistik (BFS) und Sasis AG) wahrgenommen. In einem zweiten Schritt wurden die Produktionskosten, die Erträge und die Finanzierung der Spitäler deskriptiv analysiert. Abschliessend wurden Datenproduzenten und Fachleute aller betroffenen Parteien (hauptsächlich Kantone, Spitäler, Versicherungen, Finma) beigezogen, damit sie die Ergebnisse plausibilisieren und ihr Wissen zur Interpretation der Zahlen beitragen konnten.

4 Bundesamt für Statistik, *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012: provisorische Zahlen*, Neuenburg 2014

5 Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: www.oecd.org → Statistics

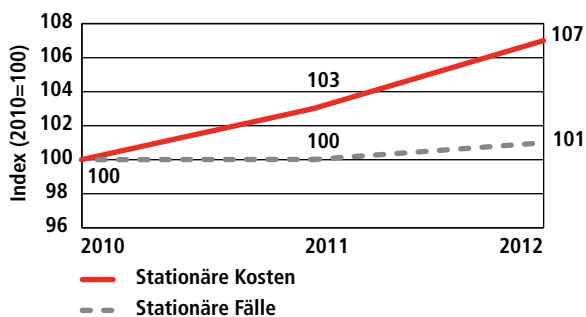
6 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: www.gdk-cds.ch → Dokumentation → Medienmitteilungen → 3. September 2014 – *Spitalfinanzierung: Entwicklung der Kantonsausgaben*

7 *Infosantésuisse*, Nr. 3-4/2014, S. 8–9: www.santesuisse.ch → Service → infosantésuisse → Ausgabe Nr. 3/2014 (pdf)

Mehrere Hypothesen zur Erklärung des Anstiegs von 2012

Woher kommt der 2012 beobachtete Kostenanstieg? Sind die Produktionskosten gestiegen? Gibt es mehr Patientinnen und Patienten? Werden die Leistungen mit der ersten Version von SwissDRG im Durchschnitt zu einem höheren Tarif verrechnet? Das sind Fragen, die mit den verfügbaren Daten schwer zu beantworten sind. Das verlässlichste Element hierfür ist die Anzahl Spitalaufenthalte, die von 2011 bis 2012 um 1 Prozent gestiegen sind. Demnach ist der festgestellte Kostenanstieg eher auf eine Zunahme der Kosten pro Fall als der Anzahl Hospitalisierungen zurückzuführen (siehe Grafik G2).

Gesamtkosten für Leistungen und Anzahl Spitalaufenthalte, stationärer Spitalsektor, 2010–2012 G2



Quelle: BFS, Krankenhausstatistik 2010–2012 / Analyse Obsan

© Obsan 2015

Verschiedene Fachleute wurden bezüglich des verstärkten Kostenwachstums pro Fall im Jahr 2012 hinzugezogen. Man formulierte mehrere Hypothesen, ohne jedoch deren Priorisierung beurteilen zu können. Eine erste Annahme legt nahe, dass das neue Gesetz Anreize zu einer realistischeren Verbuchung der Infrastruktur – insbesondere der Gebäudekosten – geschaffen hat. Eine zweite Annahme, die in dieselbe Richtung geht, besagt, dass die Immobilien (namentlich die Gebäude) in den Kantonen, die diese Anpassung noch nicht vorgenommen hatten, nun von der Buchhaltung der Kantone auf jene der Spitäler übertragen wurden. Was die Spitaleinnahmen angeht, sprechen die Fachleute auch den Umstand an, dass der medizinischen Kodierung, insbesondere der Erfassung der Nebendiagnosen, vermehrt Beachtung geschenkt wird, was sich in einer höheren Rechnungsstellung äussern kann. Als letztes erklärendes Element standen die Mittel für die universitäre Lehre und für die Forschung sowie die von den Spitalern erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL) im Fokus; in

manchen Kantonen wurden die Mittel hierfür aufgrund von Erfahrungswerten gesprochen. In den kommenden Jahren sind hier Anpassungen zu erwarten.

Allgemein dürfte die neue Spitalfinanzierung Anreize für eine fundiertere Kostenrechnung geschaffen haben, welche die Kostenrealität besser widerspiegelt. So gesehen vermag die beobachtete Entwicklung sowohl eine Verbesserung der Buchführungspraktiken als auch eine tatsächliche Erhöhung der Kosten pro Fall widerspiegeln.

Es ist jedoch wichtig, sich vor Augen zu halten, dass es sich um das erste Jahr handelt, in dem das neue System zur Anwendung kam, und dass viele diesbezügliche Fragen Anfang 2012 noch offen waren. Ein Herantasten und teilweise chaotische Entwicklungen sind in der Übergangsphase kaum zu vermeiden.

Finanzierungspraktiken im Wandel

Entwicklung hin zu mehr Transparenz

Verschiedene Veränderungen deuten darauf hin, dass die Finanzierungspraktiken sich an die neuen Regeln anpassen werden und sich hin zu mehr Transparenz entwickeln. Es gibt weniger Kantone, die den öffentlichen Spitalern ein Globalbudget zuweisen (das nicht in einen Betrag für medizinische Leistungen und einen Betrag für andere Leistungen unterteilt wird). Die Zahl der betroffenen Spitäler ist in zwei Jahren von 64 auf 30 (von insgesamt 142 öffentlichen Einrichtungen) gesunken.

Parallel dazu sind die Beträge, die in der Buchhaltung als Defizitdeckung geführt werden, im Jahr 2012 stark rückläufig. Mit der neuen Spitalfinanzierung müssen die Kantone allfällige Defizite der Spitäler nicht mehr übernehmen. Die in der Krankenhausstatistik diesbezüglich zu beobachtende Entwicklung weist in die Richtung des neuen Gesetzes, wobei klar ersichtlich ist, dass sich das System noch in der Anpassungsphase befindet. Konkret haben noch 54 Prozent der Spitäler 2012 von einer Defizitdeckung profitiert. In Franken lag der durchschnittliche Betrag 3- bis 4-mal tiefer als 2010.

Annäherung öffentlicher und privater Spitäler bei der Finanzierung stationärer Leistungen

Die in privaten und öffentlichen Spitalern erbrachten Leistungen werden ähnlich finanziert. Die Kantone, die sich zuvor nicht an der Finanzierung der Krankenpflegeleistungen von Privatspitalern beteiligt hatten, leisteten im Jahr 2012 Beiträge in der Höhe von 46 Prozent. Die Finanzierung entwickelt sich somit in die vom Gesetzgeber gewünschte Richtung. Bis 2017 muss der Beitrag der Kantone mindestens 55 Prozent der Gesamtausgaben für die stationäre Versorgung erreichen.

Kostenverlagerung in den KVG-Bereich

Zunahme im KVG-Bereich, Rückgang bei den Zusatzversicherungen

Im Jahr 2012 erhöhten sich die Ausgaben für alle Akteure mit Ausnahme der Krankenzusatzversicherungen. Der KVG-Anteil, der von OKP und Kantonen gemeinsam finanziert wird, erhöhte sich von 75 auf 87 Prozent der Ausgaben für die stationäre Versorgung. Parallel dazu ging der Anteil der Krankenzusatzversicherungen zurück. Der Anteil der anderen Sozialversicherungssysteme (UVG, IVG, MVG) blieb hingegen stabil.

Zwei Elemente der neuen Spitalfinanzierung sind für diese Kostenverlagerung von den Zusatzversicherungen in den KVG-Bereich verantwortlich. Vor 2012 beteiligten sich die Kantone nicht an den in privaten Einrichtungen erbrachten Krankenpflegeleistungen. Mit der dual-fixen Finanzierung, nach der die Leistungen unabhängig von der Einrichtung, in der sie erbracht werden, finanziert werden sollen, tritt der Kanton bei KVG-Leistungen von Privatspitälern an die Stelle der Zusatzversicherung. Weiter hat die Erweiterung der freien Spitalwahl zu einer ähnlichen Kostenverschiebung geführt. Vor 2012 trug der Kanton nur im Notfall oder bei medizinischer Indikation zur Finanzierung von ausserkantonalen Spitalaufenthalten bei, während alle anderen Aufenthalte in die Zuständigkeit der Zusatzversicherung fielen. Heute beteiligt sich der Kanton an der Finanzierung aller Spitalaufenthalte an jedem beliebigen Ort.

Wird eine Kostenneutralität angestrebt, sollte diese Verlagerung von den Zusatzversicherungen in den KVG-Bereich mit einer Prämienanpassung einhergehen. Diese Überlegung hat die Finma veranlasst, 2013 eine erneute Überprüfung der Tarife bei den Spitalzusatzversicherungen zu verlangen. Diese Massnahme hat zu einer Prämienanpassung nach unten beigetragen.

Viele offene Fragen

Viele Informationen, die für die Steuerung des Systems zentral wären, fehlen trotz der durchgeführten Analysen noch. Statistisch ist es schwierig abzuschätzen, ob die Spitäler 2012 tendenziell Gewinne oder Verluste gemacht haben, denn wegen fehlender Daten lässt sich nicht sagen, ob die Erträge die Kosten übersteigen (siehe Grafik G3). Es ist auch schwierig zu beurteilen, ob sich alle Spitäler in derselben Situation befinden oder ob bestimmte Arten von Institutionen mehr Mühe haben als andere. Im Bereich der Akutversorgung durchgeführte Analysen deuten darauf hin, dass eine Patientenverlagerung von den kleinen auf die grossen Spitäler stattfindet und dass die Kosten pro Fall in letzteren stärker schwanken. Es ist daher möglich, dass sich deren finanzielle Lage unter-

schiedlich entwickelt, ohne dass sich von vornherein sagen lässt, welche von ihnen bessere Ergebnisse erzielen werden.

Analog lassen die Daten noch keine Beurteilung darüber zu, ob das Verhältnis zwischen Kosten und Erträgen bei den verschiedenen von den Spitälern erbrachten Leistungsarten stimmt. Die Erträge aus erbrachten Leistungen können für die Spitäler beispielsweise über oder unter den entsprechenden Kosten liegen und so zu Gewinnen oder Verlusten führen, die erheblich ausfallen können. In der Umsetzungsphase des neuen Systems ist es wesentlich, Informationen zu diesen Aspekten zu bekommen, um die nötigen Anpassungen/Korrekturen vornehmen zu können. Dasselbe gilt für die Budgets für die universitäre Lehre und Forschung sowie für die von den Spitälern erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Bei der Entwicklung der Ausgabenverteilung zwischen den Kostenträgern bleiben Fragen offen (siehe Grafik G3). Änderungen bei den Finanzierungspraktiken, unterschiedliche Definitionen vor/nach 2012 und die uneinheitliche Anwendung der Rechnungslegungsstandards Rekole® schränken die Analysemöglichkeiten hier ein. Die Datenlage wird jedoch systematisch verbessert. Das BFS sucht in Zusammenarbeit mit den Spitälern und dem BAG aktiv nach Lösungen, die es ermöglichen, die Zah-

Überblick über die Datenqualität, Kostenträgerrechnung der Spitäler, 2010

G3

% fehlender Werte 2010

	Kosten	Einnahmen ¹
Spitalleistungen	10%	Unterscheidung zwischen Erträgen aus Spitalleistungen und solchen aus anderen Mandaten bei Globalbudget unmöglich
Leistungen¹ Definitionen und Berechnungsmethode noch nicht etabliert	78%	
keine Angaben	10%	10%

Kostenträger		
OKP	Verteilung nach Kostenträger noch unzuverlässig	* Schätzungen nach Differenz ¹ Datenqualität in Verbesserung begriffen
UVG, IVG, MVG		
Zusatzvers.*		
Kantone		
Andere		
Keine Angaben¹	25%	

Quelle: BFS, medizinische und administrative Statistik der Krankenhäuser 2010–2012

© Obsan 2015

len zu konsolidieren und noch offene Fragen bezüglich Definitionen und Berechnungsmethode zu klären.

2012, ein Übergangsjahr

Im ersten Jahr der Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung sind die Kosten für den gesamten stationären Spitalbereich mehr als üblich gestiegen. Eine Phase des Herantastens ist bei solchen grundlegenden Reformen wohl unausweichlich und im Einführungsjahr eines neuen Systems nichts Aussergewöhnliches. Das Tarifsystem Tarmed hatte bei seiner Einführung im Jahr 2004 ähnliche Reaktionen ausgelöst. Relevant aus Sicht der öffentlichen Politik ist vor allem die Fähigkeit des Systems, sich selber zu regulieren.

Auf Finanzierungsebene entwickeln sich die Praktiken hin zu mehr Transparenz, wobei eine Konsolidierung noch

aussteht. Allgemein lässt sich festhalten, dass sich das System noch in der Übergangsphase befindet. Die Entwicklungen weisen zwar in die erwartete Richtung, die Umgestaltung ist jedoch noch unvollständig. Aus unserer Sicht ist es somit noch zu früh, um sich zu Auswirkungen der Revision zu äussern, die sich erst in einigen Jahren klar abzeichnen werden. Man weiss derzeit noch nicht, ob die Beobachtungen im Jahr 2012 einmalige Phänome darstellen oder den Beginn eines neuen Trends bedeuten. Die konkrete Situation 2015 dürfte bereits anders aussehen.

Eine Fortführung der Analysearbeiten ist vorgesehen. Die Resultate 2013, die diesen Herbst vorliegen, werden einen zusätzlichen Hinweis geben, wie sich die Kosten und die Finanzierung im zweiten Jahr nach der Umsetzung des neuen Gesetzes im Bereich der Spitalfinanzierung entwickelt haben. Diese Zahlen, die in Form eines Obsan-Bulletins veröffentlicht werden, dürften mehr Klarheit bringen. Gleichzeitig wird das Obsan die Entwicklung der Datenqualität verfolgen und die Möglichkeiten zur Berechnung gewisser Indikatoren neu prüfen. Die Unterstützung durch alle beteiligten Akteure wird die Voraussetzung zu einer Verbesserung der statistischen Grundlagen sein.

Studie

Pellegrini, Sonia und Sacha Roth, *Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung* (franz., mit deutscher Zusammenfassung). Grundlagenstudie 2010–2012, Neuenburg 2015 (Obsan Bericht 61)

Sonia Pellegrini, Dr. sc. écon., Leiterin Kompetenzbereiche, Obsan
E-Mail: sonia.pellegrini@bfs.admin.ch

Sacha Roth, lic. sc. éco. / Master in Ökonometrie, wissenschaftlicher Projektleiter, Obsan
E-Mail: sacha.roth@bfs.admin.ch

Erste Evaluation der Auswirkungen von DRG auf die Qualität der Spitalpflege

Die Qualität der stationären Spitalleistungen scheint sich 2012 nach Inkrafttreten des neuen Spitalfinanzierungssystems nicht verschlechtert zu haben. Das ist das Fazit der Analyse einer Reihe von Indikatoren zur Qualität der stationären Spitalpflege zwischen 2008 und 2012. Auch wenn im Analysezeitraum gewisse Trends beobachtet werden konnten, ist der zeitliche Abstand noch zu gering, um eindeutige Kausalzusammenhänge herzustellen.



Dimitri Kohler

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium



Marcel Widmer

Die Einführung von Fallpauschalen (DRG) sowie die Verschärfung des Wettbewerbs in der stationären Akutversorgung im Jahr 2012 liessen die Befürchtung aufkommen, dass sich die Qualität der Spitalpflege verschlechtern könnte. Befürchtet wurde insbesondere, dass Patientinnen und Patienten zu früh entlassen oder Kosteneinsparungen zum Nachteil der Pflege gemacht werden. Eine solche Vorgehensweise der Spitäler hätte eine Zunahme der Rehospitalisierungen und des Todesfallrisikos zur Folge. Da die Fallpauschalen derzeit nur im Bereich der Akutversorgung zur Anwendung kommen, wurde aufgrund der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) zudem eine Verlagerung auf andere Versorgungsarten im Bereich der Spitalfinanzierung befürchtet.

Diese Studie wurde vom BAG in Auftrag gegeben und ist Teil des Programms zur Evaluation der neuen Spital-

finanzierung. Es handelt sich um einen ersten Schritt im Hinblick auf die Einführung eines Monitorings der Entwicklung der verschiedenen Schlüsselvariablen, mit denen die Auswirkungen des neuen Spitalfinanzierungssystems auf die Qualität der stationären Spitalpflege evaluiert werden können.

Wahl der Indikatoren

Um die Auswirkungen der Spitalfinanzierungsrevision auf die Qualität der Spitalleistungen analysieren zu können, war eine bestimmte Anzahl aussagekräftiger Indikatoren vonnöten. Die Indikatoren, die hier mit der Qualität der stationären Spitalleistungen in Verbindung gebracht werden, wurden nach mehreren Ebenen differenziert, um einen Gesamtüberblick über die allfälligen Veränderungen zu erhalten. Es handelt sich um Indikatoren auf Patienten- und Personalebene sowie um Indikatoren bezüglich der Entwicklung der Versorgungsarten. Es ist jedoch wichtig festzuhalten, dass sie nicht die Qualität an sich messen. Vielmehr sind allfällige Veränderungen in der Entwicklung ein Indiz für eine Veränderung der Versorgungsqualität.

- Patientenebene:
 - Spitalaufenthaltsdauer
 - Rehospitalisierungen nach 18 sowie nach 30 Tagen
 - Spitalmortalitätsrate (Letalität), inkl. spezifische Mortalität
- Personalebene:
 - Vollzeitäquivalente (VZÄ) nach Ausbildungsart
 - Skill-/Grademix
 - Personal pro belegtes Bett
- Versorgungsarten:
 - Akutversorgung → Rehabilitation/Psychiatrie
 - Akutversorgung → Langzeitpflege/Spitex
 - Rehabilitation → Langzeitpflege (nach erster Hospitalisierung in Akutversorgung)

2008 wurden bereits 25 Prozent, d.h. mehr als 210000 Fälle, über das DRG-System abgerechnet. 2011 lag dieser Anteil bei über 35 Prozent (350000 Fälle). Mit der Analyse soll ermittelt werden, ob diese Spitäler andere Vorgehensweisen angenommen haben als jene, die diese Abrechnungsmethode erst 2012 eingeführt haben.

Keine Auswirkung auf die Aufenthaltsdauer, leichter Einfluss auf das Rehospitalisierungsrisiko

Seit 2008 ist ein kontinuierlicher Rückgang der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten in stationärer Akutversorgung zu beobachten. Die Aufenthaltsdauer betrug zu Beginn des Analysezeitraums durchschnittlich 5,9 Tage und sank bis 2012 auf 5,5 Tage. Wird das Ganze um die Effekte in Zusammenhang mit der Entwicklung der Versorgungsarten und der Patientenmerkmale bereinigt, ist der Rückgang noch ausgeprägter und beläuft sich auf $-0,9$ Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hat also deutlich abgenommen; es konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, dass dies mit der Einführung des neuen Finanzierungssystems zusammenhängt. Es handelt sich also um einen Trend, der auf andere Faktoren zurückzuführen ist. Die Ergebnisse zeigen, dass die Aufenthaltsdauer mit zunehmendem Alter des Patienten oder der Patientin und zunehmender Schwere des Falls steigt. Festzustellen ist auch, dass die Aufenthaltsdauer bei Männern kürzer ist.

Bezüglich Rehospitalisierungsrisiko kann nach 2008 eine leichte Zunahme beobachtet werden. 2012 ist jedoch festzustellen, dass die Spitäler, die das DRG-System schon zuvor angewendet haben, ein höheres Risiko für eine Rehospitalisierung nach 18 und 30 Tagen aufweisen als jene, die das System erst 2012 eingeführt haben. Festzuhalten ist auch, dass das Rehospitalisierungsrisiko bei Männern und älteren Patientinnen und Patienten höher ist.

Wenig Einfluss auf das Mortalitätsrisiko

Die im Rahmen dieser Studie durchgeführten Analysen befassten sich einerseits mit der allgemeinen Spitalmortalität (Letalität) sowie mit drei Arten spezifischer Mortalität in Zusammenhang mit dem Herz-Kreislauf-System. Es geht um die Sterberaten nach einer Hospitalisierung wegen Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Schlaganfall. Allgemein ist im Analysezeitraum ein Rückgang des Mortalitätsrisikos zu beobachten. 2012 unterschieden sich die Spitäler, die das DRG-System bereits eingeführt hatten, weder bezüglich des allgemeinen Spitalmortalitätsrisikos noch hinsichtlich des Sterberisikos bei einem Schlaganfall von den anderen Krankenhäusern. Während die Mortalität wegen Herzinfarkt in den Spitälern, welche die Fallpauschalen vor 2012 eingeführt hatten, geringer war, verhielt es sich bei der Herzinsuffizienz genau umgekehrt. Die Analyse anhand der soziodemografischen Faktoren zeigt, dass Männer bezüglich Spitalmortalität und Herzinsuffizienz ein höheres und bei einem Schlaganfall ein tieferes Sterberisiko aufweisen. Schliesslich ist zu beobachten, dass das Sterberisiko bei allen hier ana-

lysierten Mortalitätsarten mit zunehmendem Alter der Patientinnen und Patienten steigt.

Zahl des Gesundheitspersonals in Spitälern praktisch unverändert

Die Anzahl Vollzeitäquivalente (VZÄ) ist zwischen 2010 und 2012 konstant geblieben oder leicht gestiegen. Die Spitäler, die bereits vor 2012 nach dem DRG-System abrechneten, unterschieden sich nicht von den anderen. 2012 wurden 53 400 VZÄ gezählt, von denen 14 100 von Ärztinnen und Ärzten, 29 300 von Pflegepersonal auf Tertiärstufe (diplomierte Pflegefachpersonen) und 7100 von solchem auf Sekundarstufe II (Pflegekräfte mit Abschluss) besetzt wurden. Die verbleibenden 2900 VZÄ werden von Pflegehilfskräften ohne Abschluss belegt. Wird die Verteilung des Pflegepersonals nach Bildungsniveau aufgeschlüsselt, lässt sich kein Unterschied zwischen Spitälern mit DRG und anderen erkennen. Die Akutspitäler beschäftigen viermal mehr Pflegefachpersonen mit einem Diplom auf Tertiärstufe als solche mit einem Abschluss auf Sekundarstufe II.

Seit 2010 hat der Ärztebestand in den Akutspitälern leicht zugenommen. Dieser Trend ist unabhängig von der Abrechnungsweise des jeweiligen Spitals zu beobachten. Die Anzahl VZÄ pro belegtes Bett ist ebenfalls leicht gestiegen und lag 2012 bei 0,7. Es ist festzustellen, dass alle Spitäler diesem Trend folgen, unabhängig von der Abrechnung der Pflegeleistungen nach DRG. Dieselben Trends sind beim Pflegepersonal mit Abschluss auf Tertiär- und Sekundarstufe zu beobachten, ohne dass Unterschiede zwischen den beiden Abrechnungsarten zu erkennen wären. 2012 wurden beim Pflegepersonal auf Tertiärstufe 1,4 VZÄ pro belegtes Bett gezählt, bei jenem auf Sekundarstufe 0,3.

Verlegungen von der Akutversorgung in die Rehabilitation oder Psychiatrie: Entwicklungen noch zu bestätigen

Da sich das Inkrafttreten der DRG vorerst auf die stationäre Akutversorgung beschränkt, lässt sich mit einer Analyse der verschiedenen Schnittstellen ermitteln, ob die Spitäler ihr Vorgehen geändert haben, namentlich durch eine raschere Verlegung gewisser Patientinnen und Patienten in die Rehabilitation oder Langzeitpflege.

2008 wurden 3,5 Prozent der Fälle von der Akutversorgung in die Rehabilitation verlegt. Diese Rate stieg tendenziell an und lag 2012 bei 4,3 Prozent. In Bezug auf die Aufenthaltsdauer der von der Akutversorgung in die Rehabilitation verlegten Patientinnen und Patienten wur-

Ergebniszusammenfassung nach Indikator, 2008–2012

T1

Ebene	Indikator	Variable	Beobachteter Trend	Auf Abrechnung nach DRG zurückzuführende Auswirkungen
Patient/innen	Spitalaufenthaltsdauer	Tage	↓	Keine Auswirkung ermittelt
	Rehospitalisierungen nach 18/30 Tagen	Rate	↑	Geringe Zunahme, noch zu bestätigen
	Spitalmortalität	Rate	↓	Keine Auswirkung ermittelt
	Spezifische Mortalität: Herzinfarkt	Rate	↓	Abnahme der Mortalität, noch zu bestätigen
	Spezifische Mortalität: Herzinsuffizienz	Rate	↓	Zunahme der Mortalität, noch zu bestätigen
	Spezifische Mortalität: Schlaganfall	Rate	↓	Keine Auswirkung ermittelt
Spital-personal	Vollzeitäquivalente und Skill-/Grademix	Bestände und Quotienten	→	Keine Auswirkung ermittelt
	Personalbestand pro belegtes Bett	Quotient	↑	Keine Auswirkung ermittelt
Versorgungsarten (Schnittstellen)	Akutversorgung → Rehabilitation	Anteil Verlegungen	↑	Kein Kausalzusammenhang analysiert
		Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung	↓	
	Akutversorgung → Psychiatrie	Anteil Verlegungen	→	
		Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung	→	
	Akutversorgung → Pflegeheim	Anteil Verlegungen	↑	
		Aufenthaltsdauer im Pflegeheim	→	
	Akutversorgung → Spitex	Anteil Verlegungen	↑	
	(Akutversorgung) → Rehabilitation → Pflegeheim	Anteil Verlegungen	↑	
		Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation	↓	
	(Akutversorgung) → Rehabilitation → Spitex	Anteil Verlegungen	↑	
	Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation	→		

Quelle: Lit. Kohler, Widmer, Weaver

de jedoch keine Veränderung beobachtet: Die mediane Aufenthaltsdauer blieb im gesamten Analysezeitraum konstant bei 20 Tagen. Der Anteil der Fälle, die von der Akutversorgung in die Psychiatrie verlegt wurden, blieb im gesamten Analysezeitraum stabil (zwischen 0,7% und 0,9%). Die Dauer des Aufenthalts in der Psychiatrie ist jedoch von 12 auf 16 Tage angestiegen. Die mediane Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung vor der Verlegung in die Rehabilitation ist von 12 Tagen im Jahr 2008 auf 10 Tage im Jahr 2012 zurückgegangen. Bei der medianen Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung vor der Verlegung in die Psychiatrie zeichnet sich kein Trend ab. Diese Aufenthaltsdauer bleibt stabil bei einem Tag, was einer direkten Verlegung von der Akutversorgung in die Psychiatrie entspricht.

Zunahme der in die Langzeitpflege/Spitex verlegten Fälle

Der Anteil der in Pflegeheime oder in die Pflege zu Hause (Spitex) verlegten Fälle ist seit 2008 im Steigen begriffen. Bei den Verlegungen in Pflegeheime hat die Rate von 3,4 auf 3,9 Prozent und bei den Verlegungen zur Spitex von 2,2 auf 3,1 Prozent zugenommen. In den Pflegeheimen nimmt der Anteil der Langzeitaufenthalterinnen und -aufenthalter, die aus einem Spital gekommen sind, ebenfalls zu und lag 2012 bei 39 gegenüber 34 Prozent im Jahr 2006. Die mediane Aufenthaltsdauer von Personen, die aus einem Spital in ein Pflegeheim verlegt wurden, stieg von 192 Tagen im Jahr 2006 auf 208 im Jahr 2012 an.

Bei den Patientinnen und Patienten, die von der Akutversorgung in die Rehabilitation verlegt wurden, nimmt der Anteil jener zu, die beim Austritt aus der Rehabilitation durch ein Pflegeheim oder die Spitex versorgt werden müssen. 2008 wurden 6,7 Prozent der Patientinnen und Patienten nach der Rehabilitation in ein Pflegeheim und 13,6 Prozent in die Pflege zu Hause verlegt. 2012 betragen diese Anteile 9,1 bzw. 16,7 Prozent. Bei den in ein Pflegeheim verlegten Patientinnen und Patienten verkürzte sich die Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation um zwei Tage und lag 2012 bei 24 Tagen. Bei der medianen Aufenthaltsdauer in der Rehabilitation von Patientinnen und Patienten, die zur Spitex verlegt wurden, ist kein Trend festzustellen. Sie blieb stabil bei 20 Tagen.

In diesem Analysestadium ist es nicht möglich, diese Ergebnisse mit der Einführung der Finanzierung nach DRG in Zusammenhang zu bringen. Ein Monitoring dieser Trends kann gewisse Antwortansätze liefern.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Mit den durchgeführten Analysen konnten einige Trends ermittelt werden, die durch künftige Studien bestätigt werden müssen. Festzustellen ist, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutversorgung von 5,9 Tagen im Jahr 2008 auf 5,5 Tage im Jahr 2012 gesunken ist. Diese Abnahme ist zwar eindeutig, scheint aber nicht auf das Abrechnungssystem nach DRG zurückzuführen zu sein. Die Rehospitalisierungen haben leicht zugenommen und es scheint, dass die Spitäler, die das Abrechnungssystem nach DRG bereits eingeführt hatten, 2012 ein höheres Rehospitalisierungsrisiko aufwiesen. Alle Mortalitätsraten zeigen einen zeitlichen Abwärtstrend. Bei den Herzinfarkten waren die Mortalitätsraten der Spitäler, welche die Fallpauschalen bereits vor 2012 bevorzugt hatten, im Jahr 2012 tiefer als jene der Spitäler, die andere Abrechnungsarten anwendeten. Bei der Herzinsuffizienz verhält es sich jedoch genau umgekehrt. In Bezug auf das Personal scheinen die Spitäler ihr Verhalten nicht geändert zu haben, denn es konnte kein Zu-

sammenhang zwischen der Anwendung der Fallpauschalen und dem Bestand oder der Funktion des Pflegepersonals hergestellt werden. Die Schnittstellenanalyse ergibt einen Abnahmetrend bei der Dauer der verschiedenen Aufenthalte. Es werden auch mehr Personen von der stationären Versorgung zu anderen Versorgungsarten verlegt. Im Lichte dieser Ergebnisse ist es noch nicht möglich, diesen Trend mit der gesamtschweizerischen Einführung der DRG in Zusammenhang zu bringen.

Studie

Kohler, Dimitri; Widmer, Marcel und France Weaver,
Les effets du nouveau financement hospitalier sur la qualité des prestations hospitalières stationnaires.
Hauptstudie, 1. Etappe, 2008–2012, Neuenburg
2015 (Obsan Bericht 62)

Abschliessend ist festzustellen, dass es Trends gibt, die sich teilweise mit der Revision der Spitalfinanzierung erklären lassen. Die hier vorgelegten Ergebnisse betreffen die Jahre 2008 bis 2012. Da das neue Spitalfinanzierungssystem erst 2012 für alle Spitäler gültig wurde, ist damit zu rechnen, dass manche Auswirkungen noch nicht erkannt wurden und dass gewisse Trends sich in der Folge nicht mehr bewahrheiten oder sich im Gegenteil stärker abzeichnen oder bestätigen.

Dimitri Kohler, Dr.ès sc.écon., wissenschaftlicher Projektleiter, Obsan
E-Mail: dimitri.kohler@bfs.admin.ch

Marcel Widmer, lic. phil. hist., Leiter Kompetenzbereiche, Obsan
E-Mail: marcel.widmer@bfs.admin.ch

Verändert die neue Spitalfinanzierung das Verhalten der Spitäler?

Die neue Spitalfinanzierung verändert Rahmenbedingungen und Anreize für die Spitäler. Dabei fragt sich, ob dadurch das vom Gesetzgeber erwünschte Verhalten erreicht wird oder ob Elemente der neuen Spitalfinanzierung gar in einer Qualitätsminderung oder Kostensteigerung resultieren können. Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) stellt erste Erkenntnisse zur Wirkung der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler zusammen und zeigt den weiteren Forschungsbedarf auf.



Wolfram Kägi
B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung



Miriam Frey

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) wird seit dem 1. Januar 2012 die neue Spitalfinanzierung umgesetzt. Die neue Spitalfinanzierung soll dazu führen, dass eine gewisse Konkurrenz zwischen den Spitalern entsteht, die die Spitäler dazu veranlasst, möglichst effizient und gleichzeitig auf qualitativ hohem Niveau zu arbeiten. Zudem besteht die Erwartung, dass sich die Spitäler u. a. wegen der erhöhten Konkurrenz vermehrt spezialisieren werden. Insbesondere die schweizweite Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG hat zum Teil aber auch grosse Befürchtungen ausgelöst, u. a. war die Sorge geäussert worden, dass es künftig zu einer Unterversorgung oder sogar zu sogenannten blutigen Entlassungen kommen könnte. Demnach würden Patientinnen und Patienten als Folge der betriebswirtschaftlichen Optimierung der Spitäler

nach Hause geschickt, obwohl dies aus medizinischer Sicht noch nicht angezeigt wäre. Um die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung zu untersuchen, evaluierte das BAG mit mehreren Studien die Wirkung der Revision, darunter die hier zusammengefasste Arbeit, die den Einfluss der Gesetzesänderung auf das Verhalten der Spitäler untersuchte.

Forschungshypothesen

Das Forschungskonzept der Studie operationalisiert mögliche Verhaltensanpassungen von Spitalern entlang von zehn Hypothesen, die auf der gesundheitsökonomischen Theorie und einer internationalen Literaturübersicht basieren. Ob die vermuteten Effekte in der Praxis auch tatsächlich so eintreten, wurde daraufhin mittels Fachgesprächen sowie einer Dokumentenanalyse validiert.

Die erste Hypothese diskutiert die direkte Auswirkung der neuen Spitalfinanzierung auf die internen Prozesse in den Spitalern und geht der Frage nach, ob der verstärkte Kosten- und Qualitätsdruck durch die Elemente der neuen Spitalfinanzierung, wie z.B. SwissDRG, Prozessoptimierungen bewirken. Die weiteren Hypothesen beleuchten die Folgen solcher Veränderungen aus unterschiedlichen Blickwinkeln. Beispielsweise wird aufgrund der neuen Spitalfinanzierung das Entlassungsmanagement optimiert, das im Rahmen von Hypothese 1 besprochen wird. Daraus folgt wiederum, dass eine kürzere Aufenthaltsdauer zu erwarten ist (Hypothese 4).

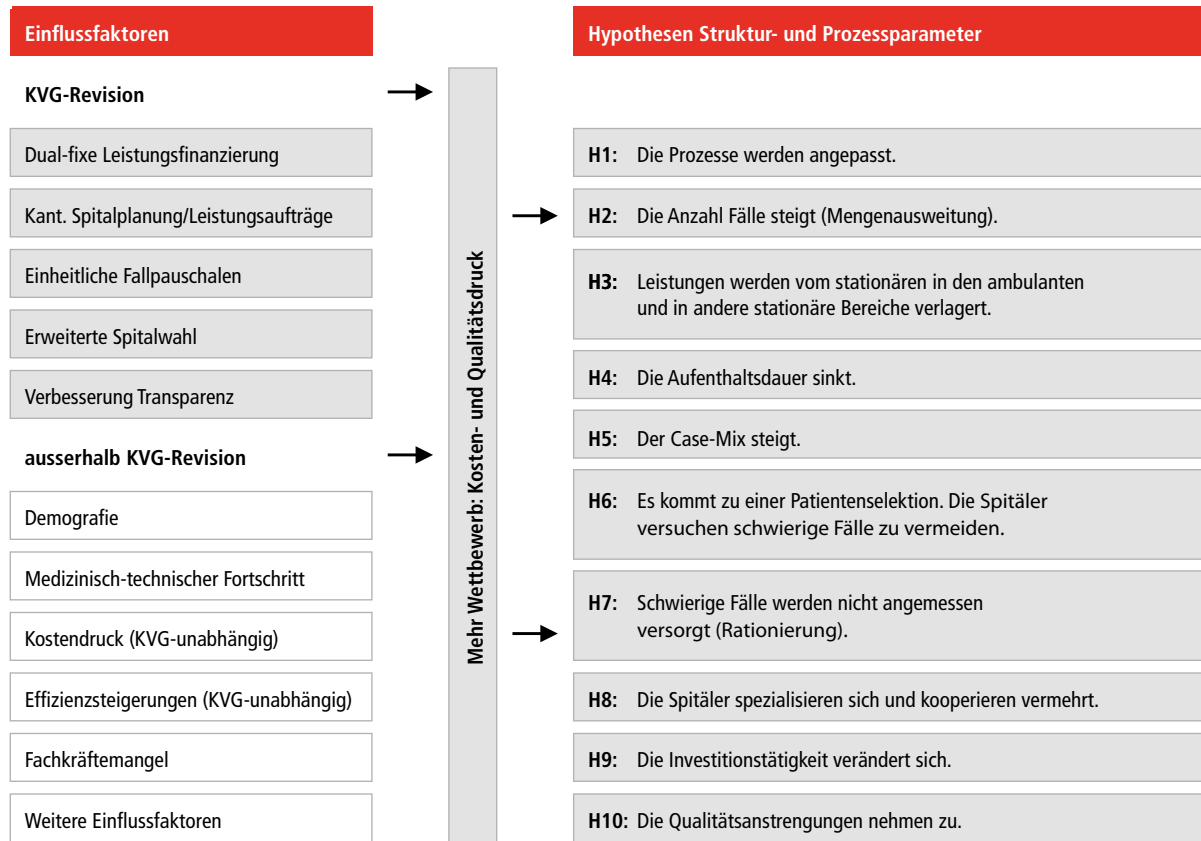
Grafik G1 verortet die Hypothesen in einem Wirkungsmodell. Die vorliegende Studie untersuchte ausschliesslich die Einflussfaktoren der KVG-Revision. Dabei beziehen sich die in der Analyse ermittelten Ergebnisse in erster Linie auf den Einfluss der neu eingeführten SwissDRG. Zwar wurden auch die anderen Elemente der neuen Spitalfinanzierung untersucht; es zeigte sich jedoch, dass die Fachpersonen der Einführung von SwissDRG das grösste Gewicht beimessen. Zur methodisch korrekten Analyse müssen zudem ebenfalls Einflussfaktoren ausserhalb der KVG-Revision berücksichtigt werden.

Informationen von Spitalern, Fachgespräche, Daten und Studien

Zur Analyse der Wirkungen auf die spitalinternen Prozesse wurden 20 Spitäler ausgewählt, deren Geschäfts-(Jah-

Wirkungsmodell mit Hypothesen

G1



Quelle: Lit. B,S,S.

res-, Finanz-, Leistungsberichte), Revisions- (zwecks Kodierung) und Qualitätsberichte analysiert wurden. In acht der ausgewählten Spitäler hat das Projektteam zusätzlich vertiefte Interviews mit dem Management geführt. Zudem wurden Vertreter folgender Akteure zu Fachgesprächen beigezogen:

- H+ Die Spitäler der Schweiz (Vereinigung schweizerischer Krankenhäuser)
- Kantone bzw. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
- Stiftung SPO Patientenschutz
- Versicherer/santésuisse/tarifsuisse
- Auf den Spitalbereich spezialisierte Beratungsfirmen
- Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern
- FMH (Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte)

Die Ergebnisse der Fachgespräche und der Dokumentenanalyse wurden mit bereits bestehenden Daten und Studien zur Schweiz ergänzt. Genutzt wurden unter anderem die Krankenhausstatistik und die Medizinische Statistik des Bundesamtes für Statistik (BFS).

Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungshypothesen

Hypothese 1: Die Prozesse werden angepasst.

Aufgrund des verstärkten Kostendrucks wurden verschiedene Projekte zur Verbesserung der Abläufe und Prozesse eingeführt. Das DRG-System erhöhte die innerbetriebliche Transparenz und bildete somit die Grundlage für Prozessoptimierungen wie:

- den Ausbau der ambulanten Anästhesiesprechstunde
- die Intensivierung des Austrittsmanagements (z.B. Austrittsplanung beginnt bereits bei Eintritt, Erneuerung des Standards zur Austrittsplanung)
- die Einführung eines Wartezeitmanagements
- die Optimierung des Umgangs mit Informationen und die Weiterentwicklung von Informatiksystemen
- die Optimierung von Behandlungspfaden

Nachteilig ist, dass als Folge der Einführung von Swiss-DRG die Administration ebenfalls zugenommen hat. Insgesamt wird die Hypothese, dass die Spitäler Prozesse anpassen bzw. optimieren, durch die Studie gestützt.

Hypothese 2: Die Anzahl Fälle steigt.

Aus theoretischer Sicht setzt das DRG-System als Teil der neuen Spitalfinanzierung Anreize zur Mengenausweitung und zu Falltrennungen (bei Letzteren werden einem Fall verschiedene DRGs zugeordnet). Im ersten Jahr nach Einführung von SwissDRG zeigte sich insgesamt betrachtet kein Effekt auf die Entwicklung der Fallzahlen. Der Analysezeitraum ist aber zu kurz, um fundierte Aussagen zur Mengenentwicklung zuzulassen. Demzufolge kann die Hypothese 2 nicht beurteilt werden.

Hypothese 3: Leistungen werden verlagert.

Als Folge der Einführung des DRG-Systems wird vermutet, dass Leistungen in den ambulanten Bereich verschoben werden, wobei eine partielle Verlagerung im Vordergrund steht. Dabei werden beispielsweise alle notwendigen Untersuchungen vor einem Spitalaufenthalt ambulant durchgeführt, sodass die Betroffenen erst am Tag der Operation in das Spital eintreten müssen. Grundsätzlich ist eine Verlagerung in den ambulanten Bereich wünschenswert, weil viele Untersuchungen und Behandlungen ambulant nicht nur kostengünstiger, sondern für die Patientinnen und Patienten häufig auch angenehmer sind. In bestimmten Fällen kann eine ambulante Behandlung aber ebenso zu einer suboptimalen Versorgung und zu einer Belastung des Patienten führen. Partielle Leistungsverlagerungen werden sowohl in den Fachgesprächen als auch in einer Analyse von B,S,S. und der Universität Basel aus dem Jahr 2014 bestätigt.¹ Auch innerhalb des stationären Bereichs kommt es gemäss Interviewaussagen möglicherweise zu Leistungsverschiebungen. Dabei haben sowohl Spitäler wie auch Versicherer Anreize, ihr Verhalten zu ändern, wobei diese genau entgegengesetzt wirken. Unabhängig von der Verweildauer der Patientin oder des Patienten im Spital, erhalten die Krankenhäuser via DRG weitgehend die gleiche Vergütung. Sie haben daher einen Anreiz, Patientinnen und Patienten möglichst früh zu entlassen, was auch eine Verlegung in die Rehabilitation bedeuten kann. Für Versicherer hingegen ist es aus finanzieller Sicht vorteilhafter, wenn die Verlegung in nachgelagerte Institutionen, deren Leistung separat verrechnet wird, möglichst spät erfolgt. Um solche Transfers hinauszuzögern, erteilen die Versicherer die für die Verlegung notwendige Kostengutsprache erst spät. Welcher der beiden Effekte überwiegt, geht aus den Interviews nicht klar hervor. Während die oben erwähnte Studie keine Verlagerung in die Rehabilitation beobachtet,² geht die vorliegende Analyse

zumindest teilweise davon aus und stützt damit partiell Hypothese 3.

Hypothese 4: Die Aufenthaltsdauer sinkt.

Ein zentrales Ziel der Einführung von Fallpauschalen war es, die Anreize der Spitäler zu minimieren, Patienten länger als notwendig stationär zu behandeln. Tatsächlich ist die Spitalaufenthaltsdauer in den vergangenen Jahren zurückgegangen, was jedoch primär auf den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist. SwissDRG bewirkte im ersten Jahr seiner Einführung insgesamt betrachtet keine Verstärkung dieser Entwicklung. Für einzelne Behandlungen und Patientengruppen ist diese Aussage allerdings zu relativieren. So deuten erste Datenauswertungen sowie Aussagen in den Fachgesprächen z.B. darauf hin, dass die Verweildauer nach Geburten relativ stark abnimmt, während sie bei kurzen Hospitalisierungen tendenziell steigt.³ Weiter liess sich in den Kantonen, die vor Einführung von SwissDRG mit Tagespauschalen abrechneten, eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer beobachten. Dies im Vergleich zu Kantonen, die früher via APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) abrechneten.⁴ Hypothese 4 wird damit teilweise gestützt.

Hypothese 5: Der Case-Mix-Index steigt.

Der Case-Mix-Index (CMI) bildet den Schweregrad der behandelten Fälle im DRG-System ab. Das DRG-basierte Vergütungsraaster kann grundsätzlich dazu führen, dass Spitäler systematisch DRGs mit zu hohen Kostengewichten angeben (*Up-Coding*). Die hier besprochene Untersuchung konnte keine Hinweise eines solchen Up-Codings finden. Dennoch hat der Case-Mix-Index der betrachteten Spitäler zwischen 2011 und 2012 leicht zugenommen. Dies aufgrund von Verbesserungen in der Kodierung und unterschiedlichen DRG-Tarifstrukturversionen. Hypothese 5 wird durch die vorliegende Analyse damit nicht gestützt.

Hypothese 6: Es kommt zu einer Patientenselektion.

Aus finanzieller Sicht setzt das DRG-System für die Spitäler einen Anreiz, vorab Patientinnen und Patienten aufzunehmen, bei welchen die zu erwartenden Kosten unter der vergüteten Fallpauschale liegen. Die befragten Fachpersonen gaben an, dass es durchaus zu einer Patientenselektion kommt. Eine solche Selektion muss jedoch nicht unbedingt negativ sein, vielmehr kann diese auch als eine (erwünschte) Spezialisierung der einzelnen Spitäler betrachtet werden. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten von diesem Selektionsverhalten besonders betroffen sind. Auch betagten Personen wird das neue Vergütungssystem gemäss Interviewaussagen nicht genügend gerecht. So liegt etwa in der Akutgeriatrie im Zürcher Stadtspital Waid der Anteil Langlieger (= Per-

1 Lit. B,S,S. und Universität Basel

2 Lit. B,S,S. und Universität Basel

3 Diese Entwicklung ist allenfalls durch die Vergütungsregel im DRG-System mitversucht, nach der ein Spital nicht den vollen Satz erhält, wenn Patienten sehr kurz im Spital bleiben.

4 Lit. B,S,S. und Universität Basel



Quelle: www.pixabay.com

sonen mit sehr langer Aufenthaltsdauer, deren Kosten über die Fallpauschale nicht gedeckt sind) bei hohen 4,5 Prozent – über das gesamte Spital gesehen beträgt deren Anteil demgegenüber nur neun Prozent. Hypothese 6 wird durch die vorliegende Analyse gestützt.

Hypothese 7: Schwierige Fälle werden unterversorgt.

Besonders komplexe respektive teure Fälle sind ungleich auf einzelne Spitäler verteilt. Da die SwissDRG-Tarifstruktur zu wenig differenziert ist, um sie abzubilden, besteht die Gefahr, dass schwierige Fälle für die Spitäler defizitär sind und in der Folge unterversorgt werden. Das Problem wird aktuell dadurch entschärft, dass die effektive Vergütung nach Fallgruppe je nach Spital auf der Basis unterschiedlicher Baserates⁵ berechnet wird: Universitätsspitäler, denen typischerweise schwierigere Fälle zugewiesen werden, erhalten eine höhere Baserate. Auch wenn es derzeit gemäss Einschätzung der Fachpersonen zu keiner Unterversorgung komplexer Fälle kommt, sind die unterschiedlichen Baserates aus Transparenzgründen nicht optimal. Hypothese 7 wird durch die vorliegende Analyse nicht gestützt.

Hypothese 8: Spitäler spezialisieren sich und kooperieren.

Theoretisch ist davon auszugehen, dass sich Spitäler im DRG-System auf ihre Stärken spezialisieren und Kooperationen eingehen. Letztere sind im Sinne einer besseren Nutzung bestehender Ressourcen grundsätzlich erwünscht. Dienen sie hingegen primär der Verringerung von Konkurrenz, sind sie skeptischer zu beurteilen. Die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf Spezialisierungen und Kooperationen sind derzeit noch schwierig abzuschätzen. Die Mehrheit der befragten Spitalvertreter war der Meinung, dass die Entwicklung eher noch am Anfang steht und die Heterogenität zwischen den Spitalern diesbezüglich gross ist. Ein Beispiel: Bei Zentrums- bzw. Grundversorgern ist die Schwerpunktsetzung nur in engen Grenzen möglich oder von den Kantonen teilweise gar nicht gewünscht. Hypothese 8 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

⁵ Vgl. dazu Vogt, Christian und Markus Weber, «Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

Hypothese 9: Das Investitionsverhalten ändert sich.

Im Rahmen der DRG-Fallpauschalen erhalten die Spitäler neu Investitionskostenzuschläge. Es ist davon auszugehen, dass sich das Investitionsverhalten aufgrund der veränderten Finanzierung und der teilweise gestiegenen Autonomie ändert (v.a. für öffentliche Spitäler), wobei die Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf das Investitionsverhalten noch schwierig abzuschätzen sind. Denn die teils nach wie vor provisorischen Tarife zwingen die Spitäler zu Rückstellungen, die investitions-hemmend wirken. Unbestritten ist zudem, dass sich die Kantone bei Investitionen, aber beispielsweise auch bei der Vergütung gemeinwirtschaftlicher Leistungen sehr unterschiedlich verhalten. Diese kantonalen Eingriffe wirken teils wettbewerbs-hemmend, teils gar wettbewerbs-verzerrend. Hypothese 9 kann mit der vorliegenden Analyse nicht beurteilt werden.

Hypothese 10: Die Qualitätsanstrengungen nehmen zu.

Die Verschiebung der Patientenströme zwischen den Spitälern und in der Folge auch zwischen den Kantonen deutet auf einen gestiegenen (Qualitäts-)Wettbewerb hin. Auch die Aussagen der Fachgespräche weisen darauf hin, dass das Konkurrenz-bewusstsein bei den Spitälern zugenommen hat. Ob sich dadurch tatsächlich auch die Qualität verbessert, ist damit allerdings noch nicht belegt. Zudem wiesen einige Fachpersonen auf die grossen Informationsasymmetrien hin, die zwischen Spitälern und Patienten weiterhin bestehen und die den Qualitätswettbewerb hemmen. Hypothese 10 wird durch die vorliegende Analyse teilweise gestützt.

Gültigkeit der Ergebnisse

Bei der gesamten Analyse ist zu beachten, dass die Informationserhebung auf einer beschränkten Stichprobe beruht, die sich auf die Dokumentenanalyse von 20 Spitälern und auf rund 25 Experteninterviews stützt. Zwar wird mit den Auswahlkriterien ein möglichst breites Abbild der Spitallandschaft erzielt, dennoch kann nicht gewährleistet werden, dass die Stichprobe repräsentativ ist. Die Aussagen liefern somit Hinweise, erste Tendenzen und einzelne Reaktionen. Sie sind aber nicht generalisierbar und erlauben weder allgemeingültige Folgerungen für alle Spitäler der Schweiz noch Hochrechnungen. Die Datenauswertungen (z.B. der Medizinischen Statistik), auf die die Studie wo immer möglich Bezug nimmt, be-

inhalten demgegenüber die Gesamtheit der Spitäler. Ihre Repräsentativität beschränkt sich allerdings auf das sehr kleine Zeitfenster nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung.

Studien

B,S,S., *Einfluss der KVG-Revision Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler – Erste Bestandesaufnahme und Konzeptstudie*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Basel 2014
www.bag.admin.ch → Berichte, Studien → Krankenversicherung → Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung

B,S,S. und Universität Basel, *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital-/praxisambulanten Sektor*. Studie im Auftrag von FMH und H+, Basel 2014
www.bss-basel.ch → Projekte/Studien → Downloads → PDF: Projektbericht

Künftiger Forschungsbedarf

Die neue Spitalfinanzierung ist erst seit Kurzem in Kraft. Dies bedeutet erstens, dass noch nicht genügend Daten zu deren Wirkung vorhanden sind und zweitens, dass sich viele der Wirkungen noch gar nicht voll entfalten konnten. Neben der hier dargestellten Bestandsaufnahme hatte die vorliegende Studie daher zum Ziel, den weiteren Forschungsbedarf zum Einfluss der neuen Spitalfinanzierung auf das Verhalten der Spitäler zu identifizieren. Methodisch wurden dafür die Fachgespräche genutzt und ergänzend dazu ein Workshop mit Mitgliedern der breit abgestützten Begleitgruppe durchgeführt. Die Empfehlungen im Hinblick auf den Forschungsbedarf, die in der Studie selbst ausführlich dargestellt sind, gingen in die Konzeption der zweiten Evaluationsetappe mit ein,⁶ die das BAG derzeit vorbereitet.

Wolfram Kägi, Dr. rer. pol., Geschäftsführer B,S,S.
 E-Mail: wolfram.kaegi@bss-basel.ch

Miriam Frey, lic. oec. publ., Projektleiterin B,S,S.
 E-Mail: miriam.frey@bss-basel.ch

⁶ Vgl. dazu Vogt, Christian und Markus Weber, «Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

Die neue Spitalfinanzierung aus Sicht der Invalidenversicherung

Der Wechsel zur neuen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung hat auch bei der Invalidenversicherung (IV) deutliche Spuren hinterlassen. Das Finanzierungsprinzip wurde im Sinne einer Harmonisierung zwischen den Sozialversicherungen weitgehend übernommen, allerdings mit einigen Besonderheiten. Der SwissDRG-Fallpauschalenkatalog erfordert zusätzliche Fachkompetenz bei der Rechnungsprüfung.



Martin Gebauer
Bundesamt für Sozialversicherungen

Grundlagen

Die Invalidenversicherung vergütet stationäre Spitalbehandlungen vor allem im Rahmen der Behandlung von Geburtsgebrechen (Artikel 13 IVG), einige wenige auch im Rahmen von reinen medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Artikel 12 IVG. Das Volumen beträgt ca. 300 Millionen Franken pro Jahr, davon über 90 Prozent im akutsomatischen Bereich. Medizinische Massnahmen der IV werden der versicherten Person nur bis zum 20. Altersjahr ausgerichtet.

Die IV hat die Bewirtschaftung der Spitalverträge grösstenteils an die Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) delegiert. Die ZMT verhandelt die Verträge im Auftrag der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung (UV/MV/IV). Daraus ergibt sich, dass die drei eidgenössischen Sozialversicherer weitgehend einheitliche Spitalverträge und somit auch einheitliche Preise haben.

Ein neues Finanzierungssystem zeichnete sich seit 2003 durch die schrittweise Einführung von APDRG-Pauschalen in mehreren Spitalern ab. Auch die IV vollzog so nach

und nach den Übergang von den gewohnten Tagespauschalen zu Fallpauschalen.

Neue Spitalfinanzierung

Im Vorfeld der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in der Krankenversicherung waren sich die eidgenössischen Sozialversicherer grundsätzlich einig, dass die neuen Modalitäten weitgehend auch im UV-/MV-/IV-Bereich übernommen werden sollten. Das bedeutete u.a. die Anwendung der SwissDRG-Fallpauschalen, keine Unterscheidung mehr zwischen inner- und ausserkantonalen Patientinnen und Patienten sowie die generelle Übernahme der Investitionskosten.

Der Finanzierungsgrad der UV-/MV-/IV-Fälle betrug bis und mit 2011 80 Prozent der Betriebskosten für innerkantonale und 100 Prozent (+Investitionskosten) für ausserkantonale Patientinnen und Patienten in öffentlichen Spitalern. Die UV- und MV-Versicherer beschlossen im Zuge der Umstrukturierungen, die Dualfinanzierung aufzugeben und sich damit vom Einfluss der Kantone vollständig zu lösen. Die Plenarversammlung der Gesundheitsdirektoren-Konferenz GDK hat 2011 einem Vorschlag zur Anpassung der Finanzierung von Spitalaufhalten durch die eidgenössischen Sozialversicherer zugestimmt. Der Vorschlag sieht vor, dass die Versicherer im Jahr 2012 90 Prozent, ab dem Jahr 2013 100 Prozent der Tarife bei Spitalbehandlungen übernehmen. Diese Regelung wird in einer Vereinbarung zwischen der GDK und den betroffenen Versicherern festgehalten. Dieser Vereinbarung sind alle Kantone beigetreten.

Artikel 14^{bis} IVG

Für die IV hätte der Übergang zu einer monistischen Spitalfinanzierung jährliche Mehrkosten von mindestens 60 Millionen Franken zur Folge gehabt. Es wurde daher beschlossen, im Rahmen der 6. IVG-Revision einen Kostenteiler von 80:20 zwischen IV und Wohnkanton der versicherten Person im IVG zu verankern. Eine derartige Verpflichtung der Kantone zur Mitfinanzierung von IV-Versicherten ist u.a. deshalb gerechtfertigt, weil die Leistungen der IV für Geburtsgebrechen an sich Leistungen der Krankenversicherung sind. Vor dem KVG-Obligatorium war der Versicherungsschutz für kranke Neugeborene teilweise unzureichend, sodass die IV diese Lücke

durch die Geburtsgebrechensverordnung (GgV) füllte. Da sich die IV heute mehr denn je als Eingliederungsversicherung versteht, ist die Vergütung der reinen Krankheitsbehandlung eigentlich eine IV-fremde Leistung.

Das Parlament folgte den Argumenten der IV und somit trat per 1. Januar 2013 Artikel 14^{bis} IVG in Kraft:

Art. 14^{bis} Kostenvergütung für stationäre Massnahmen

Die Kostenvergütung für stationäre Massnahmen im Sinne von Artikel 14 Absätze 1 und 2, die in einem nach Artikel 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung zugelassenen Spital erbracht werden, wird zu 80 Prozent durch die Versicherung und zu 20 Prozent durch den Wohnkanton des Versicherten geleistet. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital.

Unterschiede zur Krankenversicherung

Grundsätzlich gelten damit für IV-Patienten vergleichbare Rahmenbedingungen wie für KV-Patienten: Der Wohnkanton der versicherten Person beteiligt sich auch bei IV-Patienten an allen stationären Behandlungen, die durch die gültigen kantonalen Spitallisten abgedeckt sind. Im Gegensatz zur Krankenversicherung kommt bei der IV aber ein gesamtschweizerisch fixer Kostenteiler von 80:20 zur Anwendung. Somit sind der IV jeweils nur 80 Prozent des vollen Tarifs in Rechnung zu stellen. Die verbleibenden 20 Prozent übernimmt der Wohnkanton der versicherten Person.

Ein weiterer Unterschied zur Krankenversicherung besteht darin, dass es keine Rolle spielt, in welchem Kanton ein Spital Listenspital ist. Sobald es in einem Kanton

auf der Liste steht, ist es für alle IV-Patienten in jedem Kanton ein Listenspital im Sinne von Artikel 14^{bis} IVG mit einem Kostenteiler 80:20. Das wurde auch mit der GDK so vereinbart.

In der IV stellt sich im Gegensatz zur Krankenversicherung die Frage des anzuwendenden Tarifs (Referenztarif) bei einem Spitalaufenthalt ausserhalb des Wohnkantons nicht. Die IV gewährt den Versicherten als eidgenössische Sozialversicherung grundsätzlich die freie Wahl zwischen allen Spitälern, und das ohne Kostenbeteiligung (Selbstbehalt und Franchise), sofern die im IVG und in den Spitalverträgen definierten Anforderungen der Versicherung erfüllt sind. Folglich übernimmt die IV generell die Kosten für die stationäre Behandlung nach dem geltenden Tarif für das Spital, welches die Behandlung effektiv durchführt (Artikel 3^{quater} IVV).

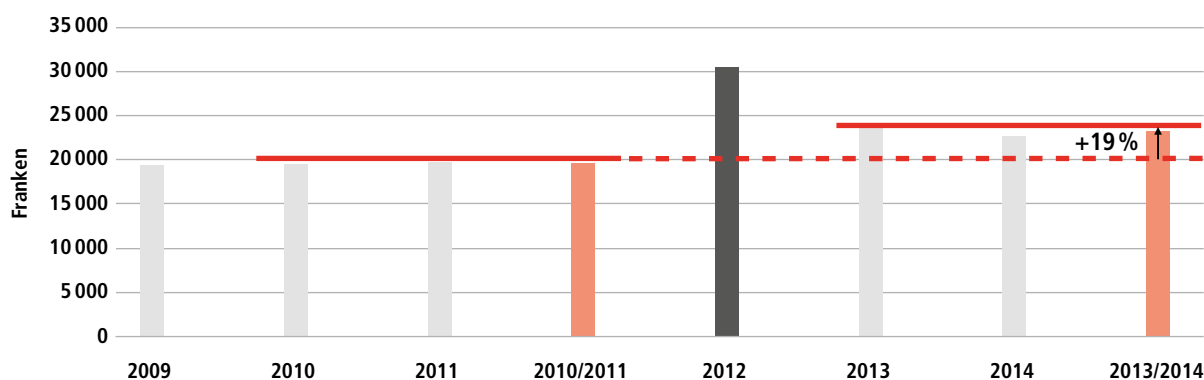
Kosteneffekte

Berechnungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen zeigten, dass sich die Kosteneffekte der Einführung der neuen Spitalfinanzierung in Kombination mit dem neuen Artikel 14^{bis} IVG ab 2013 mehr oder weniger ausgleichen sollten. Eine Mehrbelastung entsteht der IV durch die Übernahme der Investitionskosten auch bei innerkantonalen Patienten, eine Minderbelastung durch die Senkung des Kostenanteils der IV bei ausserkantonalen Patienten in öffentlichen Spitälern von 100 auf 80 Prozent. Zusätzlich werden neu auch die Privatspitäler auf der Spitalliste nur noch generell zu 80 Prozent (früher 100%) finanziert.

Die effektive Kostenentwicklung sieht folgendermassen aus:

Fallkostenentwicklung in der IV (Spital stationär, 2009–2014)

G1



Quelle: BSV

Das Jahr 2012 wird nicht in den Vergleich mit einbezogen, da aufgrund der Übergangsregelung mit der GDK, die 2012 auch für die IV anwendbar war, andere Rahmenbedingungen herrschten. Ein Vergleich der Werte 2010/2011 vor der SwissDRG-Einführung mit den Werten 2013/2014 nach der Einführung ergibt eine Zunahme der Fallkosten von 19 Prozent. Man kann feststellen, dass die drei Kinderspitäler Zürich, St.Gallen und Basel, die rund einen Drittel der stationären IV-Kosten verursachen, eine überdurchschnittliche Zunahme der Fallkosten verzeichnen (+21,3%). Hingegen liegen die restlichen Spitäler bei knapp +17 Prozent. Diese Differenz erklärt sich mindestens zum Teil dadurch, dass den Kinderspitälern bislang höhere Basispreise gewährt worden sind und ihnen eine eigene Benchmarkgruppe zugestanden wurde. Die Kosten der drei Kinderspitäler werden also nur untereinander verglichen. Dies wurde gemacht, weil die Kinderspitäler immer wieder beteuern, die Kindermedizin sei nicht mit der Erwachsenenmedizin vergleichbar und im SwissDRG-Fallpauschalenkatalog nur ungenügend abgebildet.

Aufgrund der Komplexität des DRG-Finanzierungs- und Vergütungssystems ist eine abschliessende Beurteilung der Kostenentwicklung schwierig. Auch ist der Beobachtungszeitraum von zwei Jahren (2013 und 2014) relativ kurz. Mindestens zwei Hypothesen zur Erklärung des höheren Kostenniveaus müssen aber geprüft und quantifiziert werden:

1. Die Kindermedizin hat einen höheren Pflege- und Betreuungsaufwand, da die Kinder weniger selbstständig und oft auch weniger kooperativ sind. Zudem müssen die Eltern umfassend informiert und instruiert werden. Dieser Mehraufwand wurde vor SwissDRG durch die Tagespauschalen und die APDRG-Pauschalen nicht adäquat abgebildet.

2. Die Basispreise sind allgemein zu hoch. Die Berechnungsgrundlagen sollten kritisch hinterfragt werden.

Rechnungsprüfung durch RVK

Die IV wurde, wie auch die Krankenversicherung, durch die Einführung der SwissDRG-Pauschalen vor neue Herausforderungen gestellt. Die DRG-Rechnungsprüfung ist aufwendig und verlangt eine Kombination von ärztlichem und codiertechnischem Know-how. Die IV hat sich daher entschlossen, mit dem Rückversicherungs-Verband der Krankenversicherer RVK zusammenzuarbeiten. Der RVK prüft im Auftrag der IV-Stellen einzelne DRG-Rechnungen und gibt, sofern Mängel festgestellt werden, eine Korrekturempfehlung ab.

Fazit

Die IV begrüsst den Wechsel von der Kostenabgeltungs- zur Leistungsvergütung. Die höhere Transparenz erlaubt eine bessere Analyse und Steuerung der Kosten stationärer Behandlungen. Allerdings ist der Kontrollaufwand für SwissDRG-Rechnungen enorm und verlangt Investitionen beim Personal und bei der IT. Der Erfolg von SwissDRG wird davon abhängen, ob die DRG-Spielregeln in der Praxis konsequent umgesetzt werden.

Martin Gebauer, Produkteverantwortlicher Medizinaltarife,
Bereich Medizin und Geldleistungen, Geschäftsfeld Invaliden-
versicherung, BSV
E-Mail: martin.gebauer@bsv.admin.ch

Ausgeglichene Finanzhaushalte in der Gesamtrechnung 2013

Gemäss der aktuellsten Gesamtrechnung der Sozialversicherungen (GRSV) wuchsen die Einnahmen 2013 stärker als die Ausgaben. Einzig die Krankenversicherung (KV) wies ein leichtes Defizit aus. Das aggregierte Rechnungsergebnis lag erneut über der Marke von 20 Milliarden Franken. Die Kapitalwertänderungen an den Finanzmärkten waren auch 2013 klar positiv. Das zusammengefasste Finanzkapital stieg erstmals auf über 800 Milliarden Franken.



Salome Schüpbach
Bundesamt für Sozialversicherungen



Stefan Müller

Finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen 2013

Die Einnahmen der Sozialversicherungen beliefen sich 2013 auf 169,5 Mrd. Franken, die Ausgaben auf 149,2 Mrd. Franken (vgl. Tabelle **T1**). Die Einnahmen wuchsen gegenüber dem Vorjahr deutlich stärker als die Ausgaben, was gegenüber dem Vorjahr zu einem um 9,6 Prozent höheren Ergebnis führte. Die Kapitalwertänderungen an den Finanzmärkten betragen 2013 netto 33,6 Mrd. Franken. Das ist der viertgrösste Börsengewinn seit Bestehen der Gesamtrechnung. Noch 2011 waren die Kapitalwertänderungen deutlich negativ (-12,5 Mrd. Franken) gewesen. Das Kapital hatte sich nur dank eines soliden Ergebnis-

ses von 21,6 Mrd. um 8,8 Mrd. auf 702,4 Mrd. Franken erhöht. Sowohl das gute Ergebnis als auch die positiven Kapitalwertänderungen ermöglichten 2013 erneut eine deutliche Erhöhung des Finanzkapitals. Damit überschritt das Kapital aller Sozialversicherungen zum ersten Mal die Schwelle von 800 Mrd. Franken.

2013 wuchsen die Einnahmen mit 3,8 Prozent deutlich stärker als die Ausgaben, welche um 3,1 Prozent anstiegen (vgl. Grafik **G1**). Das aktuelle Einnahmenwachstum übersteigt die durchschnittliche Wachstumsrate von 3,5 Prozent seit 1990. Das Ausgabenwachstum hingegen liegt deutlich unter der durchschnittlichen Wachstumsrate von 4,3 Prozent seit 1990. Der überdurchschnittliche Anstieg

Der vorliegende Artikel basiert auf der **Sozialversicherungsstatistik, SVS 2015** des BSV. Sie erscheint im Winter 2015. Bestellnummern: SVS 318.122.15D, SVS 318.122.15F, gratis

Der Jahresbericht **«Sozialversicherungen 2014 – Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG»** basiert ebenfalls auf den hier verwendeten Daten. Er bietet zusätzliche Analysen und Informationen zu allen Sozialversicherungen.

Bestellnummern (je 10 Franken):
Sozialversicherungen 2014 318.121.14D
Assurances sociales 2014 318.121.14F
Assicurazioni sociali 2014 318.121.14I

Die **Taschenstatistik 2015** des BSV erscheint im Sommer 2015. Auf knappem Raum sind die wichtigsten Informationen zu den einzelnen Sozialversicherungen sowie zur Gesamtrechnung 2013 zusammengestellt.

Bestellnummern:
Taschenstatistik 318.001.15D,
Statistique de poche 318.001.15F,
Pocket statistics 318.001.15ENG, gratis

www.bsv.admin.ch → **Dokumentation** → **Zahlen und Fakten** → **Statistiken**

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

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV 2013 (in Mrd. Franken)

T1

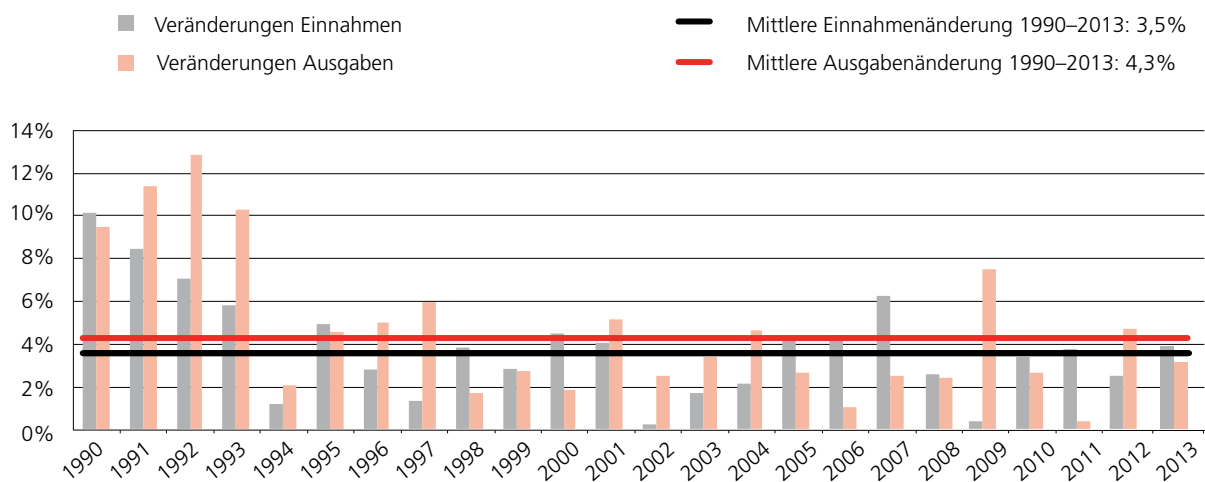
	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	BV	KV	UV	EO	ALV	FZ	Konsolidiertes Total
Einnahmen	40,7	2,6	9,9	1,9	67,7	25,2	7,6	1,8	7,1	5,7	169,5
davon Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	29,5	–	5,0	–	53,4	20,9	6,1	1,8	6,5	5,4	127,8
davon Beiträge der öffentlichen Hand	10,4	2,6	4,8	1,9	–	4,0	–	–	0,6	0,2	24,6
Ausgaben	40,0	2,6	9,3	1,9	50,5	25,5	6,3	1,6	6,5	5,6	149,2
davon Sozialleistungen	39,8	2,6	8,4	1,9	33,2	24,2	5,5	1,6	5,8	5,5	127,9
Ergebnis	0,7	–	0,6	–	17,2	–0,3	1,3	0,1	0,6	0,1	20,3
Veränderung des Kapitals	0,9	–	0,6	–	45,2	–0,1	1,7	0,1	0,6	0,1	49,1
davon Kapitalwertänderungen	0,2	–	0,0	–	32,6	0,1	0,7	0,0	–	...	33,6
Kapital	43,1	–	–8,8	–	712,5	12,1	48,8	0,8	–2,9	1,3	807,0

Das Finanzkapital überschritt 2013 erstmals die Schwelle von 800 Mrd. Franken.

Quelle: SVS 2015

Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Gesamtrechnung GRSV 1990–2013

G1



2013 übertraf das Einnahmenwachstum das Ausgabenwachstum.

Quelle: SVS 2015

der Einnahmen ist vor allem auf das hohe Einnahmenwachstum (6,7%) in der Beruflichen Vorsorge (BV) zurückzuführen.

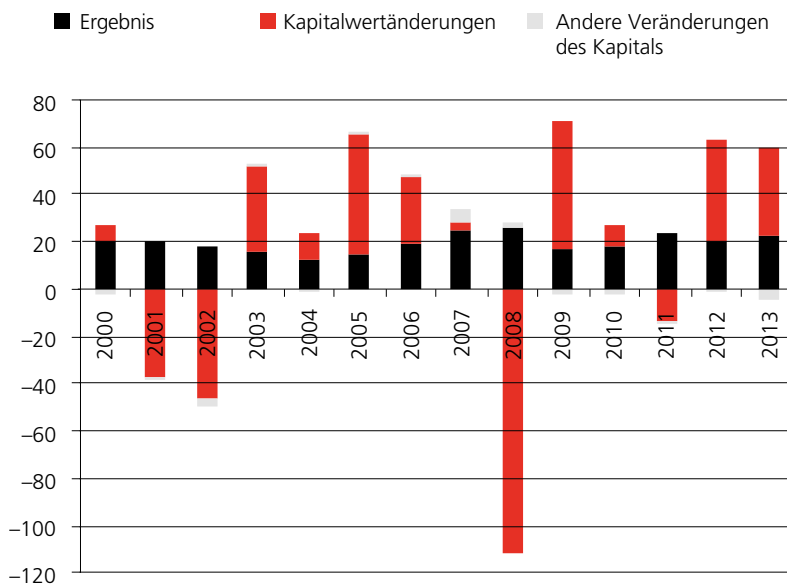
Einnahmen

Die Einnahmen aller Sozialversicherungen stiegen 2013 insgesamt um 3,8 Prozent an (vgl. Grafik G1), was

nach 2011 der höchsten Zunahme seit 2007 entspricht. Verantwortlich dafür war der hohe Einnahmenanstieg in der BV (+6,7%), wesentlich bedingt

Veränderung des BV-Kapitals 2000–2013 (in Mrd. Franken)

G2



Krisenbedingte Kapitalwertverluste machten 2001/2002, 2008 und 2011 einen Grossteil der zuvor erzielten Kapitalwertgewinne wieder zunichte.

Quelle: SVS 2015

durch Einmaleinlagen von 5 Mrd. Franken grosser öffentlicher Arbeitgeber. Die Versicherten- und Arbeitgeberbeiträge der AHV/IV/EO haben 2013 unterdurchschnittlich zum Einnahmewachstum beigetragen. Bereits 2010 und 2011 waren die Wachstumsraten der Einnahmen hoch gewesen. Dafür verantwortlich waren 2010 Prämienerrhöhungen in der Krankenversicherung von 8,7 Prozent, die Einführung eines Solidaritätsbeitrags für Besserverdienende in der Arbeitslosenversicherung (ALV; ab 2011), die befristete Beitragssatzerhöhung in der Erwerbsersatzordnung (EO; 2011–2015) zum Wiederaufbau des EO-Fonds, die befristete Erhöhung der MwSt. für die Sanierung der Invalidenversicherung (IV; 2011–2017) sowie ein ausserordentlicher Bundesbeitrag in der ALV (2011).

Ausgaben

Die Ausgaben aller Sozialversicherungen stiegen 2013 um 3,1 Prozent. Diese Wachstumsrate lag deutlich unter dem langjährigen Durchschnitt

seit 1990 (vgl. Grafik G1). Das Ausgabenwachstum wurde vor allem durch die BV gebremst. Renten und Kapitalleistungen der BV wiesen mit 1,7 Prozent die drittkleinste Zuwachsrate seit Beginn der Gesamtrechnung auf. Die beiden übrigen grossen Sozialversicherungen AHV und KV wuchsen mit 3,0 Prozent bzw. 5,7 Prozent. Der AHV-Ausgabenanstieg ist für ein Rentenanpassungsjahr eher tief. Die Zunahme der KV-Ausgaben um 5,7 Prozent hängt mit einem Leistungsanstieg von 6,4 Prozent zusammen.

Veränderung des Kapitals

Die Veränderungen des gesamten Sozialversicherungskapitals werden vom Ergebnis, den Kapitalwertänderungen und von weiteren Veränderungen des Kapitals bestimmt (vgl. Grafik G2). Die Kapitalveränderungen werden stets von der BV dominiert. 88,3 Prozent des Kapitals aller Sozialversicherungen lagen 2013 bei der BV. Sie wird – abgesehen von der Unfallversicherung (UV) – als einzige Sozialversicherung nach dem Kapitalde-

ckungsverfahren finanziert. Ihre Bedeutung wird weiter zunehmen, da sie noch im Aufbau ist. Daher wird nachfolgend die Entwicklung der einzelnen BV-Komponenten vertieft dargestellt: Die Beitragseinnahmen der BV sind deutlich höher als ihre Sozialleistungen. Ihre Rechnungsergebnisse lagen 1987–2013 häufig zwischen 15 Mrd. und 20 Mrd. Franken. Sie entwickelten sich vergleichsweise stabil. Die Kapitalwertänderungen hängen von der Höhe des Kapitals und den darauf erzielten Gewinnen bzw. Verlusten an den Börsen ab. Sie schwanken von Jahr zu Jahr sehr stark. Bereits drei Mal wurden die kumulierten Gewinne mehrerer Jahre durch Börsenkrisen (New-Economy-Krise 2001/2002, Finanzkrise 2008 und Eurokrise 2011) grösstenteils wieder rückgängig gemacht. Sowohl 2012 als auch 2013 wurden in der BV mit 35,8 Mrd. bzw. 32,6 Mrd. Franken hohe Börsengewinne realisiert. 2013 haben grosszügige Notenbanken und gute Konjunkturaussichten den Börsen zu hohen Kursgewinnen verholten.

Bei den anderen Veränderungen des Sozialversicherungskapitals handelt es sich hauptsächlich um nicht weiter erklärbare Schwankungen des Kapitalbestandes der BV, der KV und der UV. Zudem sind darin auch die Bundesanteile aus dem Verkauf des Nationalbankgoldes zugunsten des AHV-Ausgleichsfonds von 2007 enthalten.

Sozialversicherungsquoten 2013

Die Sozialleistungsquote (vgl. Grafik G3) zeigt, welchen Teil der gesamten Wirtschaftsleistung (BIP) die Empfänger von Sozialleistungen beanspruchen könnten. Sie setzt die Verteilungstransaktionen der Sozialversicherungen in Relation zur volkswirtschaftlichen Produktion (vereinfacht: Sozialleistungen in Prozent des BIP). Seit 1990 stieg die Sozialleistungsquote von 13,0 Prozent auf 20,1 Prozent (2013). Das ist ein Plus von 7,1 Prozentpunkten. 2004 erreichte die

Quote mit 20,4 Prozent einen Höchststand, sank danach kontinuierlich bis 2008 auf 18,5 Prozent. 2009 stieg sie auf 19,8 Prozent (Finanzkrise) um 2010 und 2011 bei markanten BIP-Anstiegen von 3,3 Prozent bzw. 2,0 Prozent wieder zu sinken. Bis 2013 stieg die Quote erneut an, bedingt durch höheres Sozialleistungswachstum.

Die Soziallastquote (vgl. Grafik G3), ein Indikator für die relative Belastung der Volkswirtschaft durch Sozialversicherungseinnahmen, stieg seit 2008 stetig an und erreichte 2013 einen neuen Höchstwert von 25,9 Prozent. Dieser ist auf das vergleichsweise hohe Einnahmenwachstum zurückzuführen. Verantwortlich dafür war der einmalige hohe Einnahmenanstieg in der BV – wesentlich bedingt durch zusätzliche Einmaleinlagen von öffentlichen Arbeitgebern.

Finanzielle Entwicklung 2014 der zentral verwalteten AHV, IV, EL, EO und ALV

Die Finanzhaushalte 2014 der obligatorischen und zentral verwalteten

AHV, IV, EO, EL und ALV sind im Gegensatz zu den auf Erhebungen basierten Rechnungen, die später im Jahr veröffentlicht werden, bereits bekannt (vgl. Tabellen T2 und T3). Ihre Entwicklung wird im Folgenden kurz zusammengefasst.

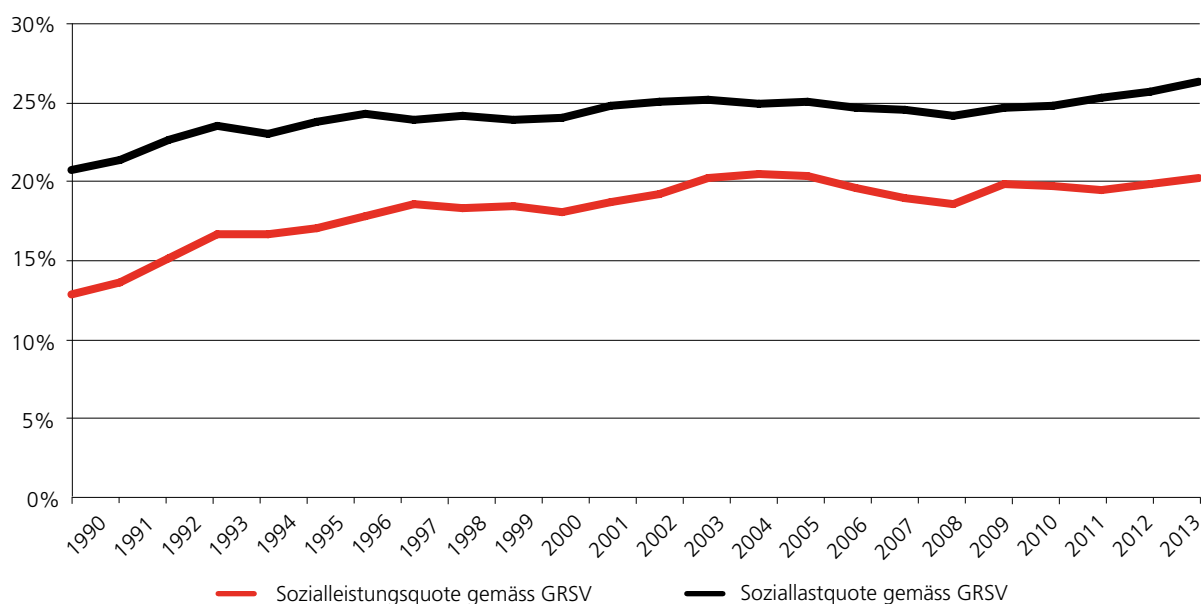
Die AHV verzeichnete 2014 ein Beitragswachstum von 1,4 Prozent (nach 2,3% 2013). Es basierte auf der positiven Lohnentwicklung und dem anhaltenden Beschäftigungswachstum. Die Summe der ordentlichen AHV-Renten stieg 2014 um 2,8 Prozent (nach 3,4% im Rentenanpassungsjahr 2013). Der Anstieg der Beiträge war somit 2014 deutlich tiefer als der Anstieg der Rentensumme. Insgesamt stand in der AHV einem Einnahmenwachstum von 1,4 Prozent ein Ausgabenwachstum von 2,2 Prozent gegenüber. Damit verschlechterte sich das ohne Anlageergebnis (laufender Kapitalertrag und Kapitalwertänderung) berechnete **Umlageergebnis (2)** von einem knappen Überschuss (14 Mio. Franken) auf ein Defizit von 320 Mio. Franken. Die Finanzreserve der AHV liegt jedoch weiterhin deutlich über dem Niveau

einer Jahresausgabe. Das nach herkömmlicher Rechnungsweise ermittelte **Betriebsergebnis (1)** umfasst auch das Anlageergebnis (laufender Kapitalertrag und Kapitalwertänderungen). Dank gutem Börsenjahr stieg dieses 2014 auf 1707 Mio. Franken, nach 908 Mio. Franken im Vorjahr. Da die AHV die ganze Bevölkerung der Schweiz versichert, ist sie ein volkswirtschaftliches Sicherungs- und Umverteilungsinstrument. Es dürfte daher häufig sachgerecht sein, ihre finanzielle Entwicklung in einer volkswirtschaftlichen Perspektive zu beurteilen: Bei Einnahmen inkl. laufendem Kapitalertrag ging das **GRSV-Ergebnis (3)** von 746 Mio. Franken auf 460 Mio. Franken 2014 zurück. In einer volkswirtschaftlichen Perspektive resultierte also auch 2014 noch ein Überschuss. Dieser war jedoch klar rückläufig.

2014 erzielte die IV mit 922 Mio. Franken zum dritten aufeinanderfolgenden Mal ein deutlich positives **Betriebsergebnis (1)** (Vorjahr 586 Mio. Franken). Das **Umlageergebnis (2)** belief sich auf 685 Mio. Franken (Vorjahr 509 Mio. Franken). Die po-

Soziallast- und Sozialleistungsquoten 1990–2013

G3



Die Entwicklung der Soziallastquote widerspiegelt die nach 2010 verbesserte Finanzierungsgrundlage der Sozialversicherungen.

Quelle: SVS 2015

Einnahmen und Rechnungsergebnisse 2014: Drei Perspektiven (in Mio. Franken)

T2

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	EO	ALV
1 Einnahmen Betriebsergebnis (inkl. laufender Kapitalertrag und Kapitalwertänderungen)	42 574	2 712	10 177	1 967	1 838	7 260
2 Einnahmen Umlageergebnis (ohne laufender Kapitalertrag und ohne Kapitalwertänderungen)	40 546	2 712	9 939	1 967	1 790	7 255
3 Einnahmen GRSV (inkl. laufender Kapitalertrag, ohne Kapitalwertänderungen)	41 326	2 712	10 006	1 967	1 804	7 260
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	29 942	–	5 018	–	1 790	6 633
Beiträge der öffentlichen Hand (Bund, Spielbankenabgabe, Mehrwertsteuer)	10 598	2 712	4 867	1 967	–	618
laufender Kapitalertrag	780	–	68	–	14	5
Kapitalwertänderungen (Börsengewinne und -verluste)	1 247	–	170	–	34	–
Übrige Einnahmen	6	–	54	–	–	3
Ausgaben	40 866	2 712	9 254	1 967	1 668	6 523
Sozialleistungen	40 669	2 712	8 301	1 967	1 666	5 832
Verwaltungs- und Durchführungskosten	197	–	678	–	3	684
Übrige Ausgaben	–	–	275	–	–	7
1 Betriebsergebnis	1 707	–	922	–	170	737
2 Umlageergebnis	–320	–	685	–	122	733
3 GRSV-Ergebnis	460	–	752	–	136	737
Kapital	44 788	–	5 000	–	968	–2 149
Stand der IV-Schuld			–12 843			

Lesebeispiel: Die Einnahmen zur Berechnung des Umlageergebnisses (2) enthalten weder den laufenden Kapitalertrag noch die Kapitalwertänderungen (Börsengewinne/-verluste). Das Umlageergebnis (2) berücksichtigt also nur die Einnahmen aus dem «Versicherungsgeschäft» der AHV, das sind im Wesentlichen die Beiträge der Versicherten und der öffentlichen Hand. Das Finanzmarktgeschehen hat so keinen direkten Einfluss auf die AHV-Rechnung. Laufender Kapitalertrag (Zinsen und Dividenden) und Börsengewinne werden bei der Berechnung der Einnahmen nicht mitgerechnet. So ergibt sich 2014 ein Fehlbetrag von 320 Millionen Franken, das Umlageergebnis (2).

Quelle: SVS 2015

sitiven Rechnungsergebnisse sind auf vorübergehende zusätzliche Einnahmen (Mehrwertsteuer, Übernahme der IV-Schuldzinsen durch den Bund seit 2011) sowie tiefere Ausgaben für ordentliche Renten (–147 Mio. Franken 2014) zurückzuführen. Die Sum-

me der ordentlichen IV-Renten ist seit 2007 von 6,1 Mrd. Franken auf 5,0 Mrd. Franken zurückgegangen. Die IV hatte bereits 2011 ein praktisch ausgeglichenes Betriebsergebnis verzeichnet. Sie hat ihre Verpflichtung gegenüber der AHV von ursprünglich 16,9 Mrd. auf 12,8 Mrd. Franken abgebaut.

Das **Betriebsergebnis (1)** der **EO** erhöhte sich 2014 auf 170 Mio. Franken. Damit verfügt sie wieder über eine Reserve von beinahe 1,0 Mrd.

Franken¹. Dank des seit 1. Januar 2011 auf 0,5 Prozent angehobenen Beitragssatzes hatte sich das Betriebsergebnis der EO bereits 2011 von einem Fehlbetrag von –0,6 Mrd. Franken auf einen Überschuss von 0,1 Mrd. Franken verbessert. 2010 hatte der Bundesrat seine Kompetenz genutzt, per Anfang 2011 den EO-Beitragssatz befristet bis Ende 2015 um 0,2 Prozentpunkte zu erhöhen. Im Juni 2015 wird er über die zukünftige Höhe des EO-Beitragssatzes entscheiden.

1 Da IV und EO über ein im Vergleich zur AHV bedeutend geringeres Kapital verfügen, unterscheiden sich ihre Umlageergebnisse (2) bzw. ihre Rechnungssaldi gemäss GRSV (3) bedeutend weniger vom herkömmlich ermittelten Betriebsergebnis (1).

Entwicklung 2014 der Einnahmen und Rechnungsergebnisse: Drei Perspektiven

T3

	AHV	EL zur AHV	IV	EL zur IV	EO	ALV
1 Einnahmen Betriebsergebnis (inkl. laufender Kapitalertrag und inkl. Kapitalwertänderungen)	4,1%	4,1%	2,9%	2,3%	3,3%	2,6%
2 Einnahmen Umlageergebnis (ohne laufender Kapitalertrag und ohne Kapitalwertänderungen)	1,4%	4,1%	1,3%	2,3%	1,4%	2,6%
3 Einnahmen GRSV (inkl. laufender Kapitalertrag, ohne Kapitalwertänderungen)	1,5%	4,1%	1,4%	2,3%	1,5%	2,6%
Beiträge Versicherte und Arbeitgeber	1,4%	–	1,4%	–	1,4%	2,7%
Beiträge der öffentlichen Hand (Bund, Spielbankenabgabe, Mehrwertsteuer)	1,5%	4,1%	1,3%	2,3%	–	1,2%
laufender Kapitalertrag	6,4%	–	20,3%	–	46,5%	4,6%
Kapitalwertänderungen (Börsengewinne und -verluste)	671,8%	–	700,5%	–	94,7%	–
Übrige Einnahmen	–30,7%	–	–9,3%	–	–	–34,8%
Ausgaben	2,2%	4,1%	–0,6%	2,3%	1,8%	0,5%
Sozialleistungen	2,2%	4,1%	–0,6%	2,3%	1,9%	0,4%
Verwaltungs- und Durchführungskosten	1,3%	–	2,0%	–	–6,0%	1,5%
Übrige Ausgaben	–	–	–4,1%	–	–	–40,6%
1 Betriebsergebnis	88,1%	–	57,3%	–	20,4%	25,5%
2 Umlageergebnis	–2 459,9%	–	34,6%	–	–4,7%	25,7%
3 GRSV-Ergebnis	–38,4%	–	33,1%	–	–2,0%	25,5%
Kapital	4,0%	–	0,0%	–	21,3%	–25,5%
Stand der IV-Schuld			–6,7%			

Lesebeispiel: Je nach der gewählten Betrachtungsweise liegt die Entwicklung der AHV-Einnahmen zwischen 1,4 und 4,1 Prozent. Im Vergleich zum Vorjahr sind das GRSV-Ergebnis (3) und das Umlageergebnis (2) der AHV rückläufig, ein deutlicher Hinweis auf ihre schlechtere Finanzlage.

Quelle: SVS 2015

Die vollständig mit öffentlichen Mitteln finanzierten **EL** zur AHV und zur IV weisen definitionsgemäss eine ausgeglichene Rechnung auf, d.h. Einnahmen und Ausgaben sind immer gleich hoch. Die Ausgaben für die vom Bedarfsnachweis abhängigen EL sind 2014 auf 4,7 Mrd. Franken gestiegen. Das Wachstum hat sich gegenüber dem Vorjahr von 2,1 auf 3,3 Prozent verstärkt. 16,3 Prozent aller Bezügerinnen und Bezüger von AHV- und IV-Leistungen in der Schweiz beanspruchten EL. Die Finanzen der **EL zur AHV** folgen der

AHV-Entwicklung. 2014 besserten sie die AHV-Rentensumme um 7,9 Prozent auf 12,4 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger einer Altersrente und 8,3 Prozent, die eine Hinterlassenenrente beziehen kamen in den Genuss von EL. Ausgenommen 2013 wuchsen die Ausgaben der **EL zur IV** 2014 mit 2,3 Prozent mit der geringsten Rate seit 1996. Der Anteil der EL-Summe an der IV-Rentensumme hat sich auf 44,2 Prozent erhöht. 2014 beanspruchten 44,1 Prozent aller IV-Rentnerinnen und -rentner Ergänzungsleistungen.

Salome Schüpbach, lic. rer. pol.,
wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bereich
Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analy-
sen und Statistik, BSV
E-Mail: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Stefan Müller, Dr. rer. pol.,
wissenschaftlicher Experte,
Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik,
Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: stefan.mueller@bsv.admin.ch

Zehn Jahre Mutterschaftsentschädigung

Nach jahrzehntelangem Ringen um die Einführung der Mutterschaftsentschädigung hat sie sich in den zehn Jahren ihres Bestehens als selbstverständliche und solide Grundleistung im Schweizer Sozialversicherungssystem etabliert. Aufgrund der stetig ansteigenden Frauenerwerbstätigkeit wird die Entschädigung von Jahr zu Jahr stärker in Anspruch genommen und stellt einen elementaren Baustein für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar.



Katharina Schubarth
Bundesamt für Sozialversicherungen

Der lange Weg der Schweiz zur Mutterschaftsentschädigung

Mutterschaft galt lange als Privatsache, aus der sich der Staat heraushalten sollte. Vor allem die Rechte des Ehemannes, unter dessen Vormund-

schaft sich Ehefrau und Kinder befanden, sollten vor staatlichen Eingriffen geschützt werden. Die Einsicht, dass alle Frauen bei Mutterschaft versichert werden sollten, setzte sich erst kurz vor Mitte des 20. Jahrhunderts durch. Allerdings gab es bereits im 19. Jahrhundert Bestrebungen für einen Schutz bei Mutterschaft. Dieser zeichnete sich ursprünglich auf kantonaler Ebene als Arbeitsverbot für Wöchnerinnen ab. Später wurde es auf eidgenössischer Ebene ins Fabrikgesetz von 1877 aufgenommen. Damit war die Schweiz das erste Land Europas, das den Schutz von Frauen nach der Geburt rechtlich regelte. Bis der Schutz von Müttern den Weg in die Verfassung fand, galt es dringendere Probleme wie Krieg, Wirtschaftskrisen und die Schaffung der Altersversicherung¹ zu bewältigen. 1945,

noch während des Zweiten Weltkriegs, erreichten dann katholisch-konservative Kreise zusammen mit Exponenten der Sozialdemokraten und der Frauenbewegung die Aufnahme des Familienartikels und die darin enthaltene Bestimmung über die Mutterschaftsversicherung in die Bundesverfassung. Die Familienschutzbestimmung war nicht nur sozial- und gesundheitspolitisch motiviert, sondern zu einem wesentlichen Teil auch bevölkerungspolitisch. Neben dem finanziellen und gesundheitlichen Schutz der Mutter sollte damit auch der Gebärwille der Frau gefördert werden.² Nachdem die Fertilität seit dem Ersten Weltkrieg anhaltend tief gewesen war, begann sie während des Zweiten Weltkriegs wieder leicht zu steigen. Dieser Trend hielt dann trotz fehlender Mutterschaftsversicherung bis zum Pillenknick Ende der Sechzigerjahre an.³

Die Umsetzung des Verfassungsartikels liess allerdings lange auf sich warten. Erst sechzig Jahre später – 2005 – und nach etwa zwanzig Anläufen auf Bundesebene konnte die Mutterschaft versichert werden. Aus der Ablehnung der Vorlage für eine Mutterschaftsversicherung von 1999⁴ wurde die Lehre gezogen, dass nur eine bescheidene Versicherung mehrheitsfähig werden würde. So wurden die Anspruchsvoraussetzungen eng (nur für erwerbstätige Frauen; kein Adoptionsurlaub) und die Leistungen knapp (nach oben begrenzt; 80% des Lohnes; 14 Wochen) gehalten. Nachdem diese Vorlage die Hürde der Volksabstimmung genommen hatte, konnte sie – eingebettet im Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende (EOG)⁵, dessen Titel mit «und bei Mutterschaft» ergänzt werden musste – am 1. Juli 2005 in Kraft treten.⁶

1 1925 wurde die Verfassungsgrundlage für die Altersversicherung geschaffen.

2 AS 1944 Nr. 22 S. 868, 1022

3 www.bfs.admin.ch → Themen → 01-Bevölkerung → Panorama

4 Die Vorlage von 1999 beabsichtigte, auch nicht erwerbstätigen Frauen eine Entschädigung auszurichten: BBl 1997 IV 981

5 SR 834.1 Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft, vom 25.9. 1952

6 Mit derselben Gesetzesrevision wurden die Ansätze für die Dienstleistenden erhöht. Dies wurde von den Gegnern der Mutterschaftsentschädigung nicht infrage gestellt – im Gegenteil – es wurde als Argument verwendet, deswegen keine weitere Leistung zu schaffen.

Der geltende Schutz bei Mutterschaft nach EOG⁷

Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung haben Frauen, welche während der Schwangerschaft in der AHV versichert sind. Das heisst, sie wohnen oder arbeiten in der Schweiz. Des Weiteren müssen sie während mindestens fünf Monaten der Schwangerschaft erwerbstätig sein und im Zeitpunkt der Geburt in einem Arbeitsverhältnis stehen oder selbstständig erwerbend sein. Zeiten, in denen eine Frau arbeitslos oder arbeitsunfähig ist, sind der Erwerbstätigkeit grundsätzlich gleichgestellt. Die Entschädigung entspricht 80 Prozent des Lohnes, höchstens jedoch 196 Franken pro Tag. Sie wird 14 Wochen lang ausgerichtet. Nimmt eine Frau die Arbeit vor Ablauf der 14 Wochen wieder auf, verliert sie den Anspruch auf die Entschädigung. Frauen, die eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllen, aber dennoch in einem Arbeitsverhältnis stehen, unterstehen dem allgemeingültigen achtwöchigen Arbeitsverbot (Art. 35a Abs. 3 Arbeitsgesetz). Ihr Lohnfortzahlungsanspruch richtet sich nach dem Obligationenrecht (OR) oder dem Arbeitsvertrag, wenn dieser insgesamt Ansprüche im selben Umfang gewährt. Schliesslich sind alle Frauen während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Geburt vor Kündigung geschützt.⁸

Fakten und Erfahrungen

Mit der Mutterschaftsentschädigung ist das Sozialversicherungssystem um ein längst überfälliges Element, das zusammen mit der familienergänzenden Kinderbetreuung wesentlich zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beiträgt, vervollständigt worden. Die Notwendigkeit dieser Leistung lässt sich auch an den steigenden Ausgaben der Mutterschaftsversicherung seit ihrer Einführung 2005 ablesen. So wurden im ersten vollen Kalenderjahr (2006) 500 Mio.

Franken ausgerichtet, im Jahr 2013 waren es bereits 730 Mio. Franken. Dieser Ausgabenzuwachs ist zum einen auf die Zunahme der Anzahl ausgerichteter Leistungen und zum anderen auf die höheren Entschädigungen zurückzuführen. Weil die Leistung nur an erwerbstätige Frauen ausgerichtet wird, spiegelt der Ausgabenzuwachs in erster Linie die stärkere Erwerbstätigkeit der Frauen. Diese lag bei Frauen mit Kindern bis vierzehn Jahren im Jahr 2014 bei knapp 80 Prozent.⁹ Die höheren Ausgaben sind aber auch auf die noch immer steigende Anzahl gut ausgebildeter Frauen zurückzuführen,¹⁰ die entsprechend höhere Löhne generieren. Hinzu kommt, dass gerade diese Frauen nach der Geburt ihres Kindes häufiger im Erwerbsleben bleiben. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen zeigt sich mitunter auch im steigenden Alter der Mütter beim Bezug der Mutterschaftsentschädigung. Dieses lag 2010 bei 31,9 und 2013 bei 32,2 Jahren.¹¹

Die höheren Ausgaben für die Mutterschaftsentschädigung schlagen sich auch in der Betriebsrechnung der EO nieder. Diese weist seit 2006 ein negatives Ergebnis aus. Deswegen wurde der Beitragssatz 2011 befristet auf fünf Jahre von 0,3 auf 0,5 Prozent erhöht. Der Bundesrat ist nun daran, die finanzielle Lage der EO zu analysieren, um die Höhe des Beitragssatzes für die Erwerbsersatzordnung ab 2016 festzulegen.

Die Anwendung des Gesetzes bereitet vergleichsweise wenig Schwierigkeiten, sind doch seit dem Inkrafttreten der Entschädigung weniger als drei Beschwerden pro Jahr bis vor Bundesgericht gezogen worden. Dabei ging es vorwiegend um die Stellung und Ansprüche selbstständig erwerbender Frauen und um Ehefrauen, die im Betrieb des Ehemannes angestellt waren.

Auch die Evaluation der Mutterschaftsentschädigung¹² bestätigte eine gut funktionierende Versicherung. Dabei fiel auf, dass einerseits gut verdienende Frauen häufig einen längeren Urlaub beziehen als der von der EO

entschädigte. Andererseits bieten Unternehmen, die auf gut qualifizierte Frauen angewiesen sind, ihren Angestellten einen besseren Mutterschutz an als solche, welche weniger gut qualifizierte Fachkräfte beschäftigen.

Ausblick

Anregungen aus dem Volk oder von parlamentarischer Seite zur Weiterentwicklung der Mutterschaftsentschädigung sind wenige zu vernehmen. Herausgestellt hat sich allerdings, dass Frauen, deren Kind zu früh zur Welt kommt, ungenügend geschützt sind. Sie können zwar den bezahlten Mutterschaftsurlaub aufschieben (Art. 16c Abs. 2 EOG), indem die Entschädigung erst ausgerichtet wird, wenn das Kind aus dem Spital nach Hause entlassen wird, während dieser Zeit ist jedoch keine Leistung vorgesehen. Zwischenzeitlich hat sich eine Rechtsprechung herausgebildet,¹³ welche die Lohnfortzahlungspflicht für die Zeit, während der das Kind noch im Spital ist, auf der Grundlage von Art. 324a OR dem Arbeitgeber zuweist. Das OR hält hier grundsätzlich fest, dass der Arbeitgeber den Lohn für eine beschränkte Zeit zu entrichten hat, wenn Arbeitnehmerinnen wegen Unfall, Krankheit oder der

7 SR 834.1 Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft

8 Art. 336c OR

9 www.bfs.admin.ch → Themen → 20-Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung → Gleichstellung von Frau und Mann → Daten, Indikatoren → Vereinbarkeit Beruf und Familie → Erwerbsbeteiligung von Müttern und Vätern

10 www.bfs.admin.ch → Themen → 03-Arbeit und Erwerb → Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit → Detaillierte Daten → Erwerbstätige und andere Ergebnisse der SAKE

11 www.bfs.admin.ch → Themen → 01-Bevölkerung → Bevölkerungsbewegung → Indikatoren → Geburten und Fruchtbarkeit → Durchschnittsalter der Mütter bei der Geburt

12 Forschungsbericht Wirkungsanalyse Mutterschaftsentschädigung, Dr. Daniel C. Aeppli, Basel, in Zusammenarbeit mit Demoscope Research, 26. Mai 2012. Internet BSV

13 Entscheid des Regionalgerichts Bern-Mittelland vom 24. Januar 2013, CIV 12 6727 BAK; Jurisdiction de prud'homme, Canton de Genève, Urteil C/17092/2007-3 vom 17.10.2008 = JAR 2009 5. 522

Mutterschaftsentschädigung im europäischen Vergleich

T1

Land	Gesamtdauer des Mutterschaftsurlaubs	Dauer des Mutterschaftsurlaubs vor der Geburt	Dauer des Mutterschaftsurlaubs nach der Geburt	Entschädigung des Mutterschaftsurlaubs	Dauer und Entschädigung des Elternurlaubs
Norwegen	9 Wochen	3 Wochen	6 Wochen	80 bis 100% des Lohns, max. 530 220 NOK (~64 000 Fr.)	Bis zu 59 Wochen Elternurlaub (Mutterschaftsurlaub eingerechnet) 100% des Lohns während 49 Wochen oder 80% während 59 Wochen (plafoniert, vgl. Mutterschaftsurlaub)
Schweden	14 Wochen	7 Wochen	7 Wochen	80% des Lohns (plafoniert, vgl. Elternurlaub)	18 Monate pro Elternteil 80% des Lohns während 13 Monaten, max. 445 000 SEK/Jahr (~50 000 Fr.), 180 SEK/Tag (~20 Fr.) während weiteren 3 Monaten
Dänemark	18 Wochen	4 Wochen	14 Wochen	100% des Lohns, max. 4 075 DKK/Woche (~570 Fr.)	32 Wochen pro Elternteil verteilt auf die ersten 9 Lebensjahre 100% des Lohns während 32 Wochen insgesamt (plafoniert, vgl. Mutterschaftsurlaub)
Niederlande	16 Wochen	4 bis 6 Wochen	10 bis 12 Wochen	Unselbstständig Erwerbende: 100% des Lohns, max. 198 €/Tag; Selbstständig Erwerbende: 100% des Lohns, max. 1 502 €/Monat	6 Monate pro Elternteil, verteilt auf die ersten 8 Lebensjahre Vergütungen sind nicht gesetzlich geregelt
Vereinigtes Königreich	52 Wochen	Bis 11 Wochen	Bis 41 Wochen	90% des Lohns (ohne Plafond) während der ersten 6 Wochen, 140 £/Woche (~200 Fr.) während weiteren 33 Wochen	50 Wochen insgesamt (Mutterschaftsurlaub eingerechnet), verteilt auf die ersten 18 Lebensjahre Entschädigung plafoniert, vgl. Mutterschaftsurlaub
Deutschland	14 Wochen Bei Frühgeburt und Mehrlingsgeburt werden 18 Wochen genehmigt (12 nach der Geburt)	6 Wochen	8 Wochen Bei Frühgeburt wird der Mutterschaftsurlaub verlängert	100% des Lohns (Versicherung gewährt 13 €/Tag, die Differenz wird vom Arbeitgeber ausbezahlt)	36 Monate pro Elternteil, verteilt auf die ersten 3 Lebensjahre (kann auch aufgeschoben werden) 67% des Lohns während 14 Monaten, min. 300 und max. 1 800 €/Monat
Österreich	16 Wochen Bei Frühgeburt, Mehrlingsgeburt und Kaiserschnitt werden 20 Wochen genehmigt (12 nach der Geburt)	8 Wochen	8 Wochen	100% des Lohns (Versicherung gewährt Wochengeld)	24 Monate insgesamt, verteilt auf die ersten 2 Lebensjahre (kann auch aufgeschoben werden) 80% des Lohns während der ersten 12 Monate, min. 1 000 und max. 3 000 €/Monat, oder pauschales Kinderbetreuungsgeld während der ersten 12 bis 30 Monate, zwischen 436 und 1 000 €/Monat
Schweiz	14 Wochen	–	14 Wochen	80% des Lohns, max. 196 Franken/Tag	–
Frankreich	16 Wochen Ab dem 3. Kind beträgt der Mutterschaftsurlaub 26 Wochen bei Einzelkind, 34 Wochen bei Zwillingen und 46 Wochen bei der Geburt von mehr als 2 Kindern	Bis 6 Wochen Bei schwieriger Schwangerschaft werden 2 Wochen zusätzlich genehmigt Ab dem 3. Kind werden bei Einzelkind 8 Wochen genehmigt, 12 Wochen bei Zwillingen und 24 Wochen bei der Geburt von mehr als 2 Kindern	Ab 10 Wochen Bei Frühgeburt oder Hospitalisierung des Kindes wird der Mutterschaftsurlaub verlängert	100% des Lohns, min. 9,26 und max. 82,33 €/Tag	36 Monate pro Elternteil Pauschalbeträge während mindestens 6 Monaten zwischen 568,85 und 813,48 €/Monat, abhängig von Aufgabe der Tätigkeit und Anzahl Kinder
Spanien	16 Wochen Bei Mehrlingsgeburt werden ab dem 2. Kind 2 Wochen zusätzlich genehmigt	Bis 10 Wochen	Ab 6 Wochen Bei Frühgeburt oder Hospitalisierung des Kindes wird der Mutterschaftsurlaub verlängert	100% des Lohns, max. 3 606 €/Monat	156 Wochen pro Elternteil Vergütungen sind nicht gesetzlich geregelt
Italien	5 Monate	1 bis 2 Monate	3 bis 4 Monate	80% des Lohns (ohne Plafond)	6 Monate pro Elternteil, max. 10 Monate insgesamt (um einen Monat verlängert, falls der Vater min. 3 Monate bezieht), verteilt auf die ersten 8 Lebensjahre 30% des Lohns während 6 Monaten, bis zum 3. Lebensjahr, danach bedarfsabhängig

Zusammenstellung: Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten und Silja Giudici, BSV

Erfüllung gesetzlicher Pflichten ohne ihr Verschulden an der Arbeit verhindert sind. Die Lohnfortzahlungspflicht richtet sich nach der Anstellungsdauer und kann von drei Wochen bis zu sechs Monaten dauern. In einem Gesamtarbeitsvertrag oder einem Arbeitsvertrag dürfen abweichende Regelungen getroffen werden, solange sie gleichwertig sind. Diese Regelung bietet einer betroffenen Frau so lange Schutz, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers über die ganze Dauer der Arbeitsverhinderung reicht. Ist jedoch die Lohnfortzahlungspflicht beispielsweise aufgrund der Dauer des Anstellungsverhältnisses zu kurz und oder ist die Lohnfortzahlungspflicht bereits wegen Krankheit angebracht oder aufgebraucht, ist die Frau nur zu einem kleinen Teil oder gar nicht vor Lohnausfall geschützt. Aus diesem Grund wurde der Bundesrat beauftragt, Lösungsvorschläge¹⁴ auszuarbeiten und zu prüfen, wie Mütter, welche den Beginn der Zahlung der Mutterschaftsentschädigung aufschieben, einen angemessenen Anspruch auf Lohnersatz erhalten können. Aus dem internationalen Vergleich in der Tabelle **T1** ist ersichtlich, dass Spanien und Frankreich im Falle einer Frühgeburt den Urlaub entsprechend verlängern.

Dieselbe Problematik zeigt sich auch bei der Arbeitsverhinderung schwangerer Frauen. Sie erhalten, wenn ihr Arbeitsvertrag nichts ande-

res regelt, aufgrund von Art. 324a OR den Lohn weiter ausgerichtet. Die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers vermag aber auch in diesen Fällen nicht immer die ganze Dauer der Arbeitsverhinderung zu decken.¹⁵ Der internationale Vergleich (vgl. Tabelle **T1**) zeigt, dass in der Mehrheit der Länder ein Teil des Mutterschaftsurlaubes bereits vor der Geburt bezogen werden kann/muss. So können Absenzen während der Schwangerschaft aufgefangen werden. Entsprechend kürzer ist dann der bezahlte Urlaub nach der Geburt.

Die Vorstösse im eidgenössischen Parlament¹⁶ richten sich seltener auf die Mutterschaftsentschädigung direkt, sondern vielmehr auf die Unterstützung der Familien insgesamt. Wichtige Anliegen sind insbesondere der Vaterschafts- und Elternurlaub gefolgt vom Adoptionsurlaub. Mit dem Bericht «Vaterschaftsurlaub und Elternurlaub, Auslegeordnung und Präsentation unterschiedlicher Modelle» in Erfüllung des Postulats «Freiwillige Elternzeit und Familienvorsorge» (11.3492) von Ständerätin Anita Fetz hat der Bundesrat dieses Anliegen 2013 eingehend diskutiert.¹⁷

Ein ähnliches Bild der politischen Interessenlage zeichnet sich in den Kantonen und in privaten Unternehmen ab. Im Gegensatz zur Bundesebene hat sich diese aber bereits in der kantonalen Gesetzgebung niederge-

schlagen. So gewähren die Kantone Freiburg, Waadt und Genf einen bezahlten Urlaub sowohl bei Adoption als auch bei einer Mutterschaft nicht erwerbstätiger Frauen. Etliche grössere Firmen gewähren ihren Angestellten einen Vaterschaftsurlaub von fünf bis zu 20 Tagen an.

Katharina Schubarth, lic. iur., Juristin Bereich Leistungen AHV/EO/EL, Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: katharina.schubarth@bsv.admin.ch

14 Po. Maury Pasquier 10.3523 und Teuscher 10.4125

15 Ip. Maury Pasquier 15.3154 Unterbrechung der Berufstätigkeit vor dem Geburtstermin

16 Vorstösse: 06.448 Ausweitung der Erwerbersatzansprüche auf erwerbstätige Väter; 08.3506 Partieller Elternschaftsurlaub. Änderung des Erwerbersatzgesetzes; 08.3507 Elternurlaub; 09.3187 Elternurlaub; 11.3492 Freiwillige Elternzeit und Familienvorsorge; 11.3567 Elternzeit und Familienvorsorge; 11.405 Vorwärtsmachen mit Elternzeit und -geld; 13.478 Einführung einer Adoptionsentschädigung; 13.478 Einführung einer Adoptionsentschädigung; 14.309 – Standesinitiative/NE Mutterschaftsurlaub bei Adoption; 14.3109 Elternurlaub. Mehr Wahlfreiheit bei gleichen Kosten; 14.4161 Elternurlaub; 14.3068 Elternurlaub statt Mutterschaftsentschädigung; 14.415 Zwei Wochen über die EO bezahlten Vaterschaftsurlaub; 14.415 Zwei Wochen über die EO bezahlten Vaterschaftsurlaub

17 Vgl. Martin, Lucie und Barbara von Kessel-Regazzoni, «Bundesrat verabschiedet Bericht zum Vaterschafts- und Elternurlaub», in *Soziale Sicherheit CHSS* Nr. 6/2013, S. 316f.: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen

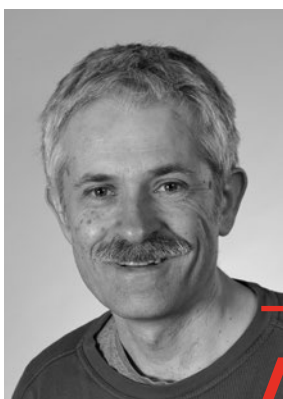
IV-Statistik 2014: Zunahme der beruflichen Eingliederungsmassnahmen bei sinkenden Rentenzahlen

Die letzten Jahre waren gekennzeichnet durch eine stetige Abnahme der Rentenzahlen. So ist die Neuberentungsquote seit 2003 um mehr als die Hälfte zurückgegangen. Auch die Zahl der laufenden Renten ist rückläufig. Demgegenüber vergütet die Versicherung immer mehr berufliche Eingliederungsmassnahmen. In diesem Bereich hat sich die Zahl der Leistungsbezügerinnen und -bezüger seit 2007 mehr als verdoppelt.

(vgl. Grafik G1). Zu diesem Wachstum haben nicht nur die neu eingeführten Frühinterventions- und Integrationsmassnahmen, sondern auch die herkömmlichen Massnahmen beruflicher Art massgeblich beigetragen.

Rentenbezüger/innen und Rentenausgaben

Im Dezember 2014 richtete die IV rund 339 000 Renten in einer Gesamtsumme von 412 Mio. Franken aus (vgl. Tabelle T2). Bei 260 000 handelte es sich um Invalidenrenten (369 Mio. Franken), bei 79 000 um Kinderrenten (43 Mio. Franken). Auf Letztere haben IV-Rentenbezügerinnen und -bezüger mit minderjährigen Kindern oder solchen in Ausbildung (bis 25 Jahre) zusätzlich Anspruch. Im Vergleich zum Dezember 2013 hat sich der Rentenbestand um insgesamt 2,8 Prozent verringert. In ähnlichem Ausmass sind auch die Rentenausgaben zurückgegangen (-2,4%).



Beat Schmid
Bundesamt für Sozialversicherungen

Eingliederungsmassnahmen

2014 vergütete die Invalidenversicherung IV Eingliederungsmassnahmen für 198 000 Personen (vgl. Tabelle T1). Die medizinischen Massnahmen, die v.a. die medizinische Versorgung von Kindern mit Geburtsgebrechen sicherstellen, kamen rund 103 000 Kindern zugute. 67 500 Personen erhielten Leistungen im Bereich der Hilfsmittel. Das am häufigsten finanzierte Hilfsmittel war das Hörgerät. 25 000 Personen bezogen Massnahmen beruflicher Art, welche die Eingliederung Behinderter in den Arbeitsmarkt fördern. Die 2008 in Kraft getretene 5. IV-Revision führte mit den Massnahmen der Frühintervention sowie den Integrationsmassnahmen zwei berufliche Eingliederungsinstrumente ein, die 2014 von 15 000 Versicherten in Anspruch genommen wurden.

Seit 2007 hat sich die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger beruflicher Massnahmen mehr als verdoppelt

Eingliederungsmassnahmen der IV, Bezüger/innen und Kosten 2014 T1

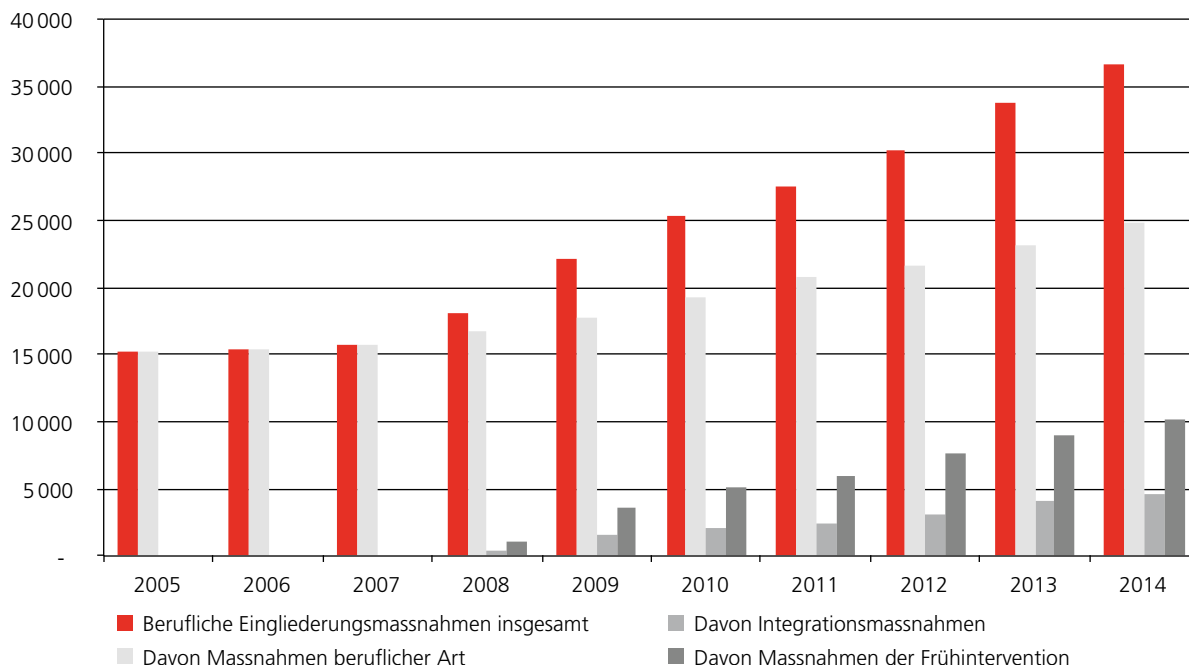
Art der Massnahme	Anzahl	Kosten (in Mio. Fr.)	Durchschnittskosten (Fr.)
Medizinische Massnahmen	103 300	776	7 514
Massnahmen der Frühintervention	10 200	39	3 783
Integrationsmassnahmen	4 700	45	9 748
Massnahmen beruflicher Art	24 800	558	22 507
Abgabe von Hilfsmitteln	67 500	205	3 042
Massnahmen insgesamt	210 400	1 623	7 715
Leistungsbezüger/innen insgesamt	198 000	1 623	8 196

In den Kosten nicht enthalten sind die mit den Eingliederungsmassnahmen verbundenen Taggelder.

Quelle: BSV

Entwicklung der Anzahl Bezüger/innen von beruflichen Eingliederungsmassnahmen, 2005–2014

G1



Da einige Versicherte im selben Jahr mehrere Arten der beruflichen Eingliederung in Anspruch nahmen, ist die Summe der drei Unterkategorien (graue Säulen) etwas grösser als die Gesamtzahl der Bezüger/innen (rote Säule).

Quelle: BSV

Dynamik der IV-Renten

Zwischen Dezember 2013 und Dezember 2014 wurden 15900 Eintritte und 21100 Austritte registriert (vgl. Grafik G2). Die Austritte teilen sich folgendermassen auf: 14700 (70%) IV-Rentnerinnen und -rentner erhiel-

ten eine AHV-Rente, 3400 (16%) verstarben und rund 3000 Rentenbezügerinnen und -bezüger wurden reaktiviert. Als Folge der demografischen Alterung ist zu erwarten, dass die Austritte in die AHV künftig weiter an Bedeutung gewinnen werden. Nach Wohnsitz aufgeschlüsselt, liess sich im Vergleich zum

Vorjahr ein Rückgang der Anzahl IV-Renten auch im Ausland feststellen. Dies ist umso bemerkenswerter, als die Zahl der auswandernden IV-Rentnerinnen und -rentner jene der Einwanderer deutlich übertrifft. Per Saldo verlagerten sich im Jahr 2014 600 IV-Renten von der Schweiz ins Ausland.

Renten der IV nach Bezüger/innen und Kosten

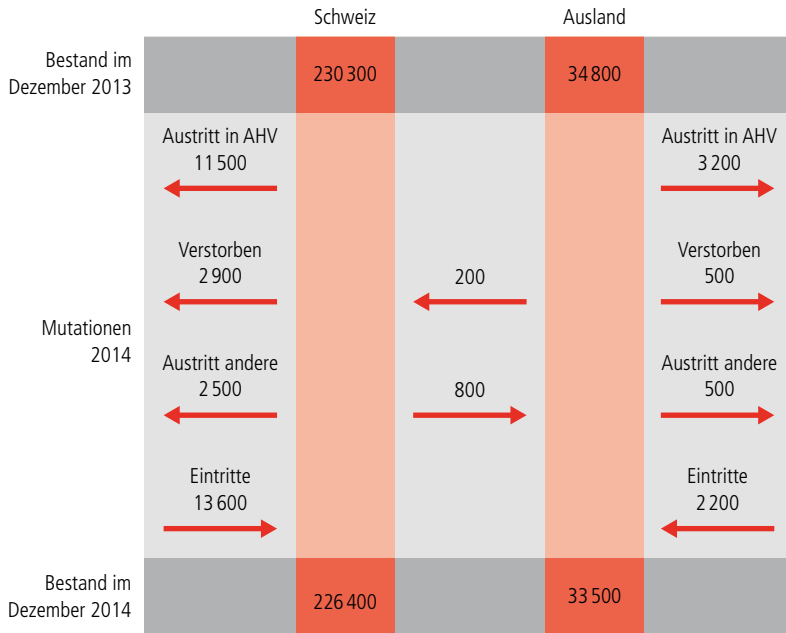
T2

Rentenart	Rentenbezüger/innen im Dezember			Rentensummen in Mio. Fr. im Dezember		
	2013	2014	Veränderung in %	2013	2014	Veränderung in %
Invalidenrente, Männer	146 571	143 557	-2,1%	210,1	205,6	-2,1%
Invalidenrente, Frauen	118 549	116 373	-1,8%	166,5	163,5	-1,8%
Total Invalidenrente	265 120	259 930	-2,0%	376,7	369,0	-2,0%
Kinderrente (Vater)	50 641	47 714	-5,8%	27,8	26,1	-6,1%
Kinderrente (Mutter)	33 119	31 544	-4,8%	17,6	16,8	-4,5%
Total Kinderrente	83 760	79 258	-5,4%	45,4	42,8	-5,7%
Total	348 880	339 188	-2,8%	422,1	411,9	-2,4%

Quelle: BSV

Dynamik der IV-Renten: Bezüger/innen 2014

G2



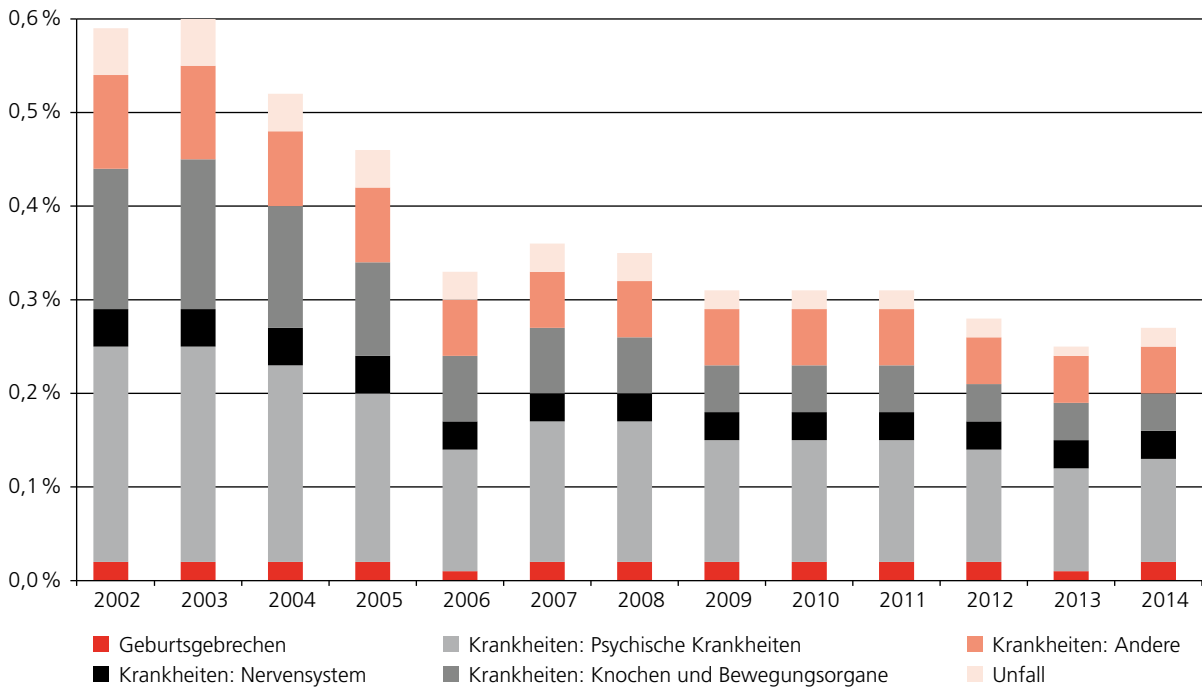
Quelle: BSV

Entwicklung der Neurenten in der Schweiz

Der Anteil der Neurenten an der versicherten Bevölkerung erreichte im Jahr 2003 mit 0,60 Prozent einen Höchststand. Bis 2014 ist diese Quote um mehr als die Hälfte auf 0,26 Prozent zurückgegangen (vgl. Grafik G3). Die Analyse der Invaliditätsursachen zeigt, dass das Rentenwachstum bis 2003 insbesondere auf einen überdurchschnittlichen Anstieg der Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen zurückzuführen ist. Der starke Rückgang der Berentungsquote zwischen 2003 und 2014 hängt in erster Linie damit zusammen, dass die Erkrankungen der Knochen und Bewegungsorgane markant zurückgegangen sind. Aber auch bei den übrigen Invaliditätsursachen sind die Berentungsquoten gesunken, wenn auch deutlich weniger stark. Einzig bei den Geburtsgebrechen ist der An-

Entwicklung der Neuberentungsquote in der Schweiz nach Invaliditätsursache, 2002–2014

G3



Die Neuberentungsquote entspricht dem Anteil der Neurentenbezüger/innen an der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 63 bzw. 64 Jahren. Der starke Rückgang 2006 ist auf die Verzögerung der Geschäftsabwicklung durch die Wiedereinführung des Vorbescheids in der IV auf den 1. Juli 2006 zurückzuführen.

Quelle: BSV

Bezüger/innen und Summe der Hilflosenentschädigung der IV (Erwachsene), Dezember 2014

T3

Hilflosigkeitsgrad	Bezüger/innen	Gesamtsumme (Mio. Fr.)
Leicht	16 300	6,3
Mittel	10 800	8,6
Schwer	7 200	7,2
Wohnsituation		
Zu Hause ohne lebenspraktische Begleitung	15 600	14,4
Zu Hause mit lebenspraktischer Begleitung	5 800	3,8
Im Heim	13 000	3,9
Total	34 300	22,0

Quelle: BSV

Bezüger/innen und Summe der Hilflosenentschädigung (Kinder und Jugendliche), durchschnittliche Summe pro Monat, 2014

T4

Hilflosigkeitsgrad	Bezüger/innen	Gesamtsumme (Mio. Fr.)
Leicht	3 100	1,7
Mittel	4 900	5,9
Schwer	1 700	3,5
Wohnsituation		
Zu Hause ohne Intensivpflegezuschlag	6 900	6,0
Zu Hause mit Intensivpflegezuschlag	2 700	5,0
Total der Massnahmen	9 600	11,0
Anzahl Bezüger/innen	8 800	11,0

Quelle: BSV

teil der Neurenten seit 2004 etwa gleich geblieben.

Hilflosenentschädigungen

Im Dezember 2014 erhielten 34 300 Erwachsene Hilflosenentschädigungen (HE) im Umfang von 22,0 Mio. Franken (vgl. Tabelle T3). Davon hatten 48 Prozent Anspruch auf eine Entschädigung für Hilflosigkeit leichten, 31 Prozent auf eine solche mittleren und 21 Prozent auf eine HE schweren Grades. Aufgrund der Abstufung der ausgerichteten Beiträge flossen über 70 Prozent der Ausgaben den Fällen mittleren und schweren

Grades zu. Rund 60 Prozent der HE-Bezügerinnen und -Bezüger wohnen zu Hause und verursachen gut 80 Prozent der Kosten. Dieser überproportional hohe Kostenanteil hängt damit zusammen, dass für die Pflege zu Hause wesentlich höhere Entschädigungsansätze gelten als für die Heimpflege. Die Ansätze für die Pflege im Heim wurden 2012 infolge der 6. IV-Revision von der Hälfte auf ein Viertel des Ansatzes heruntersetzt, der für die Pflege zu Hause gilt. Deshalb gingen die Ausgaben für die HE im Heim von 7,9 Mio. im Dezember 2011 auf 3,9 Mio. Franken im Dezember 2014 zurück. Die jährliche Entlastung der IV-Rechnung beträgt

dadurch knapp 50 Mio. Franken. Mit den frei werdenden Mitteln wird seit 2012 der Assistenzbeitrag finanziert, der eine eigenverantwortliche und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen soll. 2014 wurden dafür insgesamt 32,9 Mio. Franken vergütet, die 1 300 Versicherten zugutekamen. Der Assistenzbeitrag befindet sich noch im Aufbau und dürfte in den kommenden Jahren einen klaren Kostenanstieg verzeichnen.

Im Gegensatz zu den Erwachsenen wohnen alle Kinder, die eine HE beziehen, zu Hause. 2014 erhielten drei von zehn Kindern zusätzlich zur HE einen Intensivpflegezuschlag (vgl. Tabelle T4).

Beat Schmid, lic. phil. I, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen, Statistik, BSV
E-Mail: beat.schmid@bsv.admin.ch

Als Datengrundlage der IV-Statistik dienen die Register der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) in Genf. Die ZAS sammelt alle Daten, die von den Ausgleichskassen der AHV und den IV-Stellen elektronisch gemeldet werden, arbeitet sie auf und stellt sie für die Statistik zur Verfügung.

Die IV-Statistik 2014 steht im Format PDF auf der Website www.iv.bsv.admin.ch gratis zur Verfügung. Zusätzlich können die einzelnen Tabellen des Tabellenteils auf derselben Site im Format Excel abgerufen werden. Die Website wird vom Bundesamt für Statistik betrieben und gewartet. Unter www.ahv.bsv.admin.ch ist die AHV-Statistik und unter www.el.bsv.admin.ch die EL-Statistik abrufbar.

Arbeit und psychische Gesundheit: Der neue Synthesebericht der OECD liegt vor

Nach den Länderanalysen zur psychischen Gesundheit und Beschäftigung legte die OECD im März einen Synthesebericht vor. Anhand von Best-Practice-Beispielen aus den neun untersuchten Ländern wird darin aufgezeigt, wie es gelingen kann, die Arbeitsmarktchancen von Personen mit leichten bis mittelschweren psychischen Erkrankungen zu verbessern. Die Handlungsempfehlungen der OECD richten sich an Akteure in den Bereichen Bildung, Gesundheit, Arbeitsmarkt und Sozialversicherungen.



Katrin Jentzsch
Bundesamt für Sozialversicherungen

Psychische Gesundheit und Beschäftigung im Fokus der OECD

Die Kosten infolge psychischer Erkrankungen für die Einzelnen, Arbeitgeber und die Gesellschaft sind erheblich und steigen in allen OECD-Ländern seit Jahren an.¹ Für Arbeitgeber sind sie in Form von Krankheitsabsenzen und verringerter Arbeitsproduktivität spürbar. Auf dem Arbeitsmarkt bewirken sie Arbeitslosigkeit und eine Reduktion des Arbeitskräftepotenzials. Besonders jungen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen fällt es schwer, im Arbeitsleben Fuss zu fassen. Bei Ausbildungsabbruch oder Stellenverlust geraten sie häufig in eine Negativspirale, die in eine verfrühte Invaliditätsberentung münden

kann. Doch trotz dieser hohen Kosten wird den Zusammenhängen von psychischer Gesundheit und Arbeit sowie den Folgen für den Arbeitsmarkt häufig noch zu wenig Beachtung geschenkt.

Die OECD beschäftigt sich seit mehreren Jahren mit diesem Thema. Im 2012 erschienenen Bericht «Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work» wurden zunächst die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Erwerbsfähigkeit und die hauptsächlichen Herausforderungen bei der Integration psychisch beeinträchtigter Menschen aufgezeigt. In neun Länderreporten,² unter anderem zur Schweiz,³ wurde anschliessend die Situation in einzelnen OECD-Ländern untersucht.

Im März 2015 schliesslich folgte der Synthesebericht «Fit Mind, Fit Job – from Evidence to Practice in Mental Health and Work».⁴ Unter Bezugnahme auf Good-Practice-Beispiele aus allen untersuchten Ländern zeigt dieser neben grundsätzlichen Systemchwächen Verbesserungspotenzial auf und gibt Handlungsempfehlungen zuhanden der Politik ab. Wie schon in den Länderberichten werden dazu die vier Politikbereiche Bildung, Beschäftigung, Gesundheit und Sozialsystem betrachtet. Im Fokus stehen die leichten bis mittelschweren psychischen Erkrankungen, die frühzeitig erkannt und rasch angegangen bzw. behandelt nicht zu einem Ausschluss aus dem Erwerbsleben führen müssen.

Politikempfehlungen: Wann – Wer – Was

Übergeordneten Klärungsbedarf sieht die OECD dahingehend, wann Interventionen zum Erhalt der psy-

1 Für die Schweiz wird von Kosten infolge psychischer Erkrankungen in Höhe von 3,2 Prozent des BIP ausgegangen (OECD 2014, S. 24).

2 Untersucht wurden: Belgien, Dänemark, Norwegen, Schweden, Schweiz, Grossbritannien, Niederlande, Australien und Österreich.

3 OECD 2014 (s. Kasten) *Soziale Sicherheit CHSS* berichtete in Nr. 2/2014.

4 Der Bericht erschien am 4. März 2015 im Rahmen eines sogenannten High level policy forum on Mental Health and Work zum Thema «Bridging Employment and Health Policies», das in Den Haag stattfand. Die Veranstaltung bot Ministern und Akteuren aus den Sektoren Gesundheit und Beschäftigung die Gelegenheit, koordinierte Gesundheits- und Beschäftigungsstrategien zu diskutieren, die dazu dienen können, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in ausbildungsadäquater Arbeit zu halten oder in diese zu integrieren. Für die Schweiz nahmen an diesem Treffen Christel Bornand (Direktorin Office de l'insertion des jeunes de moins de 30 ans en formation professionnelle, Neuchâtel), Philippe Perrenoud (Regierungsrat, Bern), Stefan Ritler (Vizedirektor BSV), M. Hugues Sautière (Stellvertretender Leiter Service public de l'emploi, Fribourg) und Stefan Spycher (Vizedirektor BAG) teil.

Die OECD-Studien zu Arbeit und psychischer Gesundheit

OECD 2015, *Fit Mind, Fit Job – From Evidence to Practice in Mental Health and Work*

OECD 2012, *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*
www.oecd.ilibrary.com

OECD 2014, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*

Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/13

www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte

chischen Gesundheit bzw. zur Verhinderung psychischer Krankheit stattfinden müssen, *wer* dabei in der Verantwortung steht und was genau dafür zu tun sei. Beim *Wann* geht es in erster Linie um Prävention, frühzeitige Erkennung und rasches Handeln, durch welche Chronifizierung, Ausbildungsausfälle oder -hemmnisse im Kindes- und Jugendalter sowie die Exklusion vom Arbeitsmarkt im Erwerbsalter nach Möglichkeit zu verhindern sind. Besonders bei den leichten bis mittelschweren Störungen wäre es fatal, erst eine allfällige Heilung abwarten zu wollen und damit möglicherweise eine vorübergehende Exklusion in Kauf zu nehmen, bevor eine aufwendige (Re-)integration erfolgen kann. Je länger eine Person krankheitsbedingt dem Arbeitsmarkt fernbleibt, desto schwieriger gestaltet sich deren Reintegration.

Hinsichtlich des *Wer* wird die entscheidende Rolle sogenannten Frontline-Actors zugewiesen, die in den vier untersuchten Bereichen als Lehrer, Arbeitgeber/Vorgesetzte, Hausärzte, RAV-/Sozialhilfebetreuer zuerst und relativ intensiv Kontakt zu potentiell Betroffenen haben. Um Problemen frühzeitig adäquat begegnen zu können, sollten diese Schlüsselpersonen sensibilisiert und mit Ge-

sundheitswissen sowie unterstützen den Strukturen ausgestattet werden. Gleichzeitig sollte ihre Verantwortung klar benannt werden.

In Bezug auf das *Was* steht die Entwicklung einer übergeordneten *mental health strategy*, d.h. einer politischen Gesamtstrategie im Zentrum. Massnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit sollten gemäss OECD in einem integrierten Ansatz zur Planung und Umsetzung gelangen. Anstelle der bisherigen, ungenügend wirksamen, isolierten Ansätze seien systemübergreifende, integrierende Anstrengungen in der Beschäftigungs- und Gesundheitspolitik nötig. Dabei sollte die Umsetzung der Strategie verbindlich sein und einem strengen Monitoring unterliegen.

Die wichtigsten inhaltlichen Schwerpunkte und Empfehlungen

Bildungssystem

Erste Anzeichen psychischer Erkrankungen treten häufig bereits im Jugendalter auf und beeinflussen somit die Ausbildung und den Eintritt ins Erwerbsleben. Die OECD weist darauf hin, dass Lehrkräfte allfällige psychische Probleme bei ihren Schützlingen nur mangelhaft erfassen, aber auch die Schülerinnen und Schüler selbst ihre psychische Gesundheit schlecht einzuordnen vermögen («lack of mental health literacy»). Als Strategie schlägt sie vor, bei Bildungsbehörden und Lehrkräften Kompetenzen zu entwickeln, die es diesen ermöglichen, psychische Probleme zu erkennen und adäquat damit umzugehen. Schüler sollen ausserdem Zugang zu einem niederschweligen, koordinierten Unterstützungsangebot haben, das vorzugsweise dann zum Tragen kommt, wenn Übergänge, wie etwa von der Schule in die Arbeitswelt, besonderer Begleitung bedürfen. Ein spezielles Augenmerk sollte der Verhinderung von Schulabbrüchen gelten, da diese häu-

fig im Zusammenhang mit psychischen Beeinträchtigungen stehen und die weitere Entwicklung der betroffenen Jugendlichen ungünstig beeinflussen. Die Einrichtung kommunaler Unterstützungszentren für junge Personen, verbunden mit einem zentralen Schulabbruchregister, wie es beispielsweise in Dänemark⁵ geführt wird, werden daher als mögliche Massnahme aufgezeigt.

Gesundheitssystem

Um die Verschlechterung einer psychischen Beeinträchtigung zu verhindern, ist eine rechtzeitige und angemessene Behandlung Betroffener notwendig. Doch in vielen Ländern besteht eine latente Unterversorgung, gerade auch bei leichten bis mittelschweren Erkrankungen. Dabei steht weniger eine teure Betreuung durch Spezialisten im Vordergrund. Vielmehr sollten auch Hausärzte zur Behandlung von moderaten psychischen Erkrankungen befähigt und bei Bedarf etwa durch sogenannte *mental health nurses* unterstützt werden, wie sie etwa in Australien⁶ erfolgreich eingesetzt werden. Zudem wird die Entwicklung psychologischer Online-Behandlungen empfohlen. Gleichzeitig sollte der Einsatz von Psychologinnen und Psychologen gefördert werden. Die wesentliche Rolle der Erwerbssituation einer Person, unter anderem auch für den Behandlungs- und Heilungsprozess, wird von der Psychiatrie aktuell zu wenig berücksichtigt. Diese Erkenntnis gilt es künftig bereits in der Ärzteausbildung zu verankern. Das psychiatrisch-psychotherapeutische System müsse ein verstärktes Augenmerk auf Beschäftigung und somit auf die mobilisierbaren Ressourcen des Patienten legen. Dazu gehört unter anderem die Verwendung eines erweiterten Arztzeugnisses, welches nicht pauschal eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, sondern unter Berücksichtigung der kon-

5 OECD 2015, *Factsheet* 2.11, S. 66

6 OECD 2015, *Factsheet* 3.5, S. 92

kreten Arbeitsanforderungen einer Person aufzeigt, was diese weiterhin leisten kann. Durch die Feststellung der abrufbaren Fähigkeiten, einem allenfalls vorübergehend angepassten Arbeitspensum und möglicherweise flankiert durch Massnahmen des Supported Employment,⁷ soll der Arbeitsplatz erhalten werden. Entsprechende Fit-Notes sind nicht nur aus Grossbritannien⁸ bekannt. Auch die Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine, SIM)⁹ bietet eine entsprechende Arztzeugnisvorlage an. Doch Standards zur verbindlichen Anwendung solcher Zeugnisse fehlen gegenwärtig noch – und dies nicht nur in der Schweiz.

Arbeitsmarkt

Arbeitgeber bekommen die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen ihrer Mitarbeitenden in Form von Absenzen und Produktivitätsverlusten mit als Erste zu spüren. Entsprechend wären sie für eine aktivere präventive und unterstützende Rolle prädestiniert, die im Bedarfsfall auch rasches Handeln, und sei es durch das Hinzuziehen professioneller Helfer, impliziert. Damit Vorgesetzte ihre Rolle zum Erhalt der psychischen Gesund-

heit besser wahrnehmen können, müssen sie entsprechend geschult werden. Auch die Entwicklung und Bereitstellung von Leitlinien zum Umgang mit Mitarbeitenden mit psychischen Problemen wird empfohlen. Zudem müssten wirksame Managementprozesse zur (Re-)Integration wie auch umfassende Präventions- und Handlungsinstrumente entwickelt werden. Neben den Anreizen für die Arbeitgeber sowie ihren Pflichten zur Prävention von Krankheitsabsenzen sei zudem die Gesetzgebung zur psychosozialen Risikoprävention zu verstärken.

Sozialsystem

Über alle Sozialversicherungen hinweg ist in den untersuchten OECD-Ländern mindestens ein Drittel der Bezüger von Sozialleistungen mit psychischen Problemen konfrontiert.¹⁰ Somit haben neben der Invalidenversicherung auch die Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe durch ihre Aktivierungsprogramme und das Setzen von Anreizen grossen Einfluss auf die (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Stellensuchende mit psychischen Problemen, egal in welchem System, müssen daher identifiziert und unterstützt werden; dazu sind adäquate Instrumente zu entwickeln bzw. bereitzustellen. Fallmanager in allen Systemen sollten verpflichtet werden, sich in der Erkennung von und im Umgang mit psychischen Problemen ihrer Klienten schulen zu lassen. Finanzielle Anreize für die im jeweiligen System betreuten Personen sowie für die Anbieter von Eingliederungsleistungen sollten so gesetzt werden, dass

eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration ermöglicht wird.

Fazit

Unter Bezugnahme auf Good-Practice-Beispiele gibt der Bericht Akteuren in den vier untersuchten Bereichen Handlungsempfehlungen für die Entwicklung integrierter Strategien an die Hand. Diese zielen darauf ab, Menschen mit leichten bis mittelgradigen psychischen Erkrankungen rasche Unterstützung und Behandlung zu bieten. Um eine Chronifizierung sowie das Herausfallen aus dem Bildungs- oder Arbeitsprozess von vornherein zu verhindern, muss bereits beim Auftreten der ersten Krankheitsanzeichen adäquat gehandelt werden. Dabei geht es eher nicht um die Aufstockung von Ressourcen im hochspezialisierten psychiatrischen Bereich, sondern vielmehr um ein rasches Erkennen und eine niederschwellige Intervention gut informierter, befähigter und ihrer Verantwortung bewusster Akteure, die untereinander gut koordiniert sind. Eine politische Gesamtstrategie, die die Aktivitäten in den einzelnen untersuchten Bereichen aufeinander abstimmt, könnte helfen, individuelles Leiden zu vermindern und die hohen volkswirtschaftlichen Kosten einzudämmen.

Katrin Jentzsch, Diplom-Volkswirtin / M.Sc. in Psychologie, Projektleiterin, Bereich Berufliche Integration, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV
E-Mail: katrin.jentzsch@bsv.admin.ch

7 Definition gemäss www.supportedemployment-schweiz.ch: «Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder von anderen benachteiligten Gruppen beim Erlangen und Erhalten von bezahlter Arbeit in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes.» (13.4.2015)

8 OECD 2015, *Factsheet* 3.7, S. 94

9 OECD 2015, *Factsheet* 3.10, S. 97 und www.swiss-insurance-medicine.ch

10 OECD 2015, S. 142

Autismus bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Menschen mit Autismus benötigen Unterstützung, ebenso ihre Angehörigen. Die Zahl der Autismusdiagnosen hat in letzter Zeit markant zugenommen: Wird für die betroffenen Personen genug getan? Wird das Richtige gefördert? Eine vom Bundesamt für Sozialversicherungen beauftragte Untersuchung zeigt, dass sich das System spezifischer Hilfen in der Schweiz auf einem guten Weg befindet, in einzelnen Handlungsfeldern jedoch weiterhin Handlungsbedarf besteht.



Andreas Eckert

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich



Christian Liesen



Véronique Zbinden Sapin

Fachhochschule Westschweiz



Evelyne Thommen

In den letzten zehn Jahren ist die Personengruppe mit einer Autismus-Spektrum-Störung sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung als auch in Fachkreisen schweizweit verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Es ist von markant gestiegenen Fallzahlen zu lesen, was vielerorts Erstaunen hervorruft. Das Wort der Modediagnose macht bereits die Runde, unterstützt durch eine teilweise pauschalisierende Berichterstattung über Menschen mit Autismus in den Medien.

Gemäss aktueller wissenschaftlicher Erkenntnis bestehen bei einer Autismus-Spektrum-Störung Beeinträchtigungen in der sozialen Kommunikation und Interaktion. Gleichzeitig sind die Interessen und Aktivitäten der Personen eingeschränkt und vielfach

von beharrlichen Wiederholungen gekennzeichnet. Das soziale Verständnis ist reduziert, das Interaktionsverhalten begrenzt, das Planen von Handlungen erschwert. Auftreten müssen diese Verhaltensmerkmale bereits im frühen Kindesalter. Von einem <Spektrum> wird gesprochen, weil eine trennscharfe Linie zwischen den verschiedenen Ausprägungsformen des Autismus vielfach nicht zu ziehen ist.

Einen guten Überblick über den Status quo der Erkennung und Behandlung von Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz bietet das Themenheft 5/2013 der Zeitschrift «Pädiatrie». Darin findet sich neben einer Einführung zum Thema Autismus¹ und zur Diagnostik² ein fachkundiger Blick auf die Situation in der Schweiz³ und es wird neben einem

Fallbericht⁴ auch erläutert, welche Leistungen die IV für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen erbringt.⁵ Der schweizerische Kontext wird ebenfalls in den «Swiss Archives of Neurology and Psychiatry» (Themenheft 8/2014) beleuchtet.⁶

Diese Gesamtschau zeigt vor allem eines: Die Lebens- und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Autismus und anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen ist fachwissenschaftlich und forschungsmässig unzureichend dokumentiert.

1 Lit. Herbrecht et al.

2 Lit. Keller

3 Lit. Gundelfinger

4 Lit. Bonifer

5 Lit. Rajower et al.

6 V.a. Lit. Barker und Lit. Thommen et al.

Zudem konzentrieren sich viele Untersuchungen auf begrenzt definierte Lebensbereiche. Ein Postulat von Ständerat Claude Hêche hat die beschriebene Problematik aufgegriffen und das BSV beauftragt, die hier besprochene Studie zu veranlassen.⁷ Diese hatte zu eruieren, ob die derzeit praktizierte Erkennung und Behandlung solcher Entwicklungsstörungen als adäquat bezeichnet werden kann und wo allenfalls Handlungsbedarf besteht. Dazu sollte sie Beispiele guter Praxis benennen.

Für die Untersuchung wurden Daten des Zentralregisters der Invalidenversicherung (ZAS) ausgewertet

und 35 Interviews mit Expertinnen und Experten geführt (22 in der Deutschschweiz, 13 in der lateinischen Schweiz). Neben der schweizerischen Forschungsliteratur zum Thema – einschliesslich der Erkenntnisse aus den drei Projekten «Leben mit Autismus in der Schweiz» (Eckert), «Projet d’observatoire en autisme» (Thommen) und «La situation des jeunes adultes avec un trouble du spectre de l’autisme dans les structures résidentielles de Suisse romande» (Zbinden Sapin) – wurde eine Vielzahl internationaler Arbeiten analysiert. Zudem wurden kantonale Behörden sowie auf Autismus spezialisierte Fach- und Beratungsstellen in die Recherchen einbezogen.

sonen markant zugenommen hat. Wenngleich konkrete klinische Inzidenzdaten aktuell fehlen (d.h. es ist nicht bekannt, bei wie vielen Personen Autismus diagnostiziert wird), liegen Daten zur Leistungsinzidenz vor. Gemeint sind Angaben darüber, wie viele Personen mit einer Diagnose aus dem Autismus-Spektrum Leistungen der IV beanspruchen.⁸ Dabei ist eine Korrespondenz zwischen dem Schweregrad der Erscheinungsformen und der Anmeldung bei der IV anzunehmen, es dürften sich also vor allem die schweren Fälle dort wiederfinden. Zwischen 1983 und 2004 haben sich die Eintritte in die IV – standardisiert bezogen auf den Geburtsjahrgang – nahezu verfünffacht (vgl. Grafik G1).

Hinter dieser Entwicklung stehen zum einen stark verbesserte Screening- und Diagnoseverfahren. Eine Autismus-Spektrum-Störung kann heute beispielsweise von einer Intelligenzminderung oder einer Entwicklungsverzögerung deutlich klarer unter-

7 Po. Hêche Claude *Autismus und andere schwere Entwicklungsstörungen. Übersicht, Bilanz und Aussicht*: www.parlament.ch → Curia Vista Suche → 12.3672

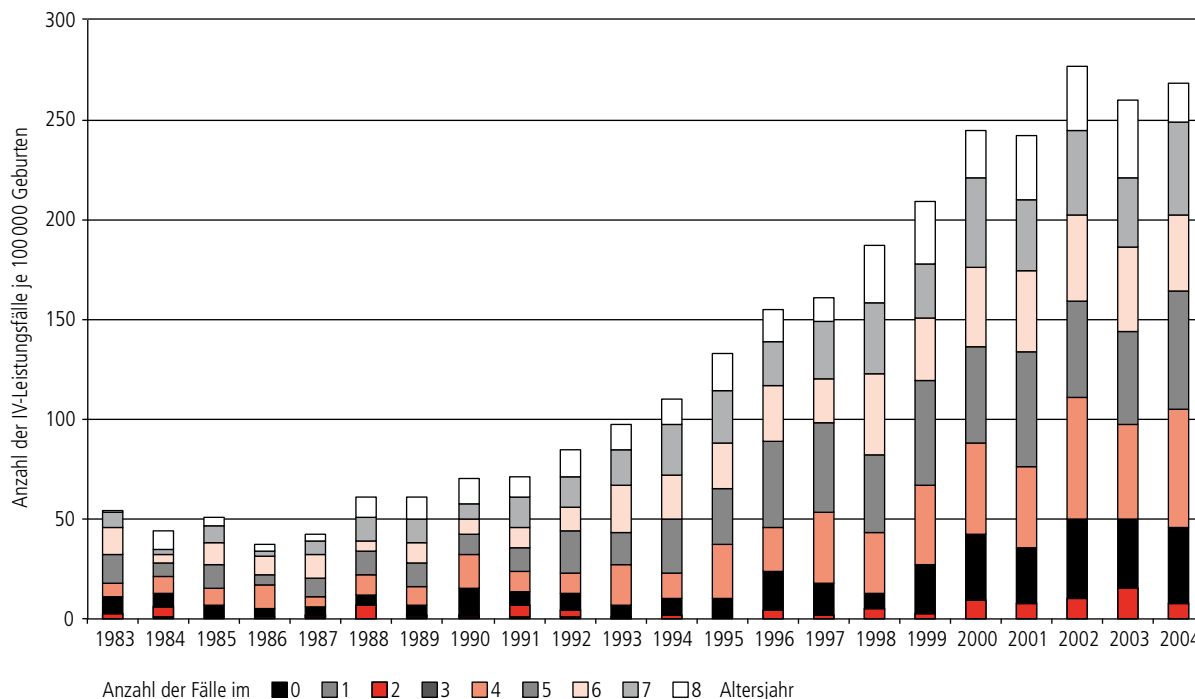
8 Die IV arbeitet mit den sog. Codes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik (GLS-Codes). Die Darstellung bezieht sich darum auf den Leistungstitel «Autismus», nicht auf eigentliche klinische Diagnosen.

Erkennung von Autismus-Spektrum-Störungen

Zunächst ist festzuhalten, dass die Zahl der als autistisch erkannten Per-

Anzahl der IV-Leistungsfälle (Autismus) je 100 000 Geburten, nach Jahrgang (Kohorte)

G1



Die Auswahl bis 2004 bildet die Geburtskohorten bis zum Erreichen des achten Altersjahres (ab 2004 Geborene sind im Jahr 2012 achtjährig).
Quelle: Lit. Eckert et al.

schieden werden als früher. Zugleich gibt es mehr kompetente Diagnostikstellen. Und ein Ende dieser Entwicklung ist möglicherweise noch nicht erreicht. Denn vielerorts, die Interviews bestätigen dies, fehlt es nach wie vor an ausreichender Kapazität sowie an einer Standardisierung des Diagnostikprozesses.

Dass eine schweizweite, autismusspezifische Grundqualifizierung aller in den Diagnostikprozess einbezogenen Fachpersonen notwendig ist, ist in diesem Sinne ein wichtiges Untersuchungsergebnis.

Von der Erkennung zur Versorgungsplanung

Wird eine Autismus-Spektrum-Störung erkannt, stellt sich die Frage nach der anschliessenden Behandlung und Versorgung. Empfehlenswert sind gemäss aktuellem wissenschaftlichem Diskurs insbesondere folgende Massnahmen:

- Spezifische Beratungsangebote für Betroffene, Angehörige und Fachleute sowie eine gute Koordination der vorhandenen Angebote
- Gut zugängliche, wirksame Massnahmen der (frühen) Intervention und Behandlung
- Autismusspezifische Förderangebote in der Schule
- Adäquate Massnahmen beruflicher Integration
- Vernünftige Reaktionszeiten und angemessene Leistungen bei vertretbaren Kosten

Die Studie vermochte aufzuzeigen, dass die Behandlungs- und Versorgungslage noch nicht in allen Punkten den wissenschaftlichen Empfehlungen entspricht.

Beratung und Koordination

In den Interviews trat der begrenzte Zugang zu spezifischen Beratungsangeboten für die Eltern eines Kindes oder Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung als ein zentraler Kritikpunkt hervor. Zwar wer-

den Eltern im Einzelfall situationsbezogen und in guter Qualität beraten und orientiert. Generell jedoch wird ein leicht zugängliches autismusspezifisches Angebot, das informieren, vernetzen und koordinieren würde, vermisst.

Intervention und Behandlung

Mit dem Wissen über die Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störungen hat in den letzten zehn Jahren auch das Wissen über die adäquaten Behandlungsmöglichkeiten zugenommen. Das war ein klares Ergebnis der 35 geführten Gespräche. Nicht einfach ist es allerdings, diesem Wissen auch Taten folgen zu lassen: Massnahmen intensiver Frühbehandlung, sowohl in der Form spezifischer verhaltenstherapeutischer Programme als auch etablierter heilpädagogischer und interdisziplinärer Ansätze, sind in allen Regionen nur punktuell zugänglich. Viele der Angebote, die bei Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zum Einsatz kommen, sind zudem nicht autismusspezifisch. Auch hier gestaltet sich die Vernetzung von Massnahmen, die über unterschiedliche Träger und an verschiedenen Orten angeboten werden, schwierig.

Schulische Förderung

Konzepte für die schulische Förderung von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sind eher die Ausnahme als die Regel. Einzelne Kantone haben erfolgreiche Pilotprojekte ins Leben gerufen. Zudem gibt es ein breites Fachwissen in einzelnen spezialisierten Institutionen mit umfangreicher Autismuserfahrung. Vielerorts fehlt es aber am nötigen Wissen, um im Rahmen der definierten Fördergefässe den besonderen Unterstützungsbedürfnissen zu entsprechen – und wo die Kompetenzen vorhanden sind, vermag das Angebot die hohe Nachfrage bei Weitem nicht zu decken.

Berufliche Integration

Bei der beruflichen Integration sind der erste Arbeitsmarkt sowie geschützte Arbeits- und Beschäftigungsange-

bote getrennt zu betrachten. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sind vor allem Personen mit Asperger-Syndrom bzw. High-Functioning-Autismus anzutreffen. Hier beschrieben die Befragten die Suche nach geeigneten Abklärungs- und Ausbildungsmassnahmen übereinstimmend als grösste Herausforderung: Die wenigsten Ausbildungsbetriebe sind auf diese Zielgruppe vorbereitet. Personen mit frühkindlichem oder atypischem Autismus sind demgegenüber vor allem auf dem geschützten Arbeitsmarkt zu finden. Dort sind es in erster Linie Anpassungen am Arbeitsplatz, die Sachkunde und viel Erfahrung erfordern und die einhellig als optimierungsbedürftig erlebt werden. Generell beurteilen die Interviewten die Qualifikation der Fachpersonen im Kontext der beruflichen Integration sehr kritisch.

Reaktionszeit, Leistungen und Kosten

Die Auswertung der 416 Fälle aus dem ZAS-Register zeigt, dass die IV für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung durchaus sachgerecht funktioniert – bei allerdings grossen regionalen Unterschieden in der Reaktionszeit, den Leistungen und den Kosten. Zwischen dem Zeitpunkt, zu dem eine Person als autistisch erkannt wird, und den ersten von der IV übernommenen Leistungen vergehen im Schnitt 60 Tage. Dies ergab ein Abgleich des Diagnosedatums mit den bei der IV geltend gemachten Leistungen.

Bei den Leistungen, die die IV erbringt, muss nach Anspruchsgruppen unterschieden werden. Denn nicht alle Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen, bei denen Autismus diagnostiziert wurde, sind bei der IV unter diesem Leistungstitel geführt: Auch Intelligenzminderung oder gänzlich andere Kategorien kommen vor (vgl. Tabelle T1).⁹

⁹ Die Leistungstitel und damit auch die Anspruchsgruppen wurden wiederum mithilfe der GLS-Codes gebildet, s. Fussnote 1.

IV-Renten nach Anspruchsgruppen

T1

ICD-10-Schlüssel	N	Alter bei Diagnosestellung (Mittelwert): Jahre; Monate	Fälle sind in der IV zugeordnet zur Anspruchsgruppe				Leistungsschwerpunkt der IV bei Autismus (>70% der Personen je Kategorie)
			Autismus	Intelligenzminderung	mehrere, darunter Autismus	kein Autismus	
F84.0 Frühkindlicher Autismus	220	6; 5	141	3	41	35	HE, Med. Mn.
F84.1 Atypischer Autismus	72	10; 0	26	1	15	30	berufliche Mn.
F84.5 Asperger-Syndrom	124	11; 0	54	0	16	54	berufliche Mn.
Total	416		221	4	72	119	

Autismus-Spektrum-Diagnoseschlüssel (ICD-10-Code) von N = 416 Personen und deren mittleres Alter zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Zuordnung zur Anspruchsgruppe der IV, Leistungsschwerpunkt der IV (Kriterium: mindestens 70% der Personen in der Diagnosegruppe erhalten diese Leistung). HE = Hilflosenentschädigung, Med. Mn. = Medizinische Massnahmen, berufliche Mn. = Massnahmen beruflicher Art.

Quelle: Lit. Eckert et al.

In unserer Untersuchung erhielten 70 Prozent der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Autismus-Spektrum-Diagnose bei der IV auch Leistungen unter dem Titel «Autismus» (293 von 416), die übrigen 30 Prozent hingegen nicht (123 von 416).

Zu erklären ist dies mit der Autismusform und dem Lebensalter. Autismus-Spektrum-Störungen müssen spätestens bis zum fünften Altersjahr festgestellt worden sein, um von der IV anerkannt zu werden. Beim frühkindlichen Autismus liegt die Diagnose in der Regel bis zu diesem Zeitpunkt vor. In den ZAS-Daten sind vor allem diese Fälle mit einem gewissen Nachlauf bis spätestens zum achten Al-

tersjahr erfasst, und die Kinder erhalten vor allem Hilflosenentschädigungen und medizinische Massnahmen. Demgegenüber werden atypischer Autismus und das Asperger-Syndrom oftmals erst später diagnostiziert und ziehen dann fast ausschliesslich Massnahmen beruflicher Art nach sich.

Die Pro-Kopf-Kosten, die seitens der IV für den Personenkreis mit Autismus aufgewendet wurden, betragen jährlich rund 7000 Franken. Damit lagen sie tiefer als in der Gruppe der Personen mit einer Intelligenzminderung (rund 12000 Franken) und ohne leistungsberechtigten Autismus (rund 8000 Franken). Hervorzuheben sind aber vor allem die regionalen Unterschiede bei den Pro-Kopf-Kosten für Autismus. Diese sind in der Genferseeregion und im Tessin um mehr als ein Viertel höher als in der übrigen Schweiz.

gutem Weg. Die grösste Herausforderung besteht darin, ganz im Sinne des Postulats Hêche, die beträchtlichen regionalen Unterschiede auszugleichen und überregional einheitlich zu handeln. Im Sinne einer umfassenden Strategie sind zu den untersuchten Bereichen die folgenden Empfehlungen festzuhalten.

1. Im Bereich *Beratung und Koordination* sind Kompetenzzentren bzw. Beratungsangebote zu konzipieren und zu etablieren, die den beschriebenen Mangel an Eltern- und Fachberatung ausgleichen und nach Möglichkeit auch die Funktion eines Case-Managements übernehmen. Dabei sollte jeder Kanton zu einem solchen Angebot Zugang haben. Regional sind Erfahrungen vorhanden, von denen profitiert werden kann.
2. *Intervenierende und behandelnde* Fachpersonen müssen angebotsspezifisch (nicht berufsgruppenspezifisch) qualifiziert sein. Schweizweit gesehen besteht markanter Nachholbedarf. Psychotherapeutische Massnahmen, für die die IV allein in der Westschweiz jährlich bis zu 4,4 Mio. Franken aufwendet, sollten bezüglich ihrer autismusspezifischen Ausrichtung kritisch überprüft werden. Wissenschaftlich umstrittene Massnahmen wie die

Forschungsbericht

Eckert, Andreas; Liesen, Christian; Thommen¹ Evelyne und Véronique Zbinden Sapin; *Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene: Frühkindliche Entwicklungsstörungen und Invalidität*, [Bern] 2015. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/15: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungsberichte

In diesen Punkten muss gehandelt werden

Für die letzten zehn bis fünfzehn Jahre konnte die Untersuchung zahlreiche positive Entwicklungen nachzeichnen. Das System spezifischer Hilfen bei Autismus-Spektrum-Störungen befindet sich auf regionaler, kantonaler und Bundesebene auf

psychoanalytische Psychotherapie für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung sollten abgelöst werden durch fachlich hochstehende Angebote, die aktuellen wissenschaftlichen Empfehlungen gerecht werden.¹⁰

3. In der *Bildung und Erziehung* sind die Entwicklung und Einführung autismusspezifischer Konzepte zur schulischen Förderung vordringlich, sowohl für das integrative als auch für das separative Setting. Solche Konzepte sollen bei Bedarf künftig in grösserer Breite und Zuverlässigkeit implementiert werden. Das nötige Fachwissen dafür ist vorhanden, aber es muss besser in der Schullandschaft verankert werden.
4. Bei der *beruflichen Integration* besteht der Handlungsbedarf hauptsächlich in der Weiterentwicklung bereits vorhandener Angebote des Job-Coachings und des Case-Managements in der beruflichen Bildung. Personen des gesamten Autismus-Spektrums könnten davon profitieren.
5. Die Leistungsberechtigungen der IV eignen sich sowohl für ein Monitoring als auch für die Leistungssteuerung. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, die festgestellten sprachregionalen Unterschiede bei der Leistungserbringung – v. a. für Personen mit schweren Erscheinungsformen – zielgerichteter und wirkungsorientierter zu beurteilen und anzugehen.¹¹

¹⁰ Vgl. dazu auch *Lit.* Volkmar et al.

¹¹ Vgl. dazu auch *Lit.* Rajower et al 2013, S. 14

Grundlagenliteratur

- Barker, Mandy, «Diagnosis and Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorders in Switzerland», in *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165 8/2014, S. 306–309
- Bonifer, Renate, ««Nicht abwarten, sondern handeln!» Was Eltern autistischer Kinder im Alltag erleben – Ein Fallbericht», in *Pädiatrie* 5/2013, S. 23–24
- Eckert, Andreas und Susanne Störch Mehring, «Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) in der Adoleszenz. Herausforderungen und Handlungsbedarfe aus der Perspektive von Eltern», in *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 84 2/2015, S. 140–150
- Gundelfinger, Ronnie, «Autismus in der Schweiz. Was hat sich in den letzten zehn Jahren getan?», in *Pädiatrie* 5/2013, S. 4–9
- Herbrecht, Evelyn et al., «Was ist Autismus? Eine klinische Einführung», in *Pädiatrie* 5/2013, S. 17–22
- Keller, Elmar, «Autismusdiagnose in der Praxis. Typische Symptome und geeignete Screeninginstrumente», in *Pädiatrie* 5/2013, S. 25–30
- Rajower, Inès et al., «Wer zahlt wofür? Leistungen der IV für Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen», in *Pädiatrie* 5/2013, S. 10–16
- Thommen, Evelyne et al. «Les particularités cognitives dans le trouble du spectre de l'autisme : la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives», in *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry* 165 8/2014, S. 290–297
- Volkmar, Fred et al., «Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder», in *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 53 2/2014, S. 237–257

Prof. Dr. Andreas Eckert,
Dozent Sonderpädagogik, Interkantonale
Hochschule für Heilpädagogik Zürich
E-Mail: andreas.eckert@hfh.ch

Prof. Dr. Christian Liesen,
Schwerpunktleitender Forschung und Ent-
wicklung, Interkantonale Hochschule für
Heilpädagogik Zürich
E-Mail: christian.liesen@hfh.ch

Prof. Dr. Evelyne Thommen,
Prof. in Entwicklungspsychologie,
HES-SO – Haute école de travail social et
de la santé, EESP, Lausanne
E-Mail: evelyne.thommen@eesp.ch

Prof. Dr. Véronique Zbinden Sapin,
Dozentin für Psychologie, HES-SO –
Hochschule für Soziale Arbeit – Freiburg
E-Mail: veronique.zbindensapin@hefr.ch

AHV: wichtigste statistische Ergebnisse 2014

Mit einem Leistungsvolumen von rund 40 Milliarden Franken und 2,4 Millionen Rentnerinnen und Rentnern ist die AHV die zentrale Säule der schweizerischen Sozialvorsorge. Zwischen Dezember 2013 und Dezember 2014 ist die Zahl der Personen, die eine AHV-Rente beziehen, um 2,4 Prozent (+56 300) gestiegen.



Jacques Méry
Bundesamt für Sozialversicherungen



Shpend Hashani

Anzahl und Summen nach Rentenart

Im Dezember 2014 bezogen 2,4 Millionen Personen eine Rente der AHV: 2 196 500 Personen (90,4%) erhielten eine Hauptrente der Altersversicherung, 173 300 (7,1%) eine Hinterlassenenrente (Witwen-, Witwer- oder Waisenrente). Hinzu kommen vor allem Zusatzrenten (für Ehegatten und Kinder), die kontinuierlich stark rückläufig sind (-2,1%). Der Grund für diesen Rückgang sind die Auswirkungen der 5. IV- sowie der 10. AHV-Revision.

Tabelle T1 enthält eine Übersicht über die Struktur der Bezügerinnen und Bezüger sowie die Rentenarten im Dezember 2014 im Vergleich zum Vorjahr.

Entwicklung und Dynamik der Renten und Summen

2014 nahm die Zahl der Bezügerinnen und Bezüger einer Hauptrente um 53 700 Personen zu. Das entspricht einem Anstieg von 2,5 Prozent. Die Rentensumme stieg um 2,2 Prozent, was hauptsächlich auf die Erhöhung der Minimalrente per 1. Januar 2013 zurückzuführen ist. Dieser Anstieg versteht sich «netto». Für eine Gesamtsumme müssen die «Brutto»-Bewegungen der Versicherung untersucht werden. Mit Ausnahme des Jahres 2005, als das Frauenrentenalter von 63 auf 64 Jahre erhöht wurde, ist die Zahl der neu ausgerichteten Altersrenten in den letzten zehn Jahren praktisch jedes Jahr doppelt so stark angestiegen wie die Zahl der erloschenen Renten.

2014 kamen 130 100 neue Altersrenten hinzu (einschliesslich Übertritte aus IV und HV), was 6,1 Prozent des Bestandes zu Jahresbeginn ausmachte. Davon bezogen 14 600 (oder 11,2%) Personen zuvor eine IV-Rente und 4 100 (3,2%) zuvor eine Witwen- bzw. Witwerrente.

Der Wohnort ist hier ein wichtiger Erklärungsansatz (Schweiz oder Ausland). Während das Verhältnis zwischen erloschenen Renten (21 800) und neuen Altersrenten (42 500) bezogen auf das Ausland bei etwa eins zu zwei liegt, kommen in der Schweiz auf zwei erloschene Renten (54 600) rund drei Neurenten (87 600). Festzustellen ist zudem eine leichte Abwanderung aus der Schweiz ins Ausland von Personen, die bereits eine Altersrente beziehen. Der Anstieg der Anzahl Personen, die im Ausland eine schweizerische Rente beziehen, dürfte in den kommenden Jahren anhalten. Diese Entwicklung widerspiegelt die grossen Migrationsströme der Schweiz in den letzten vierzig Jahren. Was die Hinterlassenenrenten anbelangt, werden in der Schweiz weniger Witwen- bzw. Witwerrenten ausbezahlt als im Ausland. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Ehepartner, die nie Beiträge bezahlt haben, keinen Anspruch auf eine AHV-Rente haben und deshalb beim Hinschied des Ehepartners eine Witwen- bzw. Witwerrente beziehen.

Bei der Leistungshöhe sind zwei Punkte hervorzuheben: Neue Altersrenten sind durchschnittlich tiefer als erloschene Renten. Dies erklärt sich vor allem dadurch, dass Neurentnerinnen und -rentner nicht mehr zur gleichen Personenkategorie gehören wie Personen, deren Rente erlischt. Zum Beispiel betreffen erloschene Renten (Todesfall) viele Witwen. Da

**Bezüger/innen und Summe der AHV-Renten, nach Rentenart,
Schweiz und Ausland, 2013 bis 2014 (Dezember)**

T1

	Anzahl Renten		Veränderung in %	Monatliche Rentensummen		Veränderung in %
	2013	2014		2013 in Tausend Fr.	2014 in Tausend Fr.	
Altersrente						
Hauptrenten						
• Männer	968 700	999 600	3,2%	1 333 500	1 371 900	2,9%
• Frauen	1 174 000	1 196 900	1,9%	1 767 800	1 797 400	1,7%
Total	2 142 800	2 196 500	2,5%	3 101 300	3 169 400	2,2%
Zusatzrenten						
• Ehegatten	37 400	35 100	-6,3%	5 300	4 800	-10,3%
• Kinder (Vater/Mutter)	22 600	23 600	4,8%	13 900	14 600	5,2%
Total	60 000	58 700	-2,1%	19 200	19 400	0,9%
Hinterlassenenrenten						
• Witwen	131 200	135 900	3,6%	125 600	127 100	1,2%
• Witwer	2 200	2 100	-3,2%	2 600	2 500	-3,7%
• Waisen	36 100	35 300	-2,1%	22 300	21 800	-2,4%
Total	169 400	173 300	2,3%	150 500	151 400	0,6%
Total AHV-Renten	2 372 200	2 428 500	2,4%	3 271 000	3 340 100	2,1%

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

verwitwete Personen Anspruch auf einen Zuschlag bei der Rentenberechnung haben, fällt ihre Rente durchschnittlich höher aus. Aus der durchschnittlichen Höhe der neuen Renten lässt sich somit nicht ableiten, dass die neu ausgerichteten Renten «strukturell» tiefer sind. Der zweite Punkt ist der grosse Unterschied zwischen der durchschnittlichen Höhe der Altersrenten, die in der Schweiz ausgerichtet werden, und jenen, die ins Ausland ausbezahlt werden. Der Grossteil der ins Ausland exportierten Renten geht an ausländische Staatsangehörige, die über unvollständige schweizerische Beitragszeiten verfügen und somit nur Teilrenten erhalten. Drei Viertel der Rentenzahlungen ins Ausland gehen an Personen, die nur während maximal der Hälfte der für eine Vollrente notwendigen Zeit Beiträge entrichtet haben.

**Entwicklung der Altersrenten und der Witwen-/Witwerrenten,
2013 bis 2014**

T2

	Altersrenten		Witwen-/Witwerrenten	
	Schweiz	Ausland	Schweiz	Ausland
Bestand Dezember 2013	1 461 200	681 500	50 500	82 900
Erloschene Renten	-54 600	-21 800	-4 400	-1 700
davon: Anspruch erloschen			-800	-1 200
Übertritt HV → AHV			-3 600	-500
Neue Renten	87 600	42 500	4 300	6 500
davon: Erstrentner/-in	72 700	38 700		
Übertritt IV → AHV	11 300	3 300		
Übertritt HV → AHV	3 600	500		
Wohnort CH → Ausland	-3 000	3 000	-200	200
Wohnort Ausland → CH	1 500	-1 500	100	-100
Bestand Dezember 2014	1 492 700	703 700	50 200	87 800

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Entwicklung des Rentenbestands

Grafik G1 illustriert die wichtigsten Übertritte zwischen Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie Invalidenversicherung nach Wohnsitz. Vor dem Rentenalter löst der Tod der Ehegattin beziehungsweise des Ehegatten oder eine Invalidität eine Rente aus. Nach dem Übertritt ins Rentenalter beziehen praktisch alle in der Schweiz wohnhaften Personen eine Altersrente. In der Schweiz löst jede fünfte Altersrente eine andere Rente der 1. Säule ab. Im Ausland ist dies bei jeder zehnten neuen Altersrente der Fall. Erlischt eine Altersrente, ist dies

in der Regel auf den Hinschied der rentenbeziehenden Person zurückzuführen.

Zusatzrenten für Ehepartner

Der Anspruch auf Zusatzrenten zur Altersrente entsteht mit Erreichen des ordentlichen Rentenalters, das für Frauen bei 64 und für Männer bei 65 Jahren liegt. Seit der 10. AHV-Revision (1997) haben verheiratete Männer mit einer AHV-Rente Anspruch auf eine Zusatzrente für die Ehefrau, falls diese noch keinen eigenen Anspruch auf eine Rente hat und vor 1942 geboren wurde oder wenn der Ehegatte zuvor eine Zusatzrente

Durchschnittliche Höhe der Altersrenten im Dezember 2012 und 2013

T3

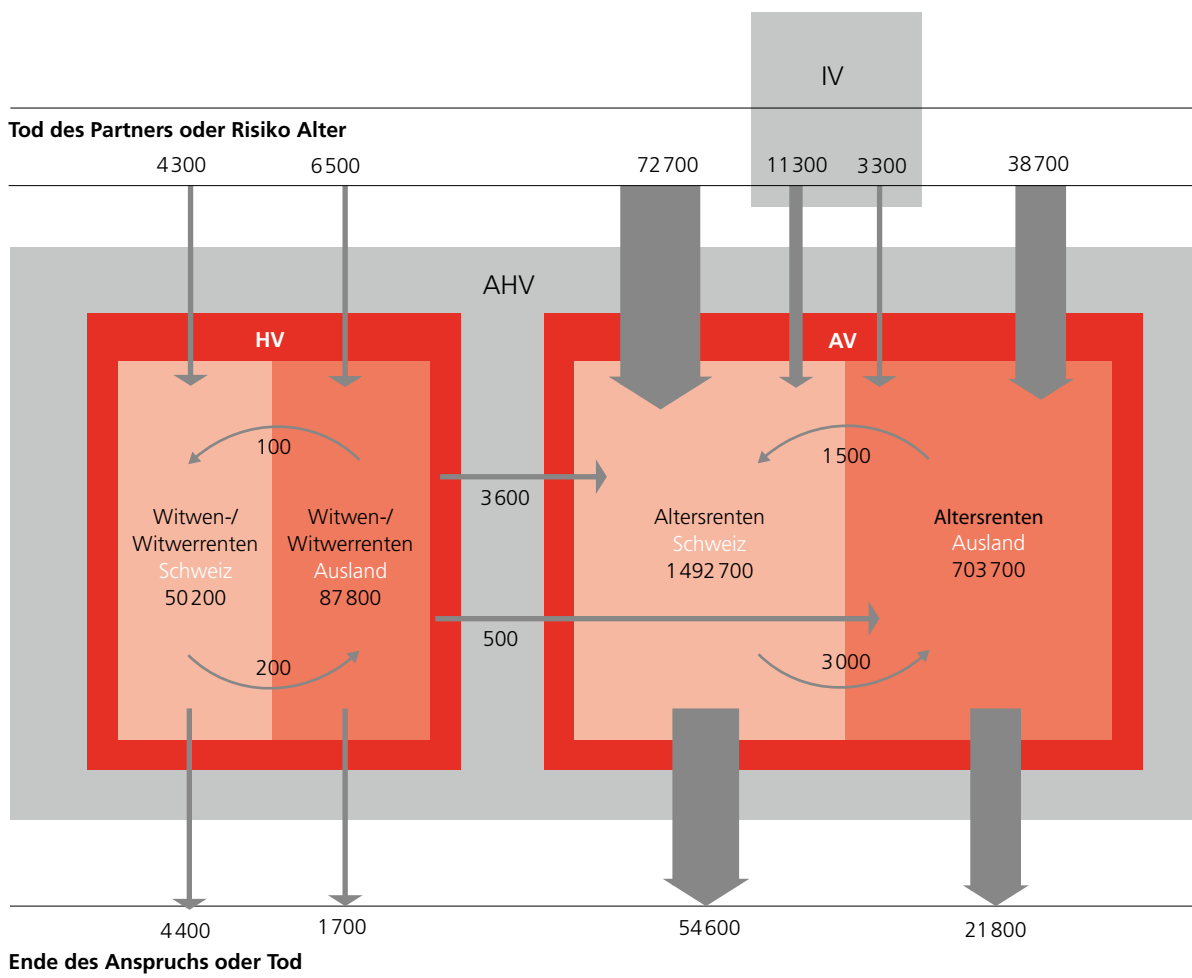
	Schweiz	Ausland
	Durchschnittsrente in Franken	
Bestand im Dezember 2013	1852	579
Erloschene Renten 2014	1925	662
Neue Renten 2014	1811	562
Bestand im Dezember 2014	1850	579

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

der IV bezogen hat. Diese IV-Zusatzrente für Ehegatten wurde mit der 4. IV-Revision (keine neuen Zusatzrenten für Ehegatten ab 2004) und

Dynamik der AHV-Renten und der Witwen-/Witwerrenten nach Wohnsitz 2014

G1



Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Entwicklung der Zusatzrenten für Ehepartner im Dezember, 2010 bis 2014

T2

	2010	2011	2012	2013	2014
Aufgehobene Renten	3 600	3 100	3 000	2 700	2 500
Bestehende Renten	44 800	42 200	39 600	37 200	34 900
Neue Renten	570	390	310	240	180
Total Dezember	45 300	42 600	39 900	37 400	35 100
% aufgehobene/alte	7,5%	6,8%	7,1%	6,8%	6,8%

Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Die kürzlich vom BSV veröffentlichte AHV-Statistik enthält weitere Ergebnisse. Die neueste Ausgabe mit ausführlichen Tabellen ist abrufbar unter: www.ahv.bsv.admin.ch

der 5. IV-Revision (keine Zusatzrenten für Ehegatten ab 2008) schrittweise aufgehoben.

Die Zusatzrenten erlöschen mit dem Tod oder wenn die Ehegattin eine neue, andere Rente der 1. Säule erhält. Dieser Umstand sowie die zuvor genannten Einschränkungen haben zur Folge, dass die Zusatzrenten

für Ehegatten in der AHV nach und nach verschwinden.

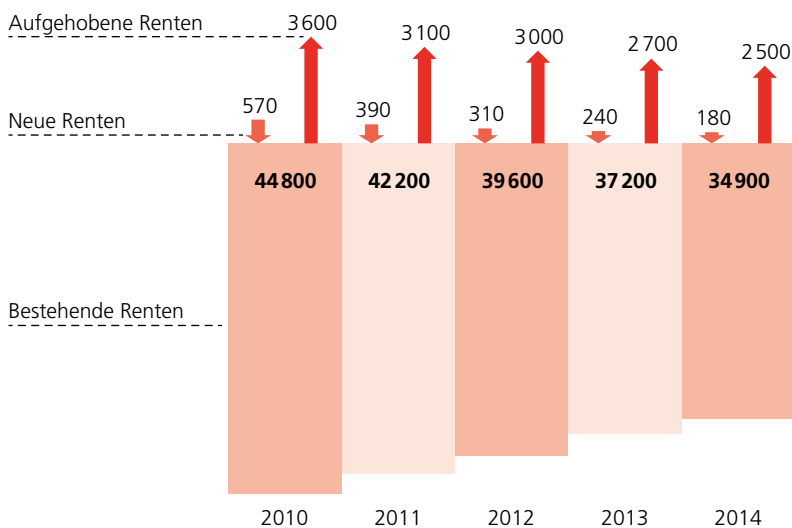
Die Tabelle T4 zeigt die Entwicklung der Anzahl Personen mit Zusatzrenten zwischen 2010 und 2014. Die erloschenen Renten beziehen sich auf die Renten, die im Laufe des Jahres weggefallen sind. Die laufenden Renten sind Renten, die zwischen

den Dezembermonaten zweier aufeinanderfolgender Jahre bestehen und bei den neuen Renten handelt es sich um Renten, die im Laufe des Jahres hinzugekommen sind. Der Bestand im Dezember entspricht somit dem Total aus bestehenden und neuen Renten.

Die wichtigste Feststellung ist, dass die Gesamtzahl der Bezügerinnen und Bezüger einer Zusatzrente kontinuierlich rückläufig ist. Der Prozentsatz der erloschenen Renten bewegt sich gegenüber dem Vorjahr weiter um die 7 Prozent, während die Zahl der Neurenten innerhalb von fünf Jahren um zwei Drittel zurückgegangen ist. In absehbarer Zeit wird sich die Zahl der Zusatzrenten auf ein Minimum reduziert haben.

Verschiebungen bei den Zusatzrenten für Ehegatten in Jahren 2010 bis 2014

G2



Quelle: BSV, Auswertung des zentralen Rentenregisters

Jacques Méry, Dipl. Math., wissenschaftlicher Experte, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: jacques.mery@bsv.admin.ch

Shpend Hashani, MSc in Economics, Praktikant, Bereich Statistik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, BSV

Inkrafttreten des Sozialversicherungsabkommens mit Uruguay

Das Abkommen zwischen der Schweiz und Uruguay über soziale Sicherheit ist nach der Ratifizierung durch die Parlamente der beiden Staaten am 1. April 2015 in Kraft getreten. Uruguay ist nach Chile der zweite südamerikanische Staat, mit dem die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abschliesst.



Kati Fréhelin
Bundesamt für Sozialversicherungen

Für die Schweiz steht die Unterzeichnung dieses Sozialversicherungsabkommens in Zusammenhang mit der Bestrebung, die Beziehungen mit bestimmten südamerikanischen Staaten zu vertiefen. Derzeit laufen Verhandlungen mit Argentinien, dem grossen Nachbarland von Uruguay. Mit Brasilien wurde bereits ein Abkommen unterzeichnet. Dieses befindet sich nun in der parlamentarischen Ratifizierungsphase.

Die Gespräche mit Uruguay

Uruguay verfolgt in Bezug auf die Unterzeichnung von Sozialversicherungsabkommen eine aktive Politik. Die ersten Kontakte zur Schweiz erfolgten bereits 2004. Die eigentlichen Verhandlungen fanden zwischen 2011 und 2012 statt. Aus historischer Sicht sind die beiden Staaten durch die Schweizer Einwanderungswelle in Uruguay zwischen Ende des 19. und

Anfang des 20. Jahrhunderts miteinander verbunden. Es entstand eine grosse Schweizer Gemeinschaft und die Nachkommen der damaligen Einwanderer pflegen das Andenken an diese Pioniere noch heute.

Inhalt des Abkommens

Allgemeines

Das Abkommen mit Uruguay ist ein Standardabkommen, das sowohl die sozialversicherungsrechtliche Unterstellung als auch die Leistungen regelt. Es entspricht den jüngsten von der Schweiz abgeschlossenen Abkommen und richtet sich nach den internationalen Standards zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Die von den Staaten abgeschlossenen Abkommen beruhen alle auf denselben allgemeinen Grundsätzen, die in Verhandlungen an die Besonderheiten und Bedürfnisse der einzelnen

Vertragsparteien angepasst werden. Hauptziel dieser Art von Abkommen ist die Koordination der Sozialversicherungssysteme der Vertragsstaaten, um mögliche Nachteile oder Diskriminierungen von Angehörigen des einen Staates, die in den anderen Staat umziehen, zu vermeiden.

Betroffene Versicherungszweige

Der Geltungsbereich des Abkommens mit Uruguay umfasst die Rechtsvorschriften der beiden Staaten im Bereich der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (in der Schweiz: AHV/IV). Die Kranken- und die Unfallversicherung sowie die Familienzulagen sind in der Regel nicht Bestandteil der Abkommen mit nicht europäischen Staaten.

Gleichbehandlung

Die Gleichbehandlung ist ein in allen Abkommen enthaltenes Grundprinzip, das die Vertragsstaaten jedoch häufig mit gewissen Einschränkungen verknüpfen. Die Schweiz bringt immer dieselben Vorbehalte an, so auch beim Abkommen mit Uruguay: Sie betreffen die freiwillige AHV/IV-Versicherung, die AHV/IV von schweizerischen Staatsangehörigen, die im Ausland im Dienste der Eidgenossenschaft oder gewisser Institutionen tätig sind, sowie den freiwilligen Beitritt zur AHV/IV, der internationalen Beamtinnen und Beamten mit Schweizer Bürgerrecht vorbehalten ist.

Zugang zu den Leistungen

Angehörige des einen Staates haben einfacheren Zugang zu den Leistungen des anderen Staates: Wird eine Mindestversicherungszeit verlangt, werden die im anderen Staat zurückgelegten Versicherungszeiten angerechnet. Gemäss uruguayischem Recht müssen Personen mindestens

15 Jahre in Uruguay versichert sein, damit sie Anspruch auf eine uruguayische Rente haben. Ein Schweizer Staatsangehöriger, der erst seit fünf Jahren in Uruguay versichert ist, hat dennoch Anspruch auf eine uruguayische Rente, da die in der Schweiz erzielte Versicherungszeit angerechnet wird. Er erhält eine Teilrente, die den fünf tatsächlichen Beitragsjahren entspricht.

Rentenexport

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des Koordinationsabkommens besteht darin, zu gewährleisten, dass Versicherte, die den leistungspflichtigen Staat verlassen und sich in einem anderen Staat (Vertragsstaat oder Drittstaat) niederlassen, ihre Leistungen erhalten. Konkret bedeutet dies, dass ein Uruguayer, der in sein Heimatland zurückkehrt, dort seine Schweizer Rente beziehen kann.

Zur Vermeidung von unverhältnismässigen Bearbeitungs- und Überweisungskosten sieht die Schweiz allerdings vor, dass Kleinstrenten durch einen einmaligen Pauschalbetrag abgegolten werden.

Ausserdem können Ausländerinnen und Ausländer, die die Schweiz verlassen, eine Rückerstattung ihrer AHV-Beiträge beantragen. Verlässt ein Uruguayer die Schweiz endgültig,

kann er zwischen einer Rente im Rentenfall oder der sofortigen Rückerstattung der AHV-Beiträge wählen.

Unterstellungsregeln

Es bestehen Regeln, die einer doppelten Versicherungsunterstellung oder Versicherungslücken vorbeugen. Darin ist festgelegt, welcher Staat zuständig ist, wenn eine Erwerbstätigkeit beide Staaten betrifft.

Grundsätzlich besteht die Versicherungspflicht in jenem Land, in dem eine Person ihre Erwerbstätigkeit ausübt. Dies bedeutet, dass Personen, die in beiden Staaten erwerbstätig sind, in jedem Staat nur für die dort ausgeübte Tätigkeit versichert werden.

Zu diesem Grundsatz bestehen Sonderregelungen, um die Besonderheiten einiger Arbeitnehmerkategorien zu berücksichtigen. Eine Ausnahme betrifft Entsendungen: Personen, die vorübergehend zur Arbeitsleistung in den anderen Vertragsstaat entsandt werden, bleiben in ihrem Herkunftsstaat versichert.

Administrative Zusammenarbeit

Zur Sicherstellung der Durchführung des Abkommens sowie für die Übermittlung der notwendigen Daten ist die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden und Institutionen entsprechend geregelt. Diese Modalitäten sind in der Verwaltungsvereinbarung festgehalten. Ausserdem sind Antragsformulare erhältlich.

Ablauf

Von besonderem Nutzen ist das Abkommen für Uruguayerinnen und Uruguayer, die die Schweiz verlassen haben oder verlassen, da sie nunmehr eine Schweizer Rente beziehen können. Ausserdem haben schweizerische oder uruguayische Staatsangehörige, die in der Schweiz leben, Anspruch auf eine uruguayische Rente. Betroffene Personen, die in der Schweiz leben, wenden sich an die Schweizer Verbindungsstelle, die Ausgleichskasse in Genf. Diese stellt ihnen die notwendigen Formulare zu und kümmert sich um die Übermittlung an die uruguayische Verbindungsstelle.

Schweizer Unternehmen können künftig Personal nach Uruguay entsenden, ohne sie dem uruguayischen Versicherungssystem anschliessen zu müssen. Sie melden sich bei ihrer AHV-Ausgleichskasse, die die entsprechende Entsendungsbescheinigung ausstellt.

Kati Fréhelin, Juristin, Bereich Abkommen,
Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, BSV
E-Mail: kati.frechelin@bsv.admin.ch

Arbeit

15.3083 Motion Graber Jean-Pierre vom 10.3.2015: Änderung des Arbeitslosenversicherungsgesetzes. Von Kurzarbeit betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einer Weiterbildung begünstigen

Nationalrat Jean-Pierre Graber (SVP/BE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem eidgenössischen Parlament die nötigen gesetzgeberischen Massnahmen vorzulegen – allenfalls mittels eines dringlichen Bundesbeschlusses –, damit schweizerische Unternehmen intern oder extern Weiterbildungskurse für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer anbieten können, die gemäss den Artikeln 21 bis 41 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes von Kurzarbeit betroffen sind.»

Antrag des Bundesrats vom 29.4.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

15.3322 Motion Riklin Kathy vom 20.3.2015: Nutzen des Freizügigkeitsabkommens. Datenerfassung der erwerbstätigen Schweizerinnen und Schweizer im EU/Efta-Raum

Nationalrätin Kathy Riklin (CVP/ZH) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, Daten über die erwerbstätigen Schweizerinnen und Schweizer, die im EU/Efta-Raum leben bzw. dorthin auswandern, analog zu den Informationen zur Zuwanderung, statistisch zu erfassen und auszuwerten.»

Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

15.3193 Postulat Heim Bea vom 18.3.2015: Nationale Strategie zur Verbesserung der Beschäftigungschancen und der Reintegration erwerbsloser älterer Menschen in den Arbeitsmarkt

Nationalrätin Bea Heim (SP/SO) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, zu prüfen und aufzuzeigen,

1. mit welchen Angeboten, Anreizen und Massnahmen die Chancen älterer Menschen für den Verbleib im Erwerbsleben gestärkt und für die Reintegration in den Arbeitsmarkt verbessert werden können und
2. welche Massnahmen er vorsieht.»

Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulats.

Invalidenversicherung

15.3372 Postulat Recordon Luc vom 20.3.2015: IV-Leistungen für Menschen mit Behinderung, die das AHV-Alter erreicht haben

Ständerat Luc Recordon (GPS/VD) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird gebeten, in einem ausführlichen Bericht Klarheit zu schaffen über die Stellung der Menschen mit Behinderung, die das AHV-Alter erreicht haben, und über die Leistungen, auf die sie Anspruch haben.»

Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulats.

Kinder und Jugendliche

15.3127 Motion Bourgeois Jacques vom 12.3.2015: Unbegleitete Minderjährige. Betreuung und Schulbildung sicherstellen

Nationalrat Jacques Bourgeois (FDP/FR) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, im Zusammenhang mit unbegleiteten Minderjährigen im Asylverfahren sicherzustellen, dass:

1. alle Kantone das Übereinkommen über die Rechte des Kindes einhalten;
2. der Entscheid über die Aufnahme oder Wegweisung von unbegleiteten Minderjährigen nicht nach Erreichen der Volljährigkeit erfolgt, sondern erst nach Abschluss ihrer Ausbildung oder ihres Studiums in der Schweiz.»

Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Sozialversicherungen

15.3283 Motion Humbel Ruth vom 19.3.2015: Mehr Effizienz und Transparenz im schweizerischen Sozialversicherungssystem

Nationalrätin Ruth Humbel (CVP/AG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament eine Revision des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie aller massgebenden Sozialversicherungsgesetze vorzulegen mit folgenden Zielen:

1. Harmonisierung von grundlegenden Begriffen, Leistungsvoraussetzungen, Bemessungsgrundlagen;
2. Verbesserungen bei der Koordination der Leistungen;
3. Harmonisierungen im Bereiche des Leistungs- und Medizinalrechts.»
4. Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015
5. Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

15.3209 Motion Fournier Jean-René vom 19.3.2015: Berechnung der Eigenmittel der Banken gemäss

Swiss GAAP FER für die Verpflichtungen gegenüber Pensionskassen

Ständerat Jean-René Fournier Humbel (CVP/VS) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, die Eigenmittelverordnung (ERV) so anzupassen, dass die Verpflichtungen gegenüber den Schweizer Vorsorgeeinrichtungen zweckmässig und im Einklang mit der Praxis bei den Eigenmitteln ausgewiesen werden können, das heisst unter Berücksichtigung der schweizerischen Eigenheiten.

Er könnte vorschlagen, dass die Banken die Verpflichtungen gegenüber Pensionskassen gemäss Swiss GAAP FER (FER 16 in Verbindung mit FER 26) bewerten und diese Bewertung für die Berechnung des regulatorischen Kapitals verwenden können, auch wenn sie die Jahresrechnung nach international anerkannten Standards erstellt (z. B. IFRS).»

Antrag des Bundesrats vom 20.5.2015

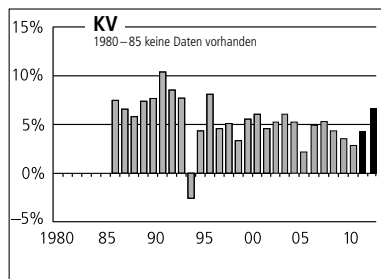
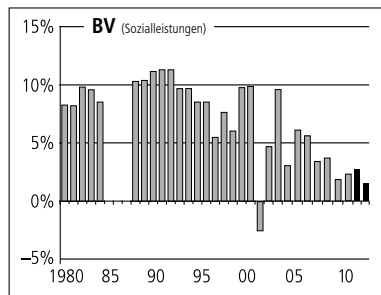
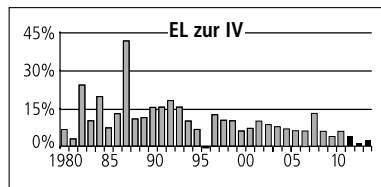
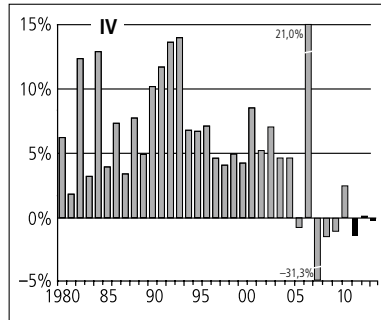
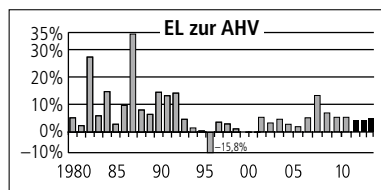
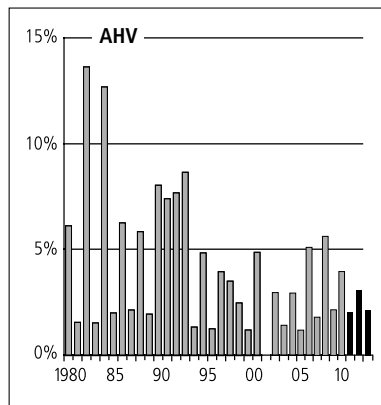
Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrats (Stand 31. Mai 2015)

Vorlage: Geschäftsnr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz über die Reform der Altersvorsorge 2020: 14.088	19.11.14	BBl 2015, 1	SGK-S 15./16.1., 10.2., 26./27.3., 23./24.4.15 FK-S 29.1.15					
Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen (Anrechenbare Mietzinsmaxima): 14.098	17.12.14	BBl 2015, 849	FK-N 30./31.3.15					
Freizügigkeitsgesetz. Ansprüche bei Wahl der Anlagestrategie durch die versicherte Person: 15.018	11.2.15	BBl 2015, 1793						
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung: 12.027	15.2.12	BBl 2012, 1941	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1.13; 11.9.14	SR 18.3.13, 4.3.14 (Ablehnung Rückweisung) 16.9., 22.9.14	SGK-N 23.5., 24./25.10.13, 20./21.2., 26./27.5., 26./27.6., 14.8.14	NR 4./5.12.13 (Rückweisung an den Bundesrat), 10.3.14 (Zustimmung; keine Rückweisung) 9.9., 17.9.14	26.9.14	
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung): 13.080	20.9.13	BBl 2013, 7953	SGK-S 10.2.14; 15.1.15	SR 2.3.15	SGK-N 6./7./8.11.13			
Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung: 08.047	30.5.08	BBl 2008, 5395 BBl 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 11.6.09 (Rückweisung des Entwurfs 1 an SGK-N, Sistierung des Entwurfs 2), 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-S 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung des Entwurfs 1 an den Bundesrat, Zustimmung zur Sistierung des Entwurfs 2)		
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Brasilien: 14.075	5.11.14	BBl 2014, 8833		NR 5.3.15				
ZGB. Vorsorgeausgleich bei Scheidung: 13.049	29.5.13	BBl 2013, 4887	RK-S 1./2.7., 27.8., 14.11.13; 15.1., 15.5.14	SR 12.6.14	RK-N 13./14.11.14; 22./23.1., 16./17.4.15			
Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»: 14.087	19.11.14	BBl 2014, 9281	FK-S 29.1.15 SGK-S 10.2.15, 26./27.3.15					
Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe»: 13.085	23.10.13	BBl 2013, 8513	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4., 19./20.5., 23.6., 10.11.14	NR 10.12.14	FK-S 24./25.3.14; 29.1.15	SR 11.12.14 4.3.15	18.3.15	
Volksinitiative «Erbschaftsteuerreform»: 13.107	13.12.13	BBl 2014, 125	WAK-S 27./28.3., 25.8.14 SPK-S 21.8.14	SR 3.6.14 (Rückweisung an WAK), 24.9.14	WAK-N 20./21.10.14	NR 8.12.14	12.12.14	14.6.15
Volksinitiative «Für ein bedingungsloses Grundeinkommen» 14.058	27.8.14	BBl 2014, 6551	FK-N 13./14.10.14 SGK-N 13./14.11.14					

NR = Nationalrat / NRK = Vorberatende Kommission des Nationalrates / SR = Ständerat / SRK = Vorberatende Kommission des Ständerates / WAK = Kommission für Wirtschaft und Abgaben / SGK = Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit / RK = Kommission für Rechtsfragen / SIK = Sicherheitskommission / SPK = Staatspolitische Kommission / FK = Finanzkommission

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV

		1990	2000	2010	2013	2014	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	38 495	40 884	42 574	4,1%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 461	29 539	29 942	1,4%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 776	10 441	10 598	1,5%
Ausgaben		18 328	27 722	36 604	39 976	40 866	2,2%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	36 442	39 781	40 669	2,2%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	1 891	908	1 707	88,1%
Kapital²		18 157	22 720	44 158	43 080	44 788	4,0%
Bezüger/innen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 142 753	2 196 459	2,5%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	120 623	133 343	137 987	3,5%
AHV-Beitragszahlende		4 289 723	4 547 970	5 243 475	5 464 270	5 542 707	1,4%

EL zur AHV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	1 124	1 441	2 324	2 605	2 712	4,1%
davon Beiträge Bund		260	318	599	668	696	4,2%
davon Beiträge Kantone		864	1 123	1 725	1 937	2 016	4,1%
Bezüger/innen	(Personen, bis 1997 Fälle)	120 684	140 842	171 552	189 347	196 478	3,8%

IV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 412	7 897	8 176	9 892	10 177	2,9%
davon Beiträge Vers./AG		2 307	3 437	4 605	4 951	5 018	1,4%
Ausgaben		4 133	8 718	9 220	9 306	9 254	-0,6%
davon Renten		2 376	5 126	6 080	5 892	5 773	-2,0%
Total Betriebsergebnis		278	-820	-1 045	586	922	57,3%
Schulden bei der AHV		6	-2 306	-14 944	-13 765	-12 843	-6,7%
IV Fonds²		-	-	-	5 000	5 000	0,0%
Bezüger/innen IV-Renten	Personen	164 329	235 529	279 527	265 120	259 930	-2,0%

EL zur IV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	309	847	1 751	1 923	1 967	2,3%
davon Beiträge Bund		69	182	638	678	702	3,6%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 113	1 245	1 264	1,5%
Bezüger/innen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	111 400	112 864	1,3%

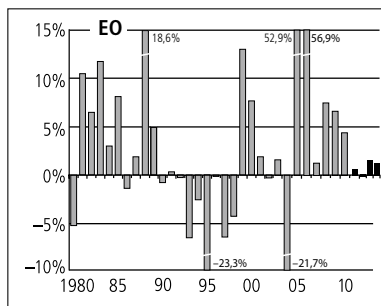
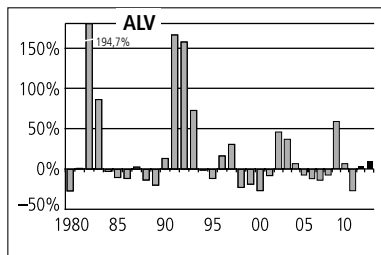
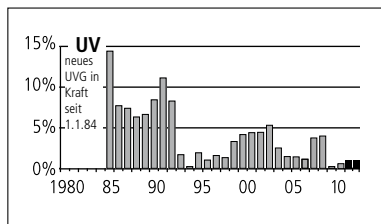
BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	32 882	46 051	62 107	67 682	...	6,7%
davon Beiträge AN		7 704	10 294	15 782	17 334	...	2,3%
davon Beiträge AG		13 156	15 548	25 432	25 563	...	1,5%
davon Kapitalertrag		10 977	16 552	15 603	14 227	...	-7,0%
Ausgaben		16 447	32 467	45 555	50 518	...	1,7%
davon Sozialleistungen		8 737	20 236	30 912	33 228	...	1,7%
Kapital		207 200	475 000	617 500	712 500	...	6,8%
Rentenbezüger/innen	Bezüger/innen	508 000	748 124	980 163	1 053 848	...	2,6%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	22 528	25 189	...	2,3%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	22 051	24 984	...	2,2%
Ausgaben		8 615	14 227	22 255	25 459	...	5,7%
davon Leistungen		8 204	15 478	24 292	27 926	...	7,8%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 409	-3 895	...	5,1%
Rechnungssaldo		254	-297	273	-270	...	-149,8%
Kapital		6 600	6 935	8 651	12 096	...	-1,2%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 980	4 015	...	1,2%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	4 181	5 992	7 863	7 629	...	0,4%
	davon Beiträge AN/AG	3 341	4 671	6 303	6 082	...	-0,6%
Ausgaben		3 259	4 546	5 993	6 338	...	2,2%
	davon direkte Leistungen inkl. TZL	2 743	3 886	5 170	5 503	...	2,6%
Rechnungssaldo		923	1 446	1 870	1 291	...	-7,8%
Kapital		12 553	27 322	42 817	48 823	...	3,5%

ALV Quelle: seco		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 752	7 078	7 260	2,6%
	davon Beiträge AN/AG	609	5 967	5 210	6 458	6 633	2,7%
	davon Subventionen	-	225	536	611	618	1,2%
Ausgaben		452	3 295	7 457	6 491	6 523	0,5%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 705	587	737	25,5%
Kapital		2 924	-3 157	-6 259	-2 886	-2 149	-25,5%
Bezüger/innen ³	Total	58 503	207 074	322 684	296 151	...	6,1%

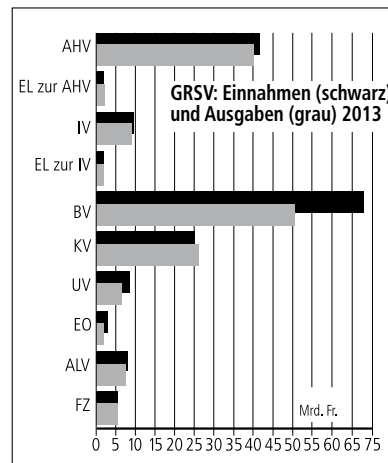
EO		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 006	1 779	1 838	3,3%
	davon Beiträge	958	734	985	1 766	1 790	1,4%
Ausgaben		885	680	1 603	1 638	1 668	1,8%
Total Betriebsergebnis		175	192	-597	141	170	20,4%
Kapital		2 657	3 455	412	798	968	21,3%

FZ		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 689	3 974	5 074	5 736	...	5,0%
	davon FZ Landwirtschaft	112	139	149	130	...	-6,3%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2013

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2012/2013	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	40 722	2,1%	39 976	3,0%	746	43 080
EL zur AHV (GRSV)	2 605	3,2%	2 605	3,2%	-	-
IV (GRSV)	9 871	1,1%	9 306	0,1%	565	-8 765
EL zur IV (GRSV)	1 923	0,6%	1 923	0,6%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	67 682	6,7%	50 518	1,7%	17 164	712 500
KV (GRSV)	25 189	2,3%	25 459	5,7%	-270	12 096
UV (GRSV)	7 629	0,4%	6 338	2,2%	1 291	48 823
EO (GRSV)	1 777	2,4%	1 638	2,0%	138	798
ALV (GRSV)	7 078	1,7%	6 491	11,8%	587	-2 886
FZ (GRSV)	5 736	5,0%	5 626	3,5%	110	1 314
Konsolidiertes Total (GRSV)	169 519	3,8%	149 187	3,1%	20 332	806 960

*GRSV heisst: Gemäss den Definitionen der Gesamtrechnung der Sozialversicherungen, Die Angaben können deshalb von den Betriebsrechnungen der einzelnen Sozialversicherungen abweichen. Die Einnahmen sind ohne Kapitalwertänderungen berechnet, die Ausgaben ohne Rückstellungs- und Reservenbildung.



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

	2000	2005	2009	2010	2011	2012
Soziallastquote ⁴ (Indikator gemäss GRSV)	25,3%	26,2%	25,9%	25,9%	26,4%	26,8%
Sozialleistungsquote ⁵ (Indikator gemäss GRSV)	19,1%	21,5%	21,0%	20,7%	20,6%	20,9%

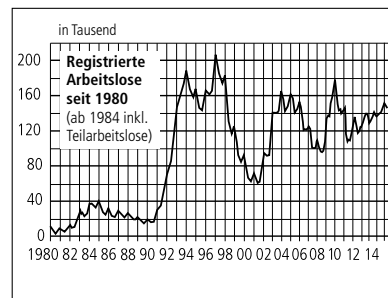
Arbeitslose

	ø 2012	ø 2013	ø 2014	März 15	Apr. 15	Mai 15
Registrierte Arbeitslose	125 594	136 524	136 764	145 108	141 131	136 349
Arbeitslosenquote ⁶	2,9%	3,2%	3,2%	3,4%	3,3%	3,2%

Demografie

Basis: Szenario A-17-2010, «Wanderungssaldo 40 000»

	2014	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	33,0%	32,6%	32,6%	34,7%	34,7%	34,2%
Altersquotient ⁷	30,6%	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: RentnerInnen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven. Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).
- Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2015 des BSV; seco, BFS.
Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
8.7.2015	Schweizer Fachtagung zu Erscheinungsformen von Jugendgewalt – Hintergründe und Präventionsmöglichkeiten	Kongresshaus, Zürich	Schweizerisches Institut für Gewaltein-schätzung www.sifg.ch → Fachtagungen
11./12.7.2015	Steuern und Sozialversicherungen	Schloss Hünigen, Konolfingen	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
25.8.2015	Menschen mit psychischen Problemen im System der sozialen Sicherheit (Hinweis)	Berner Fachhochschule, Bern	Berner Fachhochschule Fachbereich Soziale Arbeit Tel. 031 848 44 44 www.soziale-arbeit.bfh.ch → Veranstaltungen
25.8.2015	Sozialversicherungsrechtstagung 2015, 2. Durchführung	Grand Casino, Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
25.–27.8.2015	INSOS-Kongress: Zukunft gestalten	Hotel Waldhaus, Flims	INSOS Schweiz www.insos.ch → Veranstaltungen
27.8.2015	Das Krankenversicherungsgesetz: Mehr Autonomie – mehr Erfolg?	Grand Casino, Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
27.8.2015	4. St.Galler Gesundheitsrechtstagung	Kongresshaus, Zürich	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
3./4.9.2015	3. Internationaler Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziale Arbeit (SGSA)	Toni-Areal, Zürich	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Tel. 058 934 89 32 www.zhaw.ch → Veranstaltungen
7.9.2015	3. Nationales Fachforum Jugendmedienschutz (Hinweis)	Zentrum Paul Klee, Bern	Bundesamt für Sozialversicherungen Jugend und Medien www.jugendundmedien → Fachwissen → Fachveranstaltungen
7.–9.9.2015	Durchführungsfragen des Leistungsrechts der beruflichen Vorsorge	Kartause Ittingen, Warth	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
10./11.9.2015	Europäische Sozialfirmenkonferenz	Oltten	Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit www.socialfirmsconference.ch
10./11.9.2015; 29./30.10.2015; 10./11.12.2015; 11./12.2.2016; 14./15.4.2016; 9./10.6.2016	Zukunftsmarkt Altersarbeit	Bern	Pro Senectute Schweiz Tel. 044 283 89 41 www.pro-senectute.ch → Angebote
1.10.2015	Entschuldung auch für Arme – eine gerichtliche Restschuldbefreiung als Lösung für die Schweiz	FHNW, Olten	Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für Soziale Arbeit Tel. 061 337 27 68 www.forum-schulden.ch
1./2.10.2015	Berufliche Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung	Zürich	Agogis Weiterbildung Tel. 043 366 71 40 www.agogis.ch → Weiterbildung

Menschen mit psychischen Problemen im System der sozialen Sicherheit

Die heutige Arbeitswelt ist zunehmend von Stress und Leistungsdruck geprägt. Gefragt sind gut qualifizierte Arbeitnehmende, die sich durch Flexibilität und hohe Eigenmotivation auszeichnen. Längst nicht alle Menschen können mit dem hohen Erwartungsdruck mithalten. Diese Situation führt nicht selten zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses. Die meisten Fachleute in der Sozialen Arbeit sind sich bewusst, dass psychische Erkrankungen immer häufiger vorkommen. Täglich sind sie herausgefordert, Menschen mit psychischen Problemen kompetent zu beraten und ihre soziale und berufliche Integration zu unterstützen. An der Tagung werden die Herausforderungen im System der sozialen Sicherheit beleuchtet. Der Fokus liegt dabei auch auf dem sozialarbeiterischen Handeln.

3. Nationales Fachforum Jugendmedienschutz

Das Nationale Programm Jugend und Medien des Bundesamts für Sozialversicherungen endet 2015 nach fünf Jahren Laufzeit. Der Bundesrat hat am 13. Mai 2015 die Ergebnisse zur Kenntnis genommen und einen Bericht zur zukünftigen Ausgestaltung des Kinder- und Jugendmedienschutzes in der Schweiz verabschiedet. Am 3. Nationalen Fachforum Jugendmedienschutz diskutieren die Akteure aus den Settings Schule, Familie und Freizeit zum Programmabschluss die Erfahrungen der letzten fünf Jahre sowie die Herausforderungen für die Zukunft.

Literatur

Arbeit

Lange, Miriam, **Befähigen, befähigt werden, sich befähigen**. Eine Auseinandersetzung mit dem Capability Approach, Frankfurt 2014, Peter Lang Verlag, CHF 40.–, ISBN 978-3-631-65477-4

Ressourcenorientierung, Empowerment und Befähigung als Konzepte der Wertschätzung der Fähigkeiten von AdressatInnen finden in der Pädagogik zunehmend Beachtung. In diesen Diskurs reiht sich der Capability Approach ein. Der gerechtigkeits-theoretische Ansatz – vom Ökonomen Amartya Sen für die Armutsforschung entwickelt und von Martha Nussbaum sozialphilosophisch erweitert – wird zunehmend interdisziplinär rezipiert. Es geht darum, wie es Menschen gelingen oder möglich gemacht werden kann, das Leben so zu führen, wie sie es selbst wünschen. Die Studie geht der Frage nach, welche Handlungsmaximen für Pädagogik und Soziale Arbeit aus dem Verständnis von Befähigung abgeleitet werden können, untersucht den Capability Approach als eine Referenztheorie dafür und bestimmt Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession.

Ausser Betrieb. Metamorphosen der Arbeit in der Schweiz, hg. von Brigitta Bernet und Jakob Tanner, Zürich 2015, Limmat-Verlag, CHF 48.–, ISBN 978-3-85791-757-8

Der Betrieb war auch in der Schweiz die wichtigste Organisationsform der Industrialisierung. Von Anfang an bildete die Lohnarbeit das Kernelement privatwirtschaftlicher und öffentlicher Unternehmen. Lange hat sich die Sozialgeschichte auf diese Arbeitsformen konzentriert. Alltags-, geschlechter- und globalgeschichtliche Ansätze haben eine doppelte Blickverschiebung eingeleitet: auf die vielfältigen Arbeitsformen ausserhalb von Industriebetrieben einerseits, auf den Strukturwandel

von Unternehmen, die immer mehr ausserbetriebliche Dienstleitungen integrieren, andererseits. «Ausser Betrieb» macht diese Veränderungen sichtbar. Das Buch versammelt siebzehn Beiträge von jüngeren Historikerinnen. Die Texte handeln von Hausarbeit, Kunst, Gefängnis, Berufsberatung, Handelsreisenden, Fitnesskultur, «Entwicklungshilfe», Sozialversicherungen und anderem mehr. Die Autoren schreiben so an einer erweiterten Geschichte der Arbeit mit, die auch ein neues Verständnis der Arbeit im Betrieb ermöglicht.

Gesundheit

Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017, hg. von Willy Oggier, Bern 2015, Hans Huber Verlag, CHF 34.40, ISBN 978-3-45685-441-0

Das Schweizer Gesundheitswesen ist komplex und im Umbruch. Reformversuche und Sparmassnahmen jagen sich, oft ohne klare Ziele und ohne Koordination. Gesundheitspolitik ist seit Jahren ein heissumstrittener und komplexer Politikbereich – mit ideologischen Polemiken und starken Interessengruppen. In einer solchen Lage ist Transparenz wichtig. Dieses Buch ist das Standardwerk über das schweizerische Gesundheitswesen. Es gibt eine aktuelle und sachliche Gesamtübersicht in 39 Kapiteln von 61 Autorinnen und Autoren. Das Buch enthält 174 Tabellen und 50 Abbildungen. Besonderen Wert legen die beiden Herausgeber auf möglichst hohe Objektivität, aussagekräftige Daten und auf gute Lesbarkeit. Gegenüber der 3. Auflage 2006 wurde es vollständig überarbeitet, erweitert und aktualisiert. Das Buch ist ein Nachschlagewerk für alle, die sich für das Gesundheitssystem und die Gesundheitspolitik interessieren: Fachleute aus dem Gesundheitswesen und den Sozialversicherungen, für Politik, Medien und Wissenschaft und selbstverständlich auch für interessierte Versicherte und Patientinnen/Patienten. Besonders geeignet ist es auch als

Lehrmittel in den verschiedenen Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswesen.

Das eigene Leben. Jemand sein dürfen, statt etwas sein müssen, hg. von Matthias Mettner und Joseph Jung, Zürich 2015, Verlag Neue Zürcher Zeitung, CHF 34.–, ISBN 978-3-03810-101-7

Daniel Hell ist einer der bedeutendsten Namen der Psychiatrie der Gegenwart. Er erwarb sich mit seinen Forschungen und Publikationen über Depressionen einen herausragenden Ruf. Seine Maxime «Jemand sein dürfen, statt etwas sein müssen» dient jetzt als Titel für eine Denkschrift zu Ehren von Daniel Hell. Das Bedürfnis, ein eigenes Leben zu führen und jemand sein zu dürfen, statt etwas sein zu müssen, ist nicht erst heute für viele Menschen gegenwärtig. Die modernen Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken, die mit Stichworten wie Globalisierung und Ökonomisierung, Beschleunigung und Effizienzsteigerung, Individualisierung und Fragmentierung umschrieben werden, überfordern jedoch immer mehr Menschen. Sie erschweren die Entwicklung eines stabilen Selbstgefühls. Volkskrankheiten wie Depressionen und Angststörungen und die Häufigkeit psychiatrischer Behandlungen belegen dies. Diese Denkschrift für Daniel Hell, der den ganzen Menschen in seinem seelischen Erleben ins Zentrum seiner therapeutischen und wissenschaftlichen Arbeit stellt, lädt dazu ein, aus unterschiedlichen Perspektiven Licht auf die Rätsel des eigenen Lebens zu werfen. Mit Beiträgen von Dörthe Binkert, Markus Binswanger, Heinz Böker, Jens Gaab, Felix Gutzwiller und Vladeta Ajdacic-Gross, Joseph Jung, Hildegard Elisabeth Keller, Jürg Kesselring, Bernhard Küchenhoff, Moritz Leuenberger, Adrian Marthaler, Matthias Mettner, Adolf Muschg, Ingrid Riedel, Christoph Sigrist, Hans Stoffels, Martin Werlen.

Recht

Sozialversicherungsrecht 2015. Gesetzesausgabe mit Verweisen und Anmerkungen, hg. von Thomas Gächter, Zürich 2015, Schulthess Verlag, CHF 118.–, ISBN 978-3-7255-7295-3

Die handliche, in Praxis und Studium bewährte Sammlung enthält alle einschlägigen Erlasse des Sozialversicherungsrechts. Die wiedergegebenen Erlasse werden durch zahlreiche Querverweise miteinander verknüpft und durch ein umfangreiches Sachregister erschlossen.

Zusätzlich wird auf wichtige Leitentscheide verwiesen. Ein Griffregister erleichtert den raschen Zugriff auf die einzelnen Erlasse. Die Gesetzesammlung ist auf hohe Praxistauglichkeit ausgerichtet und trägt in der Praxis und im Studium dazu bei, das komplexe Rechtsgebiet zugänglich zu machen.

Sozialpolitik

Akkaya, Gülcan, **Grund- und Menschenrechte in der Sozialhilfe.** Ein Leitfaden für die Praxis, Luzern 2015, interact Verlag, CHF 36.–, ISBN 978-3-906036-20-5

In der öffentlichen Sozialhilfe werden jährlich Zehntausende Verfügungen erlassen, die das Leben von Menschen betreffen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft bestreiten können. Viele dieser Ent-

scheide verbinden staatliche Leistungen mit Eingriffen in die Grundrechte. Auflagen, Weisungen und Sanktionen gehören zum sozialarbeiterischen Alltag. In der Praxis stellen sich für Behörden und die Fachleute heikle Fragen. Wann rechtfertigt eine Massnahme den Eingriff in ein Grundrecht? Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein? Wie steht es mit der Güterabwägung? Wie kann ein gewünschtes Verhalten eingefordert werden? Welche Sanktionen sind zulässig? Nicht immer lassen sich diese Fragen einfach beantworten und sie stellen die Verantwortlichen vor schwierige Entscheidungen. Dieser Leitfaden, der im engen Kontakt mit Praktikerinnen und Praktiker entstanden ist, versteht sich nicht als Rezeptbuch. Mit seiner leicht lesbaren Darstellung der wichtigsten Grundrechte und den zahlreichen Fallbeispielen gibt er jedoch wertvolle Orientierungshilfe. Er zeigt auf, welche Fragen im Einzelfall zu prüfen sind und wie man im sozialarbeiterischen Alltag zu tragfähigen Entscheidungen kommen kann.

Caritas, **Sozialalmanach 2015.** Schwerpunkt: Herein. Alle(s) für die Zuwanderung, Luzern 2015, Caritas Verlag, CHF 34.–, ISBN 978-3-85592-134-8

Der Sozialalmanach nimmt jährlich die soziale und wirtschaftliche Entwicklung in der Schweiz unter die Lupe. Zudem widmet er sich einem

ausgewählten Thema aus der aktuellen Sozialpolitik. Expertinnen und Experten analysieren das Thema in seinen verschiedenen Facetten und schlagen Strategien für eine sozial gerechte Politik vor. Jeder Fünfte von uns ist eine Migrantin oder ein Migrant. Fast ein Drittel des Arbeitsvolumens wird von Migranten erbracht. Die Migrantinnen und Migranten steigerten die staatlichen Nettoeinnahmen 2011 um 11 Milliarden Franken. Kurzum: Sie tragen zum Wohlstand der Schweiz wesentlich bei. Dennoch beschäftigt sich die Schweiz intensiv mit ihrer Migrationspolitik. Dabei konzentriert sich die Debatte auf die Eingrenzung der Zuwanderung. Einwanderer werden für strukturelle Probleme im Land verantwortlich gemacht. Doch die Gründe für zunehmende Armut liegen woanders, schreibt im Bericht über die soziale und wirtschaftliche Entwicklung in der Schweiz 2013/2014 Bettina Fredrich. In ihrem Rückblick auf die sozialpolitischen Trends benennt sie die Brennpunkte der schweizerischen Sozialpolitik. Der Schwerpunktteil «Herein. Alle(s) für die Zuwanderung» ist deswegen ein Bekenntnis der Caritas zur Zuwanderung und zu einer Migrationspolitik, die soziale Chancengerechtigkeit zum Ziel hat. Namhafte Persönlichkeiten aus Wirtschaft, Politik, Kultur und Wissenschaft äussern sich in persönlichen Essays, Beiträgen und Interviews zu einer Schweiz der offenen Türen.

Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Auswirkungen von IAS 19 auf die berufliche Vorsorge. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/15	318.010.2/15D kostenlos*
Datenschutz bei Akteuren im Bereich Jugend und Gewalt. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/15	318.010.6/15D kostenlos*
Erhebung und Überprüfung der Regulierungsaktivitäten der Kantone im Bereich Jugendmedienschutz. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 10/15	318.010.10/15D kostenlos*
Evaluation der Selbstregulierungsmassnahmen zum Jugendmedienschutz der Branchen Film, Computerspiele, Telekommunikation und Internet. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/15	318.010.11/15D kostenlos*
Identifikation von Good Practice im Jugendmedienschutz im internationalen Vergleich. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/15	318.010.12/15D kostenlos*
Pensionierungsverluste in der beruflichen Vorsorge. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/15	318.010.1/15D kostenlos*
Schlussevaluation des nationalen Programms Jugendmedienschutz und Medienkompetenzen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 9/15	318.010.9/15D kostenlos*
Schlussevaluation Gesamtschweizerisches Präventionsprogramm Jugend und Gewalt. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/15	318.010.7/15D kostenlos*
Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2014	318.122.14D kostenlos*
Sozialversicherungen 2013, Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG	318.121.13D kostenlos*
Sozialversicherungen der Schweiz (Taschenstatistik 2014)	318.001.14D kostenlos*

* Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
verkauf.zivil@bbl.admin.ch
www.bundespublikationen.admin.ch
www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Forschungspublikationen (E-Berichte)

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2013:

Nr. 1/13 Soziale Sicherheit – gestern und morgen
Nr. 2/13 Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs
Nr. 3/13 Gesundheit2020 – mehr und richtig qualifiziertes Gesundheitspersonal
Nr. 4/13 Jugendschutzprogramme des Bundes
Nr. 5/13 Reform Altersvorsorge 2020
Nr. 6/13 Kein Schwerpunkt

Nr. 1/14 Schulden und Sozialstaat
Nr. 2/14 Psychische Gesundheit und Beschäftigung
Nr. 3/14 Gesundheit2020
Nr. 4/14 Care-Arbeit, Gleichstellung und Soziale Sicherheit
Nr. 5/14 Kein Schwerpunkt
Nr. 6/14 Kein Schwerpunkt

Nr. 1/15 Der optimierte Mensch
Nr. 2/15 Reform Altersvorsorge 2020
Nr. 3/15 Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung

Die «Soziale Sicherheit» CHSS ist ab Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie).

Bestellung von Einzelnummern:

Bundesamt für Sozialversicherungen, CHSS, 3003 Bern, E-Mail: info@bsv.admin.ch

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
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.	Auflage	Deutsche Ausgabe 2400 Französische Ausgabe 1400
Redaktionskommission	Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Michela Papa (a.i.) Xavier Rossmannith, Valérie Werthmüller	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Fr. 53.– inkl. MwSt., Einzelheft Fr. 9.–
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV	Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670 318.998.3/15d