

Schwerpunkt

Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub

Gesundheit

1. BVG-Revision: Vermehrte Transparenz

International

Freizügigkeitsabkommen und kantonale
Familienzulagen

Soziale Sicherheit

CHSS

4/2004

BSV /
OFAS /
UFAS /

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 4/2004

Editorial	197
Chronik Juni/Juli 2004	198
Rundschau	200

Schwerpunkt

Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub	201
JA zur EOG-Revision und zum bezahlten Mutterschaftsurlaub (Yves Rossier, BSV)	202
Der bezahlte Mutterschaftsurlaub: Die Vorlage im Detail (Jörg Reinmann, BSV)	204
Heutige Regelung des Schutzes bei Mutterschaft in der Schweiz (Maja Jaggi, BSV)	207
Geschichte des Schutzes bei Mutterschaft (Jörg Reinmann, BSV)	208
Entschädigung für Dienstleistende verbessern (Jörg Reinmann, BSV)	210
Aktuelle Regelung für Dienstleistende (Jörg Reinmann, BSV)	212
Kosten und Finanzierung des gesamten Reformpakets (Jörg Reinmann, BSV)	214
Internationaler Vergleich – Erwerbsersatz bei Mutterschaft in Europa (Claudina Mascetta, BSV)	218
Ausgewogener und vernünftiger Mutterschutz (Pierre Triponez, Nationalrat)	221

Nein zur teuren unsozialen Mutterschaftsversicherung (Ueli Maurer, Nationalrat)	223
---	-----

Vorsorge

1. BVG-Revision: Konsolidierung des Erreichten – vermehrte Transparenz (Helena Kottman, Jürg Brechbühl, BSV)	225
--	-----

Gesundheit

Statistik über die Krankenversicherung 2002 (Teil 2) (Nicolas Siffert, BAG)	229
Finanzierung der Pflegekosten: näher an den Ursachen anknüpfen (Ursula Scherrer, BAG)	233
Frauen verursachen weniger stark Gesundheitskosten als bisher angenommen (Paul Camenzind, BFS)	238

Sozialpolitik

Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (Oliver Bieri, Cornelia Furrer, Interface)	243
Information der behandelnden ÄrztInnen über die IV (Michela Papa, Adelaide Bigovic-Balzardi, BSV)	247
Ungleichgewichtige Entwicklung der Sozialversicherungen im Jahr 2002 (Agnes Nienhaus, Salome Schüpbach, Stefan Müller, BSV)	250

International

Anwendung des Freizügigkeitsabkommens im Bereich der kantonalen Familienzulagen (Simon Blunier, BSV)	253
--	-----

Parlament

Parlamentarische Vorstösse	257
Gesetzgebung: hängige Vorlagen des Bundesrats	260

Daten und Fakten

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge)	261
Sozialversicherungsstatistik	262
Literatur und Links	264

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft



Pascal Couchepin
Bundesrat

Kaum ist eine Abstimmung vorbei, folgt schon die nächste. Am 26. September stimmt das Volk über die Vorlage zum Mutterschaftsurlaub ab.

Wie Sie wissen, ist zur Zeit in der Schweiz häufig von einer politischen Blockierung die Rede. In der vergangenen Sommersession wurde der Nationalrat gescholten, er sei unfähig zu Kompromissen. Die Suche nach einem Konsens sei aufgegeben worden.

Nun – es gibt auch eine andere Realität. Die Mutterschaftsvorlage, wird sie akzeptiert, zeigt auf, wie Blockierungen überwunden werden können.

Es gibt ein anerkanntes Problem: Der heutige Mutterschutz für erwerbstätige Frauen ist lückenhaft. Frauen, die erst seit wenigen Jahren erwerbstätig sind oder den Arbeitgeber wechseln, sind ungenügend abgesichert. Zudem werden Branchen benachteiligt, die viele junge Frauen beschäftigen.

Nach der 1999 verworfenen umfassenden Vorlage sind nun in guter schweizerischer Manier BefürworterInnen und GegnerInnen zusammengesessen und haben nach Wegen zur Problemlösung in dieser Frage gesucht. Verschiedene Projekte standen zur Diskussion: Eine Neuauflage der Mutterschaftsversicherung, eine Lösung über das Obligationenrecht, ein gemischtes Modell (erste 8 Wochen OR, danach EO) oder auch noch Lösungen, in welchen nach Arbeitsjahren abgestuft worden wäre.

Letztlich haben vier der alten helvetischen Tradition der Konsenssuche verpflichtete PolitikerInnen, nämlich

Pierre Triponez von der FDP, Ursula Haller von der SVP, Thérèse Meyer von der CVP und Jaqueline Fehr von der SP, einen Kompromiss gefunden und haben mit einer gemeinsamen parlamentarischen Initiative 108 ParlamentarierInnen überzeugt. Sie haben eine einfache und wenig bürokratische Lösung gefunden.

Die vorgeschlagene Reform beschränkt sich auf eine Revision der bestehenden Erwerbsersatzordnung (EO). Sie behebt die eben genannten Lücken und Ungerechtigkeiten der heutigen Situation. Erwerbstätige Mütter erhalten künftig einen Anspruch auf einen einheitlichen, zeitlich befristeten Lohnersatz. Da dieser im Rahmen der EO geregelt wird, muss kein neues Sozialwerk geschaffen werden.

Die vier InitiantInnen haben Parlament und schliesslich auch den Bundesrat überzeugt: Wir befürworten die Vorlage, weil sie einem Bedarf entspricht und die Wirtschaft insgesamt sogar entlastet. Zudem berücksichtigt sie auch die gesellschaftliche Entwicklung, denn immer mehr Frauen bleiben nach der Geburt eines Kindes erwerbstätig.

Ich möchte daher den vier InitiantInnen der heute vorliegenden Vorlage und auch dem Parlament danken für die geradezu unzeitgemässe Konsenssuche. Der Bundesrat will den Vätern und Müttern des Lösungsvorschlags nicht vor der Sonne stehen, er ist in dieser Angelegenheit aber gerne sozusagen der «Götti», der «Parrain» der Vorlage.

Berufliche Vorsorge

Der Nationalrat stimmte am *14. Juni* dem Vorschlag der Einigungskonferenz bei den Sanierungsmassnahmen in der beruflichen Vorsorge zu. Damit wird den Pensionskassen bei Unterdeckung im Sinne einer Ultima Ratio die Möglichkeit eingeräumt, für eine begrenzte Zeit (maximal 5 Jahre) den Mindestzins um höchstens 0,5 Prozent zu unterschreiten.

Gesetz über die Schwarzarbeit

Der Nationalrat hat am *16. Juni* das Bundesgesetz gegen Schwarzarbeit mit 128 gegen 24 Stimmen (15 Enthaltungen) gutgeheissen. Die Vorlage geht nun an den Ständerat.

Das Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit baut auf vier Pfeilern auf: Die Kantone sollen Kontrollstellen schaffen; weiter soll die Koordination zwischen den Behörden verbessert werden; ferner müssen ertappte Arbeitgeber mit Sanktionen rechnen; letztlich sollen Erleichterungen für geringfügig Beschäftigte bei kleinen Firmen die Anreize zur Schwarzarbeit senken.

«Panorama der Sozialversicherungen»

Auf Grund des Handlungsbedarfs in den Sozialversicherungen und des Ergebnisses der Volksabstimmung vom *16. Mai* hat das EDI dem Bundesrat unter dem Titel «Panorama der Sozialversicherungen» eine Gesamtsicht der Sozialversicherungen vorgelegt. Gestützt auf dieses Aussprachepapier des Eidg. Departements des Innern, das die Sozialversicherungen und auch die Familienpolitik umfasste, hat der Bundesrat am *30. Juni* bezüglich der weiteren Entwicklung Richtungsentscheide getroffen. Insbesondere hat er das weitere Vorgehen in der

AHV-Politik festgelegt. Bei der Invalidenversicherung sieht er zusätzlich zu den schon beschlossenen Massnahmen die sofortige Umsetzung von Massnahmen zur Straffung des Verfahrens vor.

In den letzten Jahren haben sich die Sozialversicherungen im raschen Rhythmus weiterentwickelt. Wesentliche Schritte wurden im vergangenen Jahr gemacht und auch im laufenden Jahr wurden oder werden wichtige Marksteine gesetzt. Reformen wurden eingeleitet und umgesetzt, andere konnten nicht weitergeführt werden. Das EDI hat dem Bundesrat ein Aussprachepapier unterbreitet, um ihm auf Grund einer Auslegeordnung des Ist-Zustandes eine Standortbestimmung zu ermöglichen. Auf dieser Basis hat der Bundesrat über die Herausforderungen, Perspektiven und vorzusehenden Massnahmen diskutiert. Das Aussprachepapier des EDI umfasst alle Sozialversicherungen¹ (ausgenommen die Arbeitslosenversicherung) und die Familienpolitik.

AHV: mittel- bis langfristige Massnahmen

Der Bundesrat teilt die Einschätzung des EDI, dass sich die finanzielle Situation der AHV ab 2010 rapide verschlechtert, falls keine Massnahmen ergriffen werden, und dass die AHV bis zum Jahre 2025 zusätzliche finanzielle Mittel benötigt, welche ungefähr 3,8 MWSt-Prozentpunkten entsprechen.

Der Bundesrat hat beschlossen, sofort Vorbereitungsarbeiten zu einer weiteren AHV-Revision in Angriff zu nehmen, die dem Parlament entsprechend den folgenden Vorgaben unterbreitet werden soll. Die Reform soll die finanzielle Sicherung der AHV bis 2020 ermöglichen und den bis zu diesem Zeitpunkt erforderlichen Finanzierungsbedarf berücksichtigen. Der Bundesrat sieht vor, dass die zur Erreichung des Ziels bis 2020 nötigen Massnahmen schrittweise ergriffen werden. Alternative Modelle wie ein System

basierend auf der Lebensarbeitszeit oder Modelle, die Kriterien wie das Einkommen und die Beschwerlichkeit der Arbeit berücksichtigen, sollen geprüft werden. Dieser Entscheidung entspricht der Ansicht der AHV-Kommission, welche die Prüfung solcher Systeme verlangt hat. Welche der möglichen Varianten auch immer ins Zentrum gerückt wird, sie muss die finanzielle Sicherung der AHV bis 2020 gestatten.

Invalidenversicherung

Der Bundesrat teilt die Einschätzung des EDI, dass die Sanierung der IV im Hinblick auf ihre prekäre finanzielle Situation absolute Priorität hat. Mit der neuen Vorlage zur Erhöhung der MWSt zu Gunsten der IV und mit der 5. IV-Revision können die Schulden langsam abgebaut werden. Der Bundesrat ist zudem der Ansicht, dass einige in der 5. IV-Revision vorgesehene Massnahmen dringlich umgesetzt werden sollen. Es geht dabei um verfahrensrechtliche Massnahmen (Einführung eines kostenpflichtigen Verfahrens).

Entflechtung der Finanzhaushalte des Bundes und der AHV/IV

Der Bundesrat kommt zum Schluss, dass das Thema der Entflechtung des Finanzhaushaltes der AHV/IV vom Finanzhaushalt des Bundes im Rahmen einer Revision zur langfristigen finanziellen Konsolidierung der AHV aufgegriffen werden soll und parallel zu Massnahmen zur finanziellen Konsolidierung der IV behandelt werden soll.

KV: Aufhebung des Zulassungsstopps

Die Massnahme der Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern läuft am *3. Juli 2005* aus und soll gemäss Botschaft des Bundesrats vom *26. Mai 2004* durch die Vertragsfreiheit abgelöst werden. Für den Fall, dass die Vertrags-

¹ AHV, IV, BV, KV, UV, MV, EO, EL

freiheit nicht rechtzeitig in Kraft treten sollte, schlägt der Bundesrat die Verlängerung des Zulassungsstopps bis zur Einführung der Vertragsfreiheit vor.

Kassen vergüten Hüftsonografie bei Babys

Die Krankenkassen vergüten Hüftuntersuchungen (Hüftsonografie) bei Neugeborenen nun doch weiter. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat eine entsprechende Verordnung erlassen. Die Regelung gebe dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein grösseres Gewicht, teilte das EDI mit. Da die Zweckmässigkeit der Hüftuntersuchung Neugeborener unbestritten sei, fungiere sie seit dem 1. Juli als diagnostische Massnahme im Grundleistungskatalog der Krankenversicherung.

BVG-Revision in drei Paketen

Im März 2004 hat der Bundesrat beschlossen, die 1. BVG-Revision in drei Etappen in Kraft zu setzen. Das 1. Paket betraf die Transparenz, die paritätische Verwaltung sowie die Auflösung von Anschlussverträgen und ist auf den 1. April 2004 in Kraft getreten. Das 2. Paket, welches alle anderen Bestimmungen der 1. BVG-Revision mit Ausnahme derjenigen über den Begriff der beruflichen Vorsorge und den Einkauf (3. Paket) enthält, tritt auf den 1. Januar 2005 in Kraft. Das In-Kraft-Treten der 3. Etappe ist auf den 1. Januar 2006 vorgesehen.

2. Etappe der BVG-Revision

Der Bundesrat hat am 2. Juli die Verordnungsänderungen zur Inkraftsetzung der 2. Etappe der 1. BVG-Revision verabschiedet und das Frauenrentenalter in der beruflichen Vorsorge und der AHV aufeinander abgestimmt. Die Änderungen treten auf den 1. Januar 2005 zeitgleich mit der zweiten Etappe der BVG-Revision in Kraft.

Wichtigste Verordnungsbestimmungen bezüglich der BVG-Revision

- *Verfahren bei Teil- oder Gesamliquidation einer Pensionskasse*
Der Bundesrat hat die Grundsätze festgelegt, die eine Vorsorgeeinrichtung bei einer Liquidation zu berücksichtigen hat. Er hat insbesondere bestimmt, wie die Reserven zu verteilen sind.
- *Umwandlungssatz (siehe Kasten)*
Um der höheren Lebenserwartung Rechnung zu tragen, sieht die 1. BVG-Revision vor, den Umwandlungssatz für Frauen und Männer in den nächsten 10 Jahren schrittweise von 7,2 auf 6,8 Prozent zu senken. In der BVV2 (Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge) hat der Bundesrat nun die Abstufung dieser Senkung geregelt.
- *Grundsatz der Loyalität in der Vermögensverwaltung*
Die Verordnung regelt die Grundsätze, welche die Vermögensverwalter der Vorsorgeeinrichtung bei der Vermögensanlage und -verwaltung zu beachten haben. Untersagt sind insbesondere Eigengeschäfte, die missbräuchlich sind, bzw. die auf einen Informationsvorsprung oder einen Vorteil bei der Anlagetätigkeit zurückzuführen sind.

Umwandlungssatz

Die Altersrente wird anhand des Umwandlungssatzes berechnet. Dieser stellt auf versicherungstechnische Grundlagen ab. Die Höhe der jährlichen Rente ergibt sich durch Multiplikation des Umwandlungssatzes mit dem bei Rentenantritt angesparten Altersguthaben.

Einheitliches Rentenalter für Frauen

Bis anhin war die Koordination des Frauenrentenalters zwischen der 1. und der 2. Säule durch das dringliche, vom Parlament im Jahr 2001 verabschiedete Gesetz zur Weiterversicherung von erwerbstätigen Frauen in der beruflichen Vorsorge gewährleistet. Dieses ist jedoch nur noch bis am 31. Dezember 2004 gültig. Die zur Vereinheitlichung des Frauenrentenalters in der 1. und 2. Säule erforderlichen Anpassungen waren im Rahmen der 11. AHV-Revision geregelt, die nun nicht wie vorgesehen in Kraft tritt. Der Bundesrat hat daher im Rahmen der Verordnungsänderungen das ordentliche Rentenalter für Frauen in der zweiten Säule ab 2005 bei 64 Jahren festgesetzt.

Schweizer Haushalte geben am meisten für Versicherungen aus

2002 belasteten erneut die Versicherungen das Haushaltsbudget am stärksten. Die Aufwendungen der Haushalte für Versicherungen nehmen seit 2000 ständig zu. Nicht alle Haushalte weisen jedoch dieselbe Ausgabenstruktur auf. Je nach Einkommensklasse oder Haushaltstyp variiert diese stark. Dies zeigen die jüngsten Ergebnisse der seit dem Jahr 2000 vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Jahresrhythmus durchgeführten Einkommens- und Verbrauchserhebung.

Die vieldiskutierte Entwicklung der Krankenkassenprämien in den vergangenen Jahren zeigt sich auch in den Ergebnissen der jährlich vom BFS durchgeführten Einkommens- und Verbrauchserhebung. Sie schlägt sich dort in der starken Stellung nieder, welche die Versicherungsbeiträge in der Ausgabenstruktur spielen. Zudem zeigt sie sich im überdurchschnittlichen Anwachsen der Beiträge an die Versicherungen. Allerdings steigen nicht nur die Prämien der Krankenkassen, sondern auch diejenigen anderer Versicherungstypen.

Im Jahr 2002 gaben die Haushalte im Durchschnitt 7867 Franken pro Monat aus. Die Hitparade der Hauptausgabenposten der Schweizer Haushalte ist seit Jahren die gleiche. Mit über einem Fünftel der Gesamtausgaben (21,8 %) nehmen die Aufwendungen für Versicherungen den ersten Rang ein. Auf den Plätzen zwei und drei folgen die Ausgaben für das Wohnen (17,6 %) und die Steuern (13,6 %).

Die hohen Aufwendungen für Versicherungen sind darauf zurückzuführen, dass sie auch die Beiträge an die AHV und an die Pensionskassen beinhalten.

Sozialhilfe unter Druck: investieren statt sparen!

Die Fallzahlen in der Sozialhilfe sind im Jahr 2003 stärker angewach-

sen als in den fünf Jahren zuvor. Das ist ein bemerkenswertes Ergebnis der Kennzahlenerhebung, an der sich neun Schweizer Städte beteiligt haben. Die Städteinitiative Sozialpolitik warnt vor weiteren Sparforderungen. Denn Kosten können nachhaltig nur gesenkt werden, wenn alle Bemühungen dahin laufen, Sozialhilfe Beziehende möglichst rasch von der Sozialhilfe abzulösen. Dazu braucht es genügend personelle Ressourcen.

Die Städteinitiative Sozialpolitik, der 50 Schweizer Städte angehören, hat gleichzeitig mit dem Kennzahlenbericht Vorschläge präsentiert, wie dem wachsenden Druck in der Sozialhilfe zu begegnen ist.

Innerhalb des Systems der Sozialhilfe braucht es differenzierte Ansätze, um den grossen Herausforderungen gerecht zu werden. Die stark steigenden Fallzahlen haben dazu geführt, dass die Sozialämter zu viele Dossiers führen müssen und zu wenig für die individuelle Beratung tun können. Oberstes Ziel muss aber die berufliche oder soziale Integration von Sozialhilfe Beziehenden sein. Das kann nur in enger Zusammenarbeit der Sozialämter, zum Beispiel mit Wirtschaftsbetrieben und andern Partnern der Sozialhilfe, funktionieren. Dies ist aufwändig, aber nicht nur sozialpolitisch klüger, als beim personellen Aufwand zu sparen. Bei der raschest möglichen Ablösung der Menschen von der Sozialhilfe liegt mittelfristig auch ein erheblich grösseres Sparpotenzial. Dafür braucht es aber genügend Fachpersonal. Die Städteinitiative stellt sich auch gegen willkürliche Einschnitte in geltende Standards der Sozialhilfe und unterstreicht die Bedeutung einheitlicher Richtlinien zur Bemessung der Unterstützung in allen Kantonen.

SeniorInnen fordern Studie über Kostenursache

Die TeilnehmerInnen am Jahreskongress des Dachverbands Schwei-

zerischer Seniorenorganisationen wehrten sich gegen die Vorstellung, dass die SeniorInnen wesentlich verantwortlich seien für die überproportionale Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Sie forderten das Departement des Innern auf, noch im laufenden Jahr den Auftrag für eine entsprechende Nationalfonds-Studie zu erteilen. Gleichzeitig soll auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis der modernen Medizin untersucht werden. Die SeniorInnen lehnten auch eine Rationierung von medizinisch notwendigen Leistungen ab und sprachen sich gegen die Schaffung einer separaten Pflegeversicherung aus.

CURAVIVA: Otto Piller zum Präsidenten gewählt

Otto Piller heisst der neue Präsident des Dachverbands Heimwesen CURAVIVA. Der ehemalige Direktor des Bundesamts für Sozialversicherung löst die Aargauer FDP-Nationalrätin Christine Egerszegi ab. CURAVIVA ist der Schweizerische Dachverband für das Heimwesen. Rund 1800 Alters-, Kinder- und Jugendheime sind unter seinem Dach zusammengeschlossen.

Christine Egerszegi neue Präsidentin der SGGP

Die Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) hat Nationalrätin Christine Egerszegi (FDP/AG) zu ihrer neuen Präsidentin gewählt. Sie löst den bisherigen Präsidenten, Nationalrat Jost Gross (SP/TG), ab, der weiterhin im Vorstand bleibt. Die SGGP ist das wichtigste unabhängige Forum im schweizerischen Gesundheitswesen und wurde vor fast 30 Jahren gegründet.

Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub



Foto: Christoph Wider

Der Anspruch auf einen gesetzlichen Mutterschutz nach der Niederkunft besteht in unserer Bundesverfassung seit Jahrzehnten. Verschiedene Erlasse von Bund, Kantonen und Gemeinden sind zwar vorhanden, wurden jedoch nie aufeinander abgestimmt. Das System ist lückenhaft, uneinheitlich und ungerecht. In einem Monat, am 26. September 2004, haben wir die Gelegenheit, diese unwürdige Situation zu korrigieren, notabene ohne eine neue Sozialversicherung zu schaffen. Und überdies: Mit dem Ja zur Revision des Erwerbsersatzgesetzes erhalten Dienstleistende und Rekruten eine höhere Grundentschädigung. Die vorliegende Ausgabe der CHSS widmet sich im Schwerpunkt vollumfänglich der Thematik EOG-Revision und bezahlter Mutterschaftsurlaub.

Ja zur EOG-Revision und zum bezahlten Mutterschaftsurlaub

Mit den neuesten Änderungen der Erwerbsersatzordnung (EO) wird die Erwerbsersatzquote für Dienstleistende von 65% auf 80% des vordienstlichen Einkommens und die Grundentschädigung für Rekruten und nichterwerbstätige Dienstleistende von 43 Franken auf 54 Franken pro Tag erhöht. Insgesamt wird das Entschädigungssystem der EO an die per 1. Januar 2004 in Kraft getretene Armee- (Armee XXI) und an die Bevölkerungsschutzreform (Zivilschutz) angepasst. Politisches und finanzielles Schwergewicht der Vorlage ist jedoch die Einführung einer Mutterschaftsentschädigung für erwerbstätige Frauen. Die Mehrausgaben der EO für Dienstpflichtige belaufen sich auf rund 92 Mio. Franken, die Ausgaben für den verbesserten Mutterschaftsschutz auf rund 483 Mio. Franken pro Jahr¹. Nicht zuletzt deshalb wurde das Referendum gegen die Vorlage ergriffen, über die am 26. September 2004 abgestimmt wird.



Yves Rossier
Bundesamt für Sozialversicherung

Höhere Ansätze für Dienstleistende

Für Dienstleistende in Armee, Zivilschutz und Zivildienst bringt die EO-Revision den wirtschaftlichen Bedürfnissen gehorchend eine höhere Grundentschädigung. Bei Erwerbstätigen wird der Erwerbsersatzanspruch von 65 % auf 80 % des vordienstlichen Einkommens erhöht und damit der in der Unfall- und Invalidenversicherung üblichen Ersatzquote angepasst.

Zudem wird die Entschädigung der Rekruten und der nichterwerbstätigen Dienstleistenden den veränderten wirtschaftlichen Bedürfnissen angepasst: Als Folge des mit der Armee reform XXI geänderten Rekrutierungsverfahrens werden neu bereits die Aushebungstage entschädigt und das Entschädigungssystem für Durchdienerkader (Dienstleistung an einem Stück) modifiziert. Im Rahmen der Umsetzung der Bevölkerungsschutzreform werden Schutzdienstleistende in Grundausbildung bezüglich des Erwerbsersatzes mit Rekruten gleichgestellt.

Erwerbsersatz bei Mutterschaft

Mit der Definition von Art und Umfang des Mutterschaftsschutzes hat sich das Stimmvolk seit der Annahme des entsprechenden Verfassungsauftrags 1945 sichtlich schwer getan. Umfassende Vorlagen zur Regelung gesundheits- und einkommensbezogener Kosten scheiterten, weshalb die beiden Anliegen letztlich getrennt angegangen wurden. Ursächlich für die fortwährende Ablehnung einer umfassenden Mutterschaftsversicherung dürfte unter anderem wohl auch das traditionelle Familienmodell gewesen sein, das die Verankerung von Erwerbsersatzleistungen bei Mutterschaft als unnötig erscheinen liess.²

Nicht konsensfähig war bisher insbesondere, in welchem Umfang bei Mutterschaft Anspruch auf finanzielle Leistungen bestehen soll. Dem Stimmvolk wird mittlerweile die vierte Vorlage im Zusammenhang mit Erwerbsersatzleistungen bei Mutterschaft zur Abstimmung unterbreitet.

Was umfasst die Mutterschaftsentschädigung?

Die zur Abstimmung stehende Mutterschaftsentschädigung garantiert selbständig und unselbständig erwerbstätigen Frauen nach der Geburt eines Kindes während maximal 14 Wochen 80 % des vorher erzielten

- 1 Die Mehrausgaben der EO ergeben sich durch den Wechsel zur paritätischen Finanzierung mittels Lohnbeiträgen: Die heutigen Kosten der Mutterschaftsleistungen in der Höhe von 382 Mio. Franken werden grossmehrheitlich durch ArbeitgeberInnen (353 Mio. Franken) und ArbeitnehmerInnen (29 Mio. Franken) finanziert.
- 2 Die Kostenübernahme von Vorsorgeuntersuchungen und medizinischen Massnahmen bei Schwangerschaft und Mutterschaft wurde mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) am 1.1.1996 gesamtschweizerisch verbindlich geregelt.

Einkommens. Dass nichterwerbstätige Frauen keinen Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung haben, ist vor dem Hintergrund der am 13. Juni 1999 abgelehnten Vorlage für eine Mutterschaftsversicherung zu sehen: Dass neben Erwerbsersatzleistungen auch eine Grundleistung für in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebende, nichterwerbstätige Mütter vorgesehen war, sprengte den Rahmen dessen, was das Stimmvolk als vernünftig ansah. Mit der neuesten, auf erwerbstätige Frauen beschränkten, massvollen (weil leistungsseitig plafonierten) Vorlage wird diesen Bedenken Rechnung getragen. Die Mutterschaftsentschädigung stellt wie der Grossteil der EO-Leistungen Erwerbsersatz dar und wird grösstenteils durch Beiträge auf dem Erwerbseinkommen finanziert. Angesichts der Gleichartigkeit der Leistungen und ihrer Finanzierung steht der Integration der Mutterschaftsentschädigung ins EO-Leistungsspektrum nichts entgegen – zumal eine eigenständig geregelte Mutterschaftsversicherung bisher chancenlos war.

Warum «ja» zur Mutterschaftsentschädigung?

Dass immer mehr Frauen erwerbstätig sind und nach der Geburt eines Kindes auch bleiben, ist gesellschaftliche Realität. Dem berechtigten Anliegen nach Ersatz des Erwerbsausfalls, welcher der Mutter wegen der Niederkunft und während der daran anschliessenden Erholungsphase entsteht, wird mit der EOG-Revision

Rechnung getragen. Der Vorteil der EO-basierten Finanzierung der Mutterschaftsentschädigung liegt – im Vergleich zu früheren Vorlagen über Mutterschaftsleistungen – in der gleichmässigeren Verteilung der Kosten auf die Gesellschaft: Die Arbeitgeber aller Wirtschaftsbranchen und die Arbeitnehmenden haben sich an der Finanzierung zu beteiligen.

Mit der EOG-Revision wird endlich ein gemeinsamer Standard für einen bezahlten Mutterschaftsurlaub geschaffen, der bestehende grosszügigere Lösungen aber nicht tangiert. GAV-Lösungen, die einen längeren bezahlten Mutterschaftsurlaub oder zusätzliche Leistungen (bspw. bei Adoption eines Kindes) vorsehen, bleiben in dieser Beziehung weiterhin bestehen. Es steht auch nicht zu befürchten, dass grosszügigere Lösungen aufgehoben und auf das Niveau der bundesrechtlichen Mutterschaftsentschädigung reduziert würden. Vielmehr stellen die über den Mindeststandard der EO-Lösung hinausgehenden GAV-Regelungen gemeinsame Errungenschaften der Sozialpartner dar, die kaum leichtfertig aufgegeben werden dürften.

Bei der anstehenden Abstimmung über den bezahlten Mutterschaftsurlaub handelt es sich daher nicht um eine Zwängerei von Bundesrat und Parlament, sondern um die Verwirklichung eines der gesellschaftlichen Realität angepassten, konsequenten und in sich konsistenten Mutterschaftsschutzes.

Yves Rossier, Direktor BSV. E-Mail: yves.rossier@bsv.admin.ch

Der bezahlte Mutterschaftsurlaub: Die Vorlage im Detail

Die am 3. Oktober 2003 mit 146 zu 41 Stimmen (Nationalrat) bzw. mit 31 zu 6 Stimmen (Ständerat) verabschiedete Revision des Bundesgesetzes über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz (Erwerbsersatzgesetz, EOG) sieht als Ausgangspunkt und zentrales Anliegen die Verwirklichung des seit Jahrzehnten in unserer Bundesverfassung verankerten Anspruchs auf einen gesetzlichen Mutterschaftsschutz nach der Niederkunft vor. Der neue Gesetzesvorschlag beschränkt sich auf einen auf 14 Wochen befristeten Lohnersatzanspruch erwerbstätiger Mütter im Rahmen der bestehenden Erwerbsersatzordnung. Die Entschädigung beläuft sich auf 80 % des ausfallenden Verdienstes. Diese Ausdehnung der EO ist nahe liegend, denn wie die Männer leisten auch die Frauen seit eh und je Lohnbeiträge an die EO.



Jörg Reinmann
Geschäftsfeld Alter und Hinterlassene,
BSV

Anspruchsberechtigte für bezahlten Mutterschaftsurlaub (Art. 16b Abs. 1)

Anspruchsberechtigt sind Frauen, die als Arbeitnehmerinnen gelten oder im Betrieb ihres Ehemannes gegen einen Barlohn mitarbeiten oder selbständigerwerbend sind. Diese Frauen müssen während der letzten 9 Monate vor der Niederkunft in der AHV obligatorisch versichert gewesen sein. Zudem müssen sie in dieser Zeit mindestens fünf Monate lang eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben. Der Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung ist nicht an ein bestimmtes Mindest- oder Höchstalter gebunden. Sofern sämtliche An-

spruchsvoraussetzungen erfüllt sind, haben auch minderjährige Mütter (z.B. Lernende) Anspruch auf bezahlten Mutterschaftsurlaub.

Nach dem Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU können auch ausländische Versicherungs- und Beschäftigungszeiten für die Erfüllung der Mindestversicherungsdauer bzw. Erwerbsdauer angerechnet werden, wie dies zum Beispiel heute schon bei der Arbeitslosenversicherung der Fall ist.

Alle in der Schweiz erwerbstätigen Frauen sind in der Lage, die Voraussetzungen für einen bezahlten Mutterschaftsurlaub zu erfüllen: Wenn sie in der Schweiz einer beitragspflichtigen selbständigen oder unselbständigen Erwerbstätigkeit nachgehen, können sie die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllen, auch wenn sie nicht in der Schweiz wohnen (z.B. Grenzgängerinnen). Um die 5-monatige Mindesterwerbsdauer zu erfüllen, ist es nicht erforderlich, dass die Mutter pro Kalendermonat eine bestimmte Anzahl Arbeitstage bzw. Arbeitsstunden geleistet hat. Arbeitnehmerinnen haben nur einen Anspruch, wenn sie bei der Niederkunft noch in einem gültigen privat- oder öffentlichrechtlichen Arbeitsverhältnis beziehungsweise Lehrverhältnis stehen. Nicht nötig ist jedoch, dass die Arbeit nach dem Mutterschaftsurlaub wieder aufgenommen wird. Es steht der Mutter somit frei, das Arbeitsverhältnis auf einen Zeitpunkt nach der Niederkunft aufzulösen, ohne dass sie den Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung verlieren würde. Bei Selbständigerwerbenden ist entscheidend, ob sie im Zeitpunkt der Niederkunft von der AHV als solche anerkannt sind. Auch hier kommt es nicht darauf an, ob die Erwerbstätigkeit nach dem Mutterschaftsurlaub weitergeführt wird.

Herabsetzung der Karenzfrist (Art. 16b Abs. 2)

Um zu verhindern, dass eine Arbeitnehmerin vom Entschädigungsanspruch ausgeschlossen ist, weil sie aufgrund einer Frühgeburt die 9-monatige Mindestversicherungsdauer nicht erfüllen kann, wird die Vorversicherungsdauer in solchen Fällen entsprechend herabgesetzt, höchstens jedoch auf 6 Monate.

Anspruchsberechtigung beim Bezug eines Ersatzeinkommens (Art. 16b Abs. 3)

Auch Frauen, die wegen Arbeitslosigkeit im Zeitpunkt der Niederkunft nicht als erwerbstätig gelten oder wenn der Arbeitsunterbruch gesundheitsbedingt ist, können die Anspruchsvoraussetzungen für eine Mutterschaftsentschädigung erfüllen. In diesen Fällen muss sie Bezü-

gerin eines Erwerbsersatzes sein. Bezieht eine Frau im Zeitpunkt der Niederkunft Arbeitslosenentschädigungen, wäre sie immer anspruchsberechtigt. Taggelder der Invaliden-, Militär- oder der obligatorischen Unfallversicherung würden jedoch nur dann in Betracht gezogen, wenn sie aufgrund eines vorangegangenen Erwerbseinkommens berechnet wurden. Das Gleiche gilt bei Taggeldern der sozialen oder privaten Krankenversicherung oder einer privaten Unfallversicherung.

Entschädigungsanspruch entsteht am Tag der Niederkunft (Art. 16c Abs. 1)

Diese Regelung schliesst einen Vormutterschaftsurlaub aus und ist dadurch gerechtfertigt, dass der Mutterschaftsurlaub vor allem eine Schutzmassnahme für die Gebärende darstellt.

Ein Entschädigungsanspruch entsteht auf jeden Fall mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes. Die Schwangerschaftsdauer spielt dabei keine Rolle. Bei Totgeburten entsteht der Anspruch nur, wenn die Schwangerschaft mehr als 26 Wochen gedauert hat. (Nach dem heutigen medizinischen Wissensstand gilt ein Kind, das zwischen der 23. und 25. Schwangerschaftswoche geboren wird, als lebensfähig.)

Möglichkeit der Ausdehnung des Mutterschaftsurlaubs (Art. 16c Abs. 2)

Der Mutterschaftsurlaub dient nicht nur zur Erholung der Mutter von Schwangerschaft und Niederkunft, sondern er soll ihr auch die nötige Zeit einräumen, sich in den ersten Monaten intensiv um ihr Neugeborenes zu kümmern. Bei längerem Spitalaufenthalt des neu geborenen Kindes kann die Mutter daher beantragen, dass der bezahlte Urlaub erst dann beginnt, wenn das Kind nach Hause kommt. Der Mutterschaftsurlaub ist aber auch in diesem Fall auf maximal 14 Wochen (98 Tage) nach Anspruchsbeginn beschränkt. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass sich bei dieser Regelung wegen des vom Arbeitsgesetz vorgeschriebenen 8-wöchigen Arbeitsverbots für die Mutter in gewissen Fällen Einkommenslücken ergeben können, da ja die EO während dem Aufschub keine Leistungen erbringt und eine Lohnfortzahlung nicht in jedem Fall gesichert ist. Hingegen kann es zu längeren Absenzen am Arbeitsplatz kommen.

Verfall des Anspruchs bei Wiederaufnahme der Arbeit (Art. 16d)

Eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit führt immer zum Ende des Anspruchs, auch wenn die Arbeit nur teilweise wieder aufgenommen wird. Eine solche Lösung trägt dazu bei, dass der bezahlte Mutterschaftsurlaub von der Mutter auch voll ausgeschöpft wird. Ein Aufschieben eines Teils des Urlaubs auf einen späteren Zeitpunkt ist nicht möglich. Verstirbt die Mutter bei

der Niederkunft oder während des Schwangerschaftsurlaubs, so erlischt der (restliche) Entschädigungsanspruch. Der Anspruch geht somit nicht an den Vater des Kindes über oder an diejenige Person, die das Sorgerecht für das Kind erhält. Mit dem Tod der Mutter entsteht nämlich der Anspruch auf Hinterlassenenrenten (Waisen und/oder Witwerrente) und es rechtfertigt sich daher nicht, den Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung aufrecht zu erhalten, da dies zu einer Überentschädigung führen würde.

Höhe der Entschädigung (Art. 16e Abs. 1)

Die Entschädigungshöhe beläuft sich auf 80 % des durchschnittlichen Erwerbseinkommens, welches vor Beginn des Entschädigungsanspruchs erzielt wurde. Wie der Erwerbsersatz für Dienstleistende wird auch der Erwerbsersatz bei Mutterschaft in Form eines Taggeldes ausgerichtet, das für jeden Wochentag zur Ausrichtung gelangt (Samstag und Sonntag inbegriffen). Diese Lösung weicht zwar von derjenigen der Arbeitslosenversicherung ab, findet jedoch bereits in der IV und der UV Anwendung.

Anders als bei der Entschädigung für Dienstleistende umfasst der Erwerbsersatz bei Mutterschaft weder Kinderzulagen, Zulagen für Betreuungskosten noch eine Betriebszulage für Selbständigerwerbende, sondern nur die Grundentschädigung. Würde die Mutterschaftsentschädigung gleich wie die Entschädigung für Dienstleistende ausgestaltet, so hätte dies Mehrausgaben von über 160 Millionen Franken zur Folge.

Berechnung der Entschädigung (Art. 16e Abs. 2)

Die Grundentschädigung wird auf dem Einkommen, welches die Mutter unmittelbar vor der Niederkunft erzielt hat, bemessen. Für die Bemessung des Erwerbsersatzes gelten die gleichen Grundsätze und Regeln wie für Dienstleistende.

Vorrang des Erwerbsersatzes bei Mutterschaft (Art. 16g Abs. 1)

Während des Bezugs eines Erwerbsersatzes bei Mutterschaft werden in der Regel keine Taggelder anderer Sozialversicherungen ausgerichtet. Von dieser Regelung ausgenommen ist die im KVG vorgesehene freiwillige Taggeldversicherung zur Deckung des Mutterschaftsrisikos oder im Krankheitsfall. Diese gelangen allenfalls ergänzend zur Mutterschaftsentschädigung zur Ausrichtung. Das Taggeld nach KVG unterliegt allerdings den allgemeinen Überentschädigungsbestimmungen gemäss ATSG.

Besitzstandsgarantie für Taggeldbezüglerinnen (Art. 16g Abs. 2)

Die Taggelder, welche Erwerbseinkommen ersetzen, entsprechen in der Regel lediglich einem Bruchteil des

entgangenen Verdienstes. Damit nicht weitere Einkommenseinbussen in Kauf genommen werden müssen, wird die Mutterschaftsentschädigung in Form einer Besitzstandsgarantie in der gleichen Höhe wie das vorangegangene Taggeld ausgerichtet, sofern der Betrag des bis zum Antritt des Mutterschaftsurlaubes ausbezahlten Taggeldes höher ist.

Bessere Regelungen im kantonalen Recht (Art. 16h)

Nachdem die Mutterschaftsversicherung in der Volksabstimmung von 1999 abgelehnt wurde, sind verschiedene kantonale Mutterschaftsversicherungsprojekte lanciert worden. Bis heute ist der Kanton Genf der einzige Kanton, der eine obligatorische Mutterschaftsversicherung eingeführt hat. Auch nach der Einführung eines bezahlten Mutterschaftsurlaubes auf Bundesebene sollen die Kantone die Möglichkeit haben, eine Mutterschaftsversicherung einzuführen, die bessere Leistungen vorsieht als die EO. Den Kantonen ist es überdies freigestellt, zur Finanzierung ihrer Mutterschaftsversicherung besondere Beiträge zu erheben.

Niederkünfte vor dem In-Kraft-Treten

(Übergangsbestimmungen)

Frauen haben auch Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung, wenn ihr Kind zwar vor dem In-Kraft-Treten der neuen Bestimmungen geboren wurde, aber die gesetzliche Entschädigungsdauer beim In-Kraft-Treten noch nicht abgelaufen ist. Die Entschädigung wird jedoch nur ab dem In-Kraft-Treten ausgerichtet. Die Zeit, die zwischen der Geburt und dem In-Kraft-Treten der neuen Bestimmungen verflossen ist, wird an die Gesamtdauer des Entschädigungsanspruchs angerechnet.

Verfall bestehender Versicherungsverträge für Mutterschaftsgeld (Übergangsbestimmungen)

Bestehende Versicherungsverträge, die Tagelder bei Mutterschaft vorsehen, fallen beim In-Kraft-Treten der revidierten Erwerbsersatzordnung dahin. GAV-Bestimmungen, die Mutterschaftsleistungen vorsehen, welche über das gesetzlich vorgeschriebene Mindestmass hinausgehen, behalten ihre Gültigkeit.

Jörg Reinmann, Geschäftsfeld Alter und Hinterlassene, Bereich Leistungen AHV/EO/EL, BSV. E-Mail: jörg.reinmann@bsv.admin.ch

Heutige Regelung des Schutzes bei Mutterschaft in der Schweiz

Das Arbeitsgesetz regelt den arbeitsrechtlichen Schutz von Schwangeren, Wöchnerinnen und stillenden Müttern. Insbesondere wird Folgendes bestimmt:

- Wöchnerinnen dürfen während acht Wochen nach der Niederkunft nicht beschäftigt werden. Mütter dürfen zwischen der 8. und der 16. Woche nach der Niederkunft nur mit ihrem Einverständnis beschäftigt werden. Schwangere Frauen und stillende Mütter dürfen nicht über die vereinbarte ordentliche Dauer der täglichen Arbeit hinaus beschäftigt werden, jedoch keinesfalls über 9 Stunden hinaus. Müttern ist die zum Stillen erforderliche Zeit freizugeben. Während des ersten Lebensjahres des Kindes ist die Stillzeit im Betrieb als Arbeitszeit anzurechnen. Verlässt die Arbeitnehmerin den Arbeitsort zum Stillen, ist die Hälfte dieser Abwesenheit als Arbeitszeit anzuerkennen.
- Schwangere Frauen und stillende Mütter sind so zu beschäftigen und ihre Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass ihre Gesundheit und die Gesundheit des Kindes nicht beeinträchtigt werden. Schwangere Frauen und stillende Mütter, die bestimmte beschwerliche oder gefährliche Arbeiten nicht verrichten können, haben Anspruch auf 80 % des Lohnes, soweit ihnen keine gleichwertige Ersatzarbeit zugewiesen werden kann. Schwangere Frauen oder Mütter zwischen der 8. und der 16. Woche nach der Niederkunft dürfen nur mit ihrem Einverständnis zwischen 20 Uhr und 6 Uhr arbeiten. Schwangere Frauen dürfen ab der 8. Woche vor der Niederkunft zu diesen Zeiten überhaupt nicht beschäftigt werden (Nachtarbeitsverbot). Alle von diesen Bestimmungen betroffene Frauen haben Anspruch auf 80 % des Lohnes, soweit ihnen keine gleichwertige Ersatzarbeit zwischen 6 und 20 Uhr angeboten werden kann.

Das Obligationenrecht regelt die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers und den Kündigungsschutz bei Mutterschaft. Die entsprechende Bestimmung ist nicht mit der Dauer des Arbeitsverbotes nach Arbeitsgesetz koordiniert.

- Der Arbeitgeber hat einer Arbeitnehmerin, die wegen Schwangerschaft oder Niederkunft an der Arbeitsleistung verhindert ist, für eine beschränkte Zeit den darauf entfallenden Lohn zu entrichten. Im ersten Dienstjahr ist unter den genannten Voraussetzungen der Lohn für insgesamt wenigstens 3 Wochen zu entrichten, in den folgenden Dienstjahren für eine «angemessene längere Zeit». Für die Ermittlung der «angemessenen längeren Zeit» haben einzelne Arbeitsgerichte Richtlinien aufgestellt (Berner-Tabelle, Zürcher oder Basler Skala).
- Der Arbeitgeber darf unbefristete Arbeitsverhältnisse mit schwangeren Frauen oder Wöchnerinnen während der Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft nicht kündigen.
- Ist die Arbeitnehmerin wegen Schwangerschaft und Niederkunft während mehr als zwei Monaten an der Arbeitsleistung verhindert, kann der Arbeitgeber die Ferien für das einzelne Dienstjahr kürzen.

Viele Gesamtarbeitsverträge kennen für die Arbeitnehmerin günstigere Regelungen und gewähren einen längeren Mutterschaftsurlaub als das gesetzliche Minimum, allerdings ist der Anspruch auch dort oft vom Dienstalter abhängig.

Die Krankenversicherung übernimmt bei Mutterschaft die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Ausser diesen Kosten übernimmt die Krankenversicherung auch besondere Leistungen wie Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft, Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege, Stillberatungen und Geburtsvorbereitungskurse.

Das KVG regelt auch die freiwillige Taggeldversicherung, die als Einzeltaggeldversicherung oder als Kollektivtaggeldversicherung abgeschlossen werden kann. Das Taggeld ist bei Mutterschaft während 16 Wochen zu leisten. Alle Krankenversicherer müssen eine Einzeltaggeldversicherung anbieten, wobei das Gesetz keinen Mindestanspruch für die Höhe des Taggeldes festlegt. Deshalb beschränken die Krankenversicherer die Einzeltaggeldversicherungen oft auf sehr niedrige Taggelder, welche den Erwerbsausfall nicht abdecken.

Kantonale Schutzbestimmungen

Mit Gesetz vom 14. Dezember 2000 hat der Kanton Genf per 1. Juli 2001 eine Mutterschaftsversicherung eingeführt. Diese gewährt Müttern nach der Geburt sowie Adoptiveltern während 16 Wochen eine Entschädigung von 80 % des massgebenden Erwerbseinkommens, mindestens aber 43 Franken im Tag. Mit der Durchführung dieser Versicherung wurden die AHV-Ausgleichskassen betraut. Es handelt sich um eine obligatorische Erwerbsersatzversicherung, die von den Arbeitgebern, den Arbeitnehmern und den Selbständigerwerbenden finanziert wird.

In 10 Kantonen (LU, UR, SZ, FR, SO, VD, VS, NE, GE und JU) werden im Rahmen der Familienzulagengesetzgebungen Geburtszulagen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer z.T. auch an Selbständigerwerbende ausgerichtet.

12 Kantone (ZH, LU, GL, ZG, FR, SH, SG, GR, AG, TI, VD und NE) kennen zudem Bedarfsleistungen, die an Mütter (und z.T. auch an Väter) bis zu einem gewissen Einkommen ausgerichtet werden und sich an das System der Ergänzungsleistungen anlehnen.

Maja Jaggi, Fürsprecherin, Zentralstelle für Familienfragen, BSV. E-Mail: maja.jaggi@bsv.admin.ch

Geschichte des Schutzes bei Mutterschaft

Seit dem In-Kraft-Treten der verfassungsmässigen Grundlage hat es nicht an Versuchen gemangelt, eine Mutterschaftsversicherung einzurichten. Bisher haben aber sämtliche Anläufe ihr Ziel verfehlt. Entweder wurden die entsprechenden Vorlagen schon im Vorverfahren zurückgestellt oder aber sie schafften die Hürden der parlamentarischen Verhandlungen nicht. Diejenigen Vorlagen, welche vom Parlament schliesslich verabschiedet wurden, scheiterten in den Volksabstimmungen. Angefangen haben die Bestrebungen zur Einrichtung eines sozialen Schutzes bei Mutterschaft schon im vorletzten Jahrhundert.

Jörg Reinmann

Chronologie einer Geschichte

- **5. Oktober 1899:** Die eidg. Räte verabschieden die «Lex Forrer», welche im Rahmen einer obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung ein bescheidenes Mutterschaftsgeld vorsieht. Für Wöchnerinnen ist dabei ein Krankengeld von der Niederkunft bis zur Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit vorgesehen, höchstens jedoch 6 Wochen. Dieses Gesetz wurde in der Volksabstimmung vom 20. Mai 1900 an der Urne abgelehnt.
- **13. Juni 1911:** Die eidg. Räte verabschieden das erste Eidg. Krankenversicherungsgesetz. Dieses schreibt bei Mutterschaft die gleichen Leistungen vor wie bei Krankheit, und zwar während mindestens sechs Wochen. Hinzu kommt ein Stillgeld.
- **25. November 1945:** Volk und Stände nehmen den Familienschutzartikel 34^{quinquies} der Bundesverfassung an, der den Bund verpflichtet, eine Mutterschaftsversicherung einzurichten. Gedacht wurde dabei sowohl an die Deckung der Pflegekosten bei Mutterschaft als auch an einen Ersatz für das ausfallende Erwerbseinkommen.
- **30. April 1946:** Eine Expertenkommission veröffentlicht einen Vorentwurf zu einem Bundesgesetz für eine freiwillige Mutterschaftsversicherung. Der Vorentwurf kam nicht vors Parlament, sondern wurde zu Gunsten einer späteren Revision der Krankenversicherung zurückgestellt.
- **3. Februar 1954:** Der Bundesrat schickt einen «Bericht und Vorentwurf zu einem Bundesgesetz über die Kranken-, Unfall- und Mutterschaftsversicherung» in die Vernehmlassung. Die Meinungen sind so geteilt, dass lediglich eine Teilrevision der Krankenversicherung an die Hand genommen wird.
- **13. März 1964:** Das Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz, ArG) ersetzt das bisherige Arbeitsschutzrecht. Es sieht eine Reihe von Schutzbestimmungen vor für Schwangere, Wöchnerinnen und stillende Mütter, die bisher nur für Frauen in Fabriken und bestimmten Kategorien von gewerblichen Betrieben vorgesehen waren. Die Frage der Lohnentschädigung während des achtwöchigen Arbeitsverbots für Wöchnerinnen bleibt auch im neuen ArG ausgeblendet.
- **1. Januar 1965:** Das revidierte Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. März 1964 tritt in Kraft. Innerhalb der nach wie vor freiwilligen Krankenversicherung werden die Leistungen bei Mutterschaft verbessert. Insbesondere wird die Leistungsdauer von sechs auf zehn Wochen verlängert.
- **21. Januar 1980:** Die Volksinitiative «Für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» wird eingereicht.
- **19. August 1981:** Der Bundesrat präsentiert eine Vorlage für die Teilrevision der Krankenversicherung.
- **2. Dezember 1984:** Die Volksinitiative «Für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» wird in der Abstimmung abgelehnt. Ein wichtiger Grund für die Ablehnung dürfte der geforderte Elternurlaub von neun Monaten gewesen sein.
- **6. Dezember 1987:** Das Volk lehnt eine Teilrevision der Krankenversicherung ab. Sie sah als wichtiges Element ein Taggeld für Mutterschaft nach dem Modell der Erwerbsersatzordnung vor.
- **1. Januar 1989:** Das revidierte OR tritt in Kraft. Einführung eines Kündigungsschutzes im OR (Art. 336c) für die ganze Zeit der Schwangerschaft und für 16 Wochen nach der Geburt.

- **22. Juni 1994:** Der Bundesrat schickt den Vorentwurf für eine Mutterschaftsversicherung in die Vernehmlassung. Diese Vorlage beschränkt sich auf einen bezahlten Mutterschaftsurlaub von 16 Wochen für Arbeitnehmerinnen und selbstständig erwerbende Mütter.
- **25. Juni 1997:** Der Bundesrat verabschiedet die Botschaft für eine Mutterschaftsversicherung. Vorgesehen sind ein Mutterschaftsurlaub von 14 Wochen mit einer Entschädigung von 80 % des versicherten Verdienstes, finanziert durch 0,2 Lohnprozente, sowie eine einmalige Grundleistung für Mütter in bescheiden wirtschaftlichen Verhältnisse, finanziert durch allgemeine Bundesmittel.
- **18. Dezember 1998:** Die eidg. Räte nehmen das Bundesgesetz über die Mutterschaftsversicherung an.
- **13. Juni 1999:** Das Volk lehnt an der Urne das Bundesgesetz über die Mutterschaftsversicherung ab.
- **15. Juni 2001:** Der Bundesrat schickt zwei Vorschläge für einen bezahlten Mutterschaftsurlaub in die Vernehmlassung. Vorgeschlagen wird eine Regelung im Obligationenrecht. Die beiden Varianten unterscheiden sich in der Dauer des Lohnanspruchs.
- **20. Juni 2001:** Die von Pierre Triponez eingereichte parlamentarische Initiative «Revision Erwerbsersatzgesetz. Ausweitung der Erwerbsersatzansprüche auf erwerbstätige Mütter» fordert, anspruchsberechtigten Müttern während 14 Wochen eine Erwerbsersatzentschädigung zu gewähren. Die Grundentschädigung soll 80 % des Einkommens, welches vor dem Erwerbsausfall erzielt wurde, betragen.

Der parlamentarischen Initiative Triponez gingen seit der letzten Ablehnung der Mutterschaftsversicherung vom 13. Juni 1999 eine Reihe anderer parlamentarischer Vorstösse zum gleichen Thema voraus. Zum Ausdruck kam, dass eine grosse Mehrheit der politischen Kräfte darauf drängte, rasch eine Lösung für den noch nicht eingelösten Verfassungsauftrag zu finden. Die Meinungen über die Ausgestaltung gingen allerdings weit auseinander. Die Vorschläge reichten von einer Lösung nach dem Obligationenrecht (OR) bis zu einer reinen Versicherungslösung.

Auch die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates reichte eine Motion «Mutterschaftsschutz und Mischfinanzierung» ein, die von beiden Räten überwiesen wurde. Das Modell sah dabei einen 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub vor, wobei die ersten 8 Wochen durch Lohnfortzahlungen des Arbeitgebers abgedeckt gewesen wären und die restlichen 6 Wochen durch die Erwerbsersatzordnung. Der Bundesrat lehnte indessen zu diesem Zeitpunkt eine Lösung mit Versicherungscharakter ab. Im Juni 2001 schickte er deshalb zwei Vorschläge für die Revision des OR in die Vernehmlassung. Die vom Bundesrat vorgeschlagene OR-Lösung stiess in der Vernehmlassung allerdings auf breite Ablehnung. Insbesondere die Arbeitgeber wehrten sich dagegen, alleine die Kosten für den Mutterschaftsurlaub übernehmen zu müssen. Der Bundesrat hat schliesslich die Vorlage für eine reine OR-Lösung zugunsten der parlamentarischen Initiative Triponez zurückgestellt.

Entschädigungen für Dienstleistende verbessern

Gleichzeitig mit der Einführung des bezahlten Mutterschaftsurlaubes werden Lohnersatz und Entschädigungen von Dienstleistenden (Militär- und Zivildienst, Zivilschutz) verbessert sowie die EO-Leistungen an die Armee XXI und die Bevölkerungsschutzreform angepasst. Im Sinne einer Gleichstellung sowie einer Harmonisierung der Taggelder mit dem Unfall- und Invalidenversicherungsgesetz wird die Entschädigung der Dienstleistenden von 65 auf 80 % des massgebenden Erwerbseinkommens angehoben. Ausgenommen sind die Rekruten sowie Zivildienstleistende während einer ersten Dienstzeit, die der Länge der Rekrutenschule entspricht. Die Kosten für diese Verbesserungen belaufen sich auf 92 Mio. Franken.

Jörg Reinmann

Erhöhung der Grundentschädigung von 65 auf 80 % (Art. 10 Abs. 1)

Mit der auf den 1. Juli 1999 in Kraft getretenen 6. Revision über die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz wurde namentlich die Grundentschädigung zivilstandsunabhängig ausgestaltet und auf 65 % des vordienstlichen Einkommens festgelegt sowie eine Zulage für Kinderbetreuungskosten eingeführt und die Entschädigungssätze angehoben. Mit der Umsetzung der parlamentarischen Initiative Triponez wird nun die Entschädigung für Dienstleistende¹ allgemein auf 80 % des vordienstlichen Erwerbseinkommens angehoben. Sowohl für Normal- als auch für Beförderungsdienste gelten künftig die gleichen allgemeinen Entschädigungsansätze. Die Mindestentschädigung hat dabei für kinderlose Dienstleistende mindestens 54 und höchstens 172 Franken pro Tag zu betragen. Für Personen im Gradänderungsdienst beträgt die tägliche Grundentschädigung mindestens 97 Franken².

Von der Erhöhung der Grundentschädigung für Dienstleistende profitiert auch die Wirtschaft. Dies ist überall dort der Fall, wo der Arbeitgeber aufgrund vertraglicher Bestimmungen (z.B. GAV) die Differenz zwischen der EO-Entschädigung und dem ordentlichen Lohn übernimmt, oder wenn der Arbeitgeber aufgrund der obligationenrechtlichen Bestimmungen dem Arbeitnehmer die Differenz zwischen der EO-Entschädigung und 80 % des vor der Dienstleistung bezogenen Lohnes zu zahlen hatte³.

Reduktion der Kinderzulage auf 8 % (Art. 13)

Nach dem heutigen Recht⁴ beträgt die Kinderzulage 20 % des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung für das 1. Kind und 10 % für alle weiteren Kinder (d.h. 43 Fr. bzw. 22 Fr./Tag). Sofern nun die gegenwärtige Höhe der Kinderzulage auch bei einer Grundentschädigung von 80 % des massgebenden Verdienstes beibehalten worden wäre, so wären Personen mit Kindern in den meisten Fällen in den Genuss eines 100 % igen Erwerbsersatzes gelangt. Um eine solche weitreichende Überkompensation zu vermeiden, welche die Ausgaben um ca. 21 Millionen Franken erhöht hätte, hat das Parlament beschlossen, die Kinderzulage auf 8 % des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung zu senken, d.h. auf 18 Franken pro Tag und Kind, und die Abstufung nach Kinderzahl somit aufzuheben.

Erhöhung der Rekrutenentschädigung (Art. 9 Abs. 1)

Mit dem In-Kraft-Treten der Armee XXI wurde für das Gros der Rekruten die Rekrutenschule von 15 auf 21 Wochen verlängert. Kinderlose Rekruten erhalten zur Zeit eine einheitliche Grundentschädigung von 43 Franken pro Tag⁵ und zwar unabhängig davon, ob sie vor dem Einrücken eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben. Das Parlament war sich bewusst, dass dieser Betrag nicht mehr den heutigen Gegebenheiten von jungen Leuten entspricht. Gemäss Jahresbericht 2003 des Sozialdienstes der Armee hat ein Sechstel aller Rekruten während der Rekrutenschule finanzielle Probleme und ist auf die Hilfe des Sozialdienstes der Armee angewiesen. Durch eine Anhebung des Mindestsatzes auf 25 % der Gesamtentschädigung kann die finanzielle Situation der kinderlosen Rekruten wesentlich verbessert werden. Der Einheitsbetrag für kinderlose Rekruten wird neu 54 Franken im Tag bzw. 1620 Franken im Monat betragen. Daneben erhalten sie Sold und freie Verpflegung.

Rekruten mit Unterstützungspflichten gegenüber Kindern erhalten weiterhin eine aufgrund des vor-

1 Davon ausgenommen sind kinderlose Stellungspflichtige, Rekruten, Schutzdienstleistende während der Grundausbildung sowie Zivildienstleistende während der Anzahl anrechenbaren Dienstage, die der Dauer einer Rekrutenschule entspricht. Sie haben generell Anspruch auf die Einheitsentschädigung von 54 Franken pro Tag.

2 Davon ausgenommen sind Durchdiener-Unteroffiziere. Sie haben nach der Grundausbildung bis am Ende der Dienstleistung mindestens Anspruch auf eine Grundentschädigung von 80 Franken pro Tag.

3 Vgl. Art. 324a Abs. 1 und 324b Abs. 2 OR

4 Seit 1. Juli 1999, Einführung der 6. EO-Revision

5 20 % des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung

6 Zuzüglich max. 2 Tage für Eignungs- und Fachprüfung, also maximal fünf Tage

dienstlichen Einkommens bemessene Grundentschädigung zuzüglich Kinderzulage.

Entschädigungsanspruch für Stellungspflichtige

(Art. 1a Abs. 2bis)

Im Rahmen der Armeereform XXI wurde die bisherige Aushebung der Stellungspflichtigen modernisiert. An die Stelle der eintägigen Aushebung ist neu eine umfassendere Rekrutierung getreten, die bis zu drei Tage dauern kann⁶. Die Stellungspflichtigen werden am Ende ihrer Rekrutierung entweder der Armee oder dem Zivilschutz zugeteilt bzw. zum Zivildienst zugelassen oder für dienstuntauglich erklärt. Die Rekrutierungstage werden neu an die Gesamtdienstleistungspflicht angerechnet und auch besoldet. Hinsichtlich des Entschädigungsanspruchs sind sie den Rekruten gleichgestellt, d.h. die Einheitsentschädigung wird wie bei den Rekruten 54 Franken pro Tag betragen.

Entschädigung für Durchdienerkader (Art. 16)

Im Rahmen der Armeereform XXI wurde ein neues Dienstleistungsmodell eingeführt. Künftig kann die Ausbildungspflicht auch ohne Unterbrechung erfüllt werden (sog. Durchdiener). Der Dienst am Stück kann entweder als Soldat oder als Durchdiener-Unteroffizier absolviert werden. Die geltende gesetzliche Ordnung hätte dazu geführt, dass die Durchdiener-Unteroffiziere entschädigungsmässig starken Schwankungen ausgesetzt gewesen wären. Bei Durchdienerkadern mit tiefen vordienstlichen Einkommen oder bei Studenten hätte dies dazu führen können, dass die Entschädigung während des Ausbildungsdienstes höher gewesen wäre als in der Phase beim anschliessenden Normaldienst.

Die Durchdiener-Unteroffiziere erhalten nun neu nach beendigter Grundausbildung eine lineare Mindestentschädigung. Dabei werden aber die Durchdienerkader nicht besser gestellt als Personen, die ihre Dienstleistung nicht zusammenhängend absolvieren. Der Mindestsatz der Entschädigung für Durchdiener-Unteroffiziere wurde daher aufgrund der Summe der Mindestentschädigungen berechnet, die einem Durchdiener bis Ende der Dienstleistung für die einzelnen Dienstabschnitte (Unteroffizierschule, Abverdienen und Normaldienst) zustehen würde.

Gleichstellung der Schutzdienstleistenden während der Grundausbildung mit den Rekruten (Art. 9 Abs. 4)

Nach dem neuen Bevölkerungsschutzgesetz erfolgt die Rekrutierung der Schutzdienstpflichtigen zusammen mit der Armee. Nach erfolgter Zuweisung zum Zivilschutz haben die Schutzdienstpflichtigen neu eine Grundausbildung von mindestens zwei bis längstens drei Wochen zu absolvieren. Im Sinne einer Rechtsgleichheit wird bei Schutzdienstpflichtigen während der Dauer der Grundausbildung die Entschädigung für Re-

kruuten zur Ausrichtung gelangen. Zivildienstleistende, die keine Rekrutenschule absolviert haben, werden nämlich während der Anzahl Tage des Zivildienstes, die der Dauer einer Rekrutenschule entspricht (18 bzw. 21 Wochen), entschädigungsmässig auch den Rekruten gleichgestellt. Eine Ausnahme bilden Schutzdienstleistende, die Kinder haben. Bei ihnen bemisst sich die Entschädigung wie bei den Rekruten und Zivildienstleistenden mit Kindern nach dem vordienstlichen Erwerbseinkommen.

Anpassung des Mindestbetrages der Grundentschädigung

(Art. 16 Abs. 3 Bst. a)

Mit der Erhöhung der Entschädigung für Rekruten wird auch der Mindestbetrag der Grundentschädigung angehoben. Würde nämlich nur die Entschädigung für Rekruten angepasst, so würde dies dazu führen, dass Nichterwerbstätige (z.B. Studenten) während der Rekrutenschule besser entschädigt würden als während den nachfolgenden Dienstzeiten. Der Mindestbetrag der Grundentschädigung wird daher gleich wie die Entschädigung für Rekruten von 20 (Fr. 43.–/Tag) auf 25 % (Fr. 54.–/Tag) des Höchstbetrages der Gesamtentschädigung angehoben.

Mindest- und Höchstbetrag (Art. 16)

Der Höchstbetrag der Gesamtentschädigung wird beim heutigen Stand von 215 Franken pro Tag belassen. Somit beträgt die Minimalentschädigung für Beförderungsdienste von Personen ohne Kinder wie heute schon 97 Franken pro Tag (45 % des Höchstbetrages) und der Höchstbetrag der Grundentschädigung 172 Franken. Bei Dienstleistenden mit einem Kind ergeben sich wegen der Herabsetzung der Kinderzulagen bei gewissen Einkommensklassen trotz der Erhöhung der Grundentschädigung gegenüber dem heutigen Recht leicht geringere Entschädigungen. Die Erwerbsersatzquote beträgt aber in diesen Fällen immer noch über 90 %.

Übergangsrecht

Von der Erhöhung der Grundentschädigung und der Entschädigung für Rekruten sollen nach dem Übergangsrecht auch Dienstleistende profitieren, deren Dienstleistung beim In-Kraft-Treten der neuen Bestimmungen noch nicht beendet ist. Sämtliche Dienstleistende, die bei In-Kraft-Treten der neuen Bestimmungen in einer nicht abgeschlossenen Dienstleistung stehen, erhalten ihre Entschädigung nach dem neuen Recht.

Finanzielle Auswirkungen der Entschädigungserhöhung für Dienstleistende

Beträge in Millionen Franken	Basis 2004, zu Preisen von 2002
Massnahmen für Dienstleistende	
Grundentschädigung 80 % Normaldienst	69
Grundentschädigung 80 % Gradänderungsdienst	14
Senkung der Kinderzulagen	-21
Anhebung der Ansätze für Rekruten	26
Anhebung des Minimums	4
Total	92

Aktuelle Regelung für Dienstleistende

Die Durchführung der Erwerbsersatzordnung in Zusammenarbeit von Ausgleichskassen, Armee und Arbeitgebern funktioniert seit Jahren, ja Jahrzehnten derart problemlos, dass die EO kaum je Gegenstand öffentlicher Diskussionen war. Dies darf nicht als selbstverständlich betrachtet werden. Wer weiss heute noch, dass die AHV-Ausgleichskassen aus den Lohn- und Verdienstaussgleichskassen (LVEO) für Wehrmänner hervorgegangen sind, dass also die LVEO der AHV als Modell ihrer Organisationsstruktur gedient hat? Die AHV hat heute die EO an Grösse und Bedeutung weit überflügelt. Dennoch hat die EO der «Schwester AHV» grosse Geburtshelferdienste geleistet.

Jörg Reinmann

Vorgängerin der Erwerbsersatzordnung war die LVEO, die während des Zweiten Weltkrieges eingeführt wurde. Nach Beendigung des Aktivdienstes wurden die Einnahmenüberschüsse der LVEO auf Ende 1947 acht verschiedenen Fonds zugeführt. Der grösste Betrag wurde der AHV vermacht, die auf den 1. Januar 1948 eingeführt wurde. Weitere Beträge wurden dem Fonds für den Wehrmannschutz zugeführt, für den Familienschutz, für die Arbeitslosenfürsorge, für die Beihilfenordnung, für die Unterstützung von Hilfseinrichtungen für das Gewerbe und dem Fonds für den Wohnungsbau. Das heutige Bundesgesetz über die Erwerbsersatzordnung ist am 1. Januar 1953 in Kraft getreten.

Sinn und Zweck der Entschädigung

Die Erwerbsersatzordnung für Dienstleistende in Armee, Zivildienst und Zivilschutz kompensiert den Verdienstaussfall für die Zeit, in der Mann oder Frau im Militär, Zivildienst oder Zivilschutz Dienst leistet. Bei der EO-Entschädigung handelt es sich weder um eine Vergütung als Entgelt für die Dienstleistung oder ausgeübte Funktion noch um eine Erstattung der entstandenen Auslagen der Dienst leistenden Person, sondern um den Ersatz des ausgefallenen Verdienstes aus einer Erwerbstätigkeit.

Wer ist versichert?

Wer in der Schweizer Armee Dienst leistet (militärischer Frauendienst, Rotkreuzdienst und Hilfsdienste eingeschlossen), Zivil- oder Schutzdienst leistet, an eidgenössischen und kantonalen Leiterkursen für «Jugend + Sport» oder an Jungschützenleiterkursen teilnimmt, hat Anspruch auf eine Entschädigung. Die Leistungen der EO kommen auch denjenigen zugute, welche vorher nicht im Berufsleben standen oder gar im Ausland wohnten.

Entschädigungsarten

Die EO gewährt neben einer Grundentschädigung auch Kinder-, Betreuungskosten- und Betriebszulagen.

Alle Dienstleistenden haben Anspruch auf eine **Grundentschädigung**, und zwar unabhängig von ihrem Zivilstand. Die Grundentschädigung beträgt zur Zeit 65 % des durchschnittlichen vordienstlichen Einkommens, welches unmittelbar vor dem Einrücken erzielt wurde. Im Minimum hat sie aber mindestens 43 Franken pro Tag zu betragen. Auf diesen Mindestbetrag haben alle Dienstleistenden Anspruch, auch Nichterwerbstätige (Studenten, Hausmänner etc.). Kinderlose Rekruten erhalten generell den Mindestbetrag von 43 Franken.

Im Gegensatz zur ALV, die nur an 5 Tagen pro Woche eine Entschädigung ausrichtet, zahlt die EO für jeden besoldeten Dienstag, d. h. auch für Samstage und Sonntage, eine Entschädigung aus.

Eine **Kinderzulage** erhält, wer für Kinder unter 18 Jahren – bzw. unter 25 Jahren für noch Auszubildende – sorgt. Die Kinderzulage ist nicht nur für eigene Kinder gedacht, sondern auch für Pflegekinder und aussereheliche Kinder, für welche die Dienst leistende Person Unterhaltsbeiträge zahlt. Die Kinderzulage beträgt für das erste Kind 43 Franken und für jedes weitere 22 Franken. Die Kinderzulagen können nicht in jedem Fall vollumfänglich ausgerichtet werden. Unter Umständen müssen sie gekürzt werden, wenn das massgebende Einkommen pro Tag überstiegen wird.

Wenn bei Diensten von mindestens zwei aufeinanderfolgenden Tagen **zusätzliche Kosten in der Kinderbetreuung** entstehen, werden diese nach dem ausgewiesenen Betrag **vergütet**. Die Dienst leistende Person muss mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren in einem gemeinsamen Haushalt leben. Das Geld wird zusätzlich zur Kinderzulage direkt an die Dienst leistende Person ausgerichtet. Vergütet werden die tatsächlichen Kosten, höchstens aber durchschnittliche 59 Franken pro Dienstag.

Nicht vergütet werden aber Einkommensverluste, die bei Dritten entstehen (z.B. Ehepartner), weil diese die Kinder während des Dienstes betreuen.

Eine **Betriebszulage** erhalten Dienstleistende, welche die Kosten eines Betriebs tragen (Geschäftsräume usw.) und den überwiegenden Teil ihres Einkommens aus einer selbständigen Erwerbstätigkeit erzielen. Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten die Betriebszulage auch Familienmitglieder, wenn sie hauptsächlich im familieneigenen Landwirtschaftsbetrieb tätig sind.

Die Betriebszulage beträgt 59 Franken pro Dienstag.

Begrenzung der Gesamtentschädigung

Bei Erwerbstätigen darf die Gesamtentschädigung (Grundentschädigung und Kinderzulage) das durchschnittliche vordienstliche Erwerbseinkommen, auf jeden Fall aber 215 Franken pro Tag, nicht übersteigen. Bei Nichterwerbstätigen darf die Gesamtentschädigung 108 Franken und während Beförderungsdiensten 151 Franken pro Tag nicht übersteigen.

Betriebszulage und Zulage für Betreuungskosten werden zusätzlich zur Gesamtentschädigung ausgerichtet.

Kosten und Finanzierung des gesamten Reformpakets

Die Kosten des gesamten Reformpakets belaufen sich auf 575 Mio. Franken pro Jahr. Die Ausgaben für die Einführung des bezahlten Mutterschaftsurlaubs betragen dabei 483 Mio. Franken, jene für die Erhöhung der Entschädigung für Dienstleistende 92 Mio. Franken. Während der ersten zwei bis drei Jahre nach In-Kraft-Treten der EO-Revision werden die Mehrausgaben aus den Reserven des EO-Fonds finanziert. Später sollen die EO-Beitragssätze in zwei Schritten um je ein Lohnpromille angehoben werden.

Jörg Reinmann

1. Kosten für den heutigen Mutterschaftsurlaub

1.1 Unterschiedliche Belastungen der verschiedenen Branchen

Die Kosten, die der Wirtschaft heute aus der Ausrichtung bezahlter Mutterschaftsurlaube erwachsen, variieren von Branche zu Branche sehr stark. Zur Beurteilung der heutigen Belastung der verschiedenen Branchen hat das Büro BASS in den Jahren 1997 und 1999 zwei Studien erstellt. Die Berechnungen basieren namentlich auf den Durchschnittslöhnen, der Anzahl Er-

werbstätiger in den einzelnen Branchen, den Geburtenziffern und den aufgrund der geltenden Regelung (GAV oder OR) in den jeweiligen Branchen ausgerichteten Leistungen. Die geschätzten Kosten der Arbeitgeber werden jeweils in Prozent der Lohnsumme angegeben. Der volkswirtschaftliche Durchschnitt zuunterst auf der Tabelle basiert auf den letzten Berechnungen des BSV und schliesst auch die gesamten heutigen Leistungen mit ein.

Nach der Umsetzung der revidierten Erwerbsersatzordnung werden sich die Aufwendungen für Mutterschaftsentschädigungen für sämtliche Branchen auf 0,08 Prozent der Lohnsumme belaufen.

1.2 Was wird heute für den bezahlten Mutterschaftsurlaub aufgewendet?

Die heutigen Kosten der Lohnfortzahlung bei Mutterschaft betragen 453 Mio. Franken oder 0,16 % der Lohnsumme (Bezugsjahr 2004 zu Preisen von 2002). In diesem Betrag sind allerdings auch Leistungen enthalten, die für einen Mutterschaftsurlaub von mehr als 14 Wochen (42 Mio. Franken) bezahlt werden, sowie Mutterschaftsentschädigungen, die nicht plafoniert sind oder die während der ersten 14 Wochen 80 % übersteigen (29 Mio. Franken). Unter Berücksichtigung der Leistungen, die einer Höchstdauer von 14 Wochen zu 80 % des versicherten Lohnes entsprechen oder darunter liegen, belaufen sich die Kosten auf 382 Mio. Franken (453-42-29=382). Das entspricht 0,14 % der Lohnsumme. Die meisten der einem GAV unterstellten Betriebe sowie die Unternehmen, die es vermeiden möchten, die Gesamtkosten der gemäss OR vorgesehenen Leistungen zu tragen, decken in der Regel die Lohnfortzahlung mit einer Kollektivversicherung ab. Bei solchen Verträgen übertragen die Arbeitgeber einen variablen Anteil der entsprechenden Kosten auf die Arbeitnehmenden. Gemäss einer vom Büro BASS¹ im Jahr 1999 durchgeführten Studie beläuft sich der von den Beschäftigten übernommene Anteil gesamthaft auf 7,5 %. Ausgehend von der Schätzung der AHV-pflichtigen Einkommen im Jahr 2004 (Gesamtsumme von 277 Mrd. Franken zu Preisen von 2002, in der Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Erwerbstätigkeit eingeschlossen sind), kann man eine Übersichtstabelle der Verteilung der von den Arbeitgebern und den Erwerbstätigen getragenen Kosten erstellen.

Übersicht: Unterschiedliche Belastung der Wirtschaftszweige 1

	in % der Lohnsumme
Privatsektor	
Coiffeure	0,51
Uhrenindustrie	0,25
Detailhandel	0,24
Banken	0,23
Gastgewerbe und Hotellerie	0,15
Maschinen	0,08
Baugewerbe	0,01
Öffentlicher Sektor	
Gemeinden	0,40
Kantone	0,34
Bund	0,12
Landesdurchschnitt	0,15

Quellen: BASS 97 (privater Sektor), BASS 99 (öffentlicher Sektor), BSV (Landesdurchschnitt)

¹ Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien, Bern

1.3 Künftige Kosten des Mutterschaftsurlaubes

Die Kosten für die Einführung eines einheitlichen Lohnersatzes für erwerbstätige Mütter, welche über die Erwerbersatzordnung mittels paritätischen Lohnbeiträgen finanziert werden, betragen jährlich rund 483 Mio. Franken oder ungefähr 0,18 % der Lohnsumme. Gegenüber der Vergleichsbasis nach dem geltenden System ergeben sich damit Mehrkosten in Höhe von 101 Mio. Franken, was lediglich 0,04 % der Lohnsumme entspricht. Diese Mehrkosten resultieren aus der Verbesserung der Leistungen für alle Frauen, deren Anspruch auf Mutterschaftsurlaub derzeit weniger als 14 Wochen beträgt.

Zur Finanzierung der Mutterschaftsentschädigung tragen nicht nur die Erwerbstätigen mittels paritätischen Lohnbeiträgen bei, sondern auch die Selbständig-erwerbstätigen und die Nichterwerbstätigen. Der Anteil der Unselbständig- und der Selbständigerwerbenden an der Finanzierung des Mutterschaftsurlaubes von derzeit 29 Millionen Franken würde sich auf etwa 266 Millionen Franken erhöhen, was einer Zunahme von 237 Mio. Franken entspricht. Der Beitrag der vom Entschädigungsanspruch ausgeschlossenen Nichterwerbstätigen ist bescheiden, weshalb er vernachlässigbar ist.

2. Ausgaben für die Dienstleistenden

2.1 Heutige Ausgaben für Dienstleistende

Die Ausgaben in der EO hängen im Wesentlichen von der Höhe der Entschädigung und von der Anzahl geleisteter Dienstage ab. Im Jahr 2003 wurden in der Armee 6 511 000, im Zivilschutz 484 000 und im Zivildienst 299 000 Dienstage geleistet. Die Ausgaben der EO haben gegenüber dem Vorjahr um 11 Mio. Franken auf 703 Mio. Franken zugenommen².

Bisher konnten nur ganz wenige Frauen Leistungen aus der EO beziehen. Im Jahr 2003 erhielten 312 278 Männer EO-Entschädigungen in der Höhe von 696,8 Mio. Franken. Dem standen insgesamt 6098 Frauen gegenüber, die 6,2 Mio. Franken bezogen. (4037 Jugend+Sport; 1106 Armee; 927 Zivilschutz; 28 Jungschützenleiterkurs).

2.2 Ausgabenentwicklung bei den Dienstleistenden

Mit der Einführung der Armee XXI können in der EO voraussichtlich Einsparungen in der Grössenordnung von 113 Mio. Franken getätigt werden. Diese Einsparungen sind zum grossen Teil darauf zurückzuführen, dass künftig der obligatorische Militärdienst in einem Alter absolviert wird, in welchem die Dienstleistenden noch am Anfang ihrer Lohnkarriere stehen.

² vgl. CHSS 2/2004 S. 102

Übersicht: Heutige Kosten für bezahlte Mutterschaftsurlaube

2

Bezugsjahr 2004, zu Preisen von 2002

Kosten des Mutterschaftsurlaubes	Verteilung		
	Total	Arbeitgeber	Angestellte und Selbständig-erwerbende
Geltende Regelung			
– in Millionen Franken	382	353	29
– in % der Lohnsumme	0,14	0,13	0,01
Kosten gemäss Vorlage			
– in Millionen Franken	483	217	266
– in % der Lohnsumme	0,18	0,08	0,10
Unterschied			
– in Millionen Franken	101	–136	237
– in % der Lohnsumme	0,04	–0,05	0,09

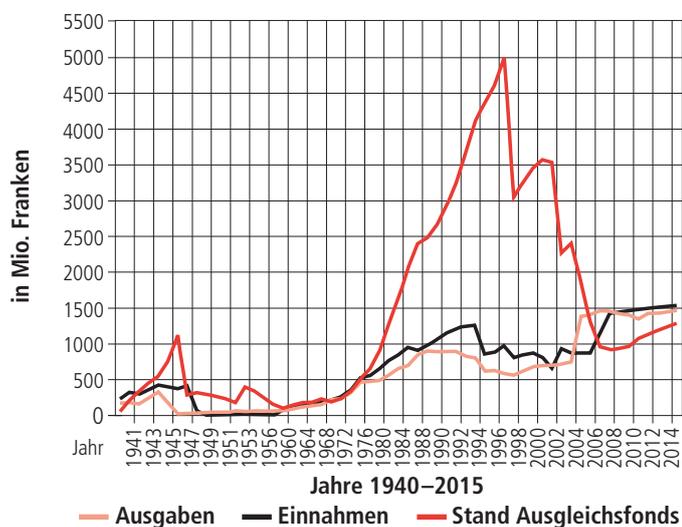
(Quelle: Bericht SGK-N vom 3.10.2002)

Aber auch die verlängerte militärische Grundausbildung (von 15 Wochen auf 18 bzw. 21 Wochen) führt zu Kosteneinsparungen in der EO, zumal die Dienstleistenden während dieser Zeit in der Regel lediglich Anspruch auf die Mindestentschädigung haben. Berücksichtigt sind dabei auch die Mehrausgaben, die sich bei Dienstleistenden ergeben, welche eine militärische Karriere anstreben und dadurch eine verkürzte Grundausbildung absolvieren. Die durch die Armee XXI verursachten Einsparungen in der EO werden allerdings erst ab dem Jahr 2010 voll zum Tragen kommen. Anfänglich werden nämlich die Ausgaben in der EO vorübergehend sogar ansteigen, da Angehörige der Armee, die ihre militärische Karriere gemäss Armee 95 begonnen haben, infolge der Umstellung vom zweijährlichen auf den jährlichen WK-Rhythmus noch Dienstage abzutragen haben.

Bei der Analyse der heutigen und der künftigen Kosten je Branche gilt es im Auge zu behalten, dass die Wirtschaft auch von der Erhöhung der Grundentschädigungen für Dienstleistende in Armee und Zivilschutz profitiert (dies ist überall dort der Fall, wo der Arbeitgeber die Differenz zwischen der EO-Entschädigung und dem ordentlichen Lohn übernimmt). Im Gegensatz zu den Mutterschaftsentschädigungen werden von dieser Entlastung primär jene Branchen profitieren, die hauptsächlich junge, dienstpflichtige Männer beschäftigten. Unter Berücksichtigung dieser Entlastungen werden die Mehrkosten der revidierten Erwerbersatzordnung z.B. für das Baugewerbe wesentlich tiefer ausfallen, als dies auf den ersten Blick den Anschein macht (wenn es überhaupt noch zu einer Mehrbelastung kommt). Die Maschinenindustrie kann wegen der Er-

EO-Finanzhaushalt

3



höhung der Grundentschädigungen gar mit einer Entlastung rechnen.

3. Entwicklung des Finanzhaushaltes in der LVEO bzw. der (ab 1953) EO

Die Bezugsberechtigung und die Beitragspflicht für Dienstleistende begannen am 1. Februar 1940. Dies ist ein historisches Datum, begann doch damit das System zu funktionieren, welches die Grundlage bildete für die spätere Entwicklung der Sozialen Sicherheit in der Schweiz – insbesondere für die AHV³. In der nebenstehenden Grafik ist der Finanzhaushalt der Jahre 1940 bis 2015 aufgeführt.

In der Zeit zwischen 1940 und 1947 wurden total 1,27 Mrd. Franken an Lohn- und Verdienstausschädigungen bezahlt. Dennoch befanden sich im Jahr 1947 im Ausgleichsfonds der LVEO rund eine Mrd. Franken. Diese Reserven wurden dazu verwendet, acht verschiedene Fonds zu öffnen, weshalb sich das Vermögen des Ausgleichsfonds auf den 1. Januar 1948 stark verminderte. Den grössten Betrag von 400 Mio. Franken vermachte das Parlament dabei der auf den 1. 1. 1948 in Kraft getretenen AHV als Reserve für die Beitragsleistungen von Bund und Kantonen. Aufgrund des nach wie vor gut dotierten LVEO-Fonds verzichtete der Bundesrat zudem in der Folge auf eine Beitragserhebung während der Jahre 1948-1959, dies auch nach dem In-Kraft-Treten der heutigen Erwerbersatzordnung im Jahr 1953. Weil der Bund 200 Mio. Franken plus Zinsen an den EO-Fonds überwies, die er 1947 für die Beitragserleichterung an die AHV reserviert hatte, gingen

Bundesrat und Parlament davon aus, dass die auf insgesamt rund 420 Mio. Franken aufgestockten Reserven zur Finanzierung der EO während zwölf Jahren ausreichen würden. Im Zuge der ersten EO-Revision (1.1.1960) – gleichzeitig mit der Schaffung der Invalidenversicherung – wurde die Beitragspflicht wegen der inzwischen doch stark abgebauten EO-Reserven wieder eingeführt. Zwischen dem 1. Januar 1964 und dem 1. Juli 1999 fanden fünf weitere EO-Revisionen statt, mit welchen das Entschädigungssystem ausgebaut und die Entschädigungen an die Einkommensentwicklungen angepasst wurden. Ab Anfang Achtzigerjahre stieg das Fondsvermögen aufgrund der anhaltenden Hochkonjunktur und des 1975 eingeführten Beitragssatzes von 1,2 % stark. Weil der EO-Fonds auch nach zweimaliger Senkung des Beitragssatzes von 1,2 auf 0,3 % weiterhin massiv überfinanziert war, stimmten die eidg. Räte zwei Kapitaltransfers zu, um die Schulden der IV abzubauen. Ein erster Transfer in der Höhe von 2,2 Mrd. Franken fand 1998 statt, ein weiterer von 1,5 Mrd. Franken im Jahr 2003. Zur Zeit befinden sich noch rund 2,3 Mrd. Franken im Fonds der EO, was 3,2 Jahresausgaben der EO entspricht. In der Grafik wird davon ausgegangen, dass die Revision der Erwerbersatzordnung auf den 1. Januar 2005 in Kraft tritt. Damit der Fonds nach wie vor die gesetzlichen Reserven von einer halben Jahresausgabe aufweist, müsste im Jahr 2007 der Beitragssatz auf 0,4 % und im Jahr 2008 auf 0,5 % angehoben werden.

4. Entwicklung des Beitragssatzes in der Lohn- und Verdienstersatzordnung bzw. ab 1953 der Erwerbersatzordnung

Nach den gesetzlichen Bestimmungen⁶ ist es Sache des Bundesrates, die Höhe der EO-Beiträge festzusetzen, soweit diese 0,5 % des Erwerbseinkommens nicht übersteigen. Da der Beitragssatz gegenwärtig 0,3 % beträgt, wird die für die finanzielle Absicherung der Vorlage nötige Beitragserhöhung den dem Bundesrat eingeräumten Spielraum nicht überschreiten. Die Be-

3 Aus der Geschichte der AHV, ZAK 1979

4 Die Beiträge waren z.B. nach Erwerbzweigen verschieden, bestehend aus einem festen Grundbetrag und einem individuellen, nach ländlichen, halbstädtischen und städtischen Verhältnissen abgestuften Betrag.

5 Ende 1947 befanden sich noch knapp 300 Mio. Franken im Ausgleichsfonds. Aufgrund des gut dotierten Ausgleichsfonds und mit Rücksichtnahme auf die mit dem Aufbau der AHV-Organisation stark belasteten Ausgleichskassen beschloss der Bundesrat, auf die Erhebung von Beiträgen zu verzichten.

6 Artikel 27 EOG

7 64,5% des tatsächlichen jährlichen Arbeitsvolumens wurden im Jahr 2000 von Männern geleistet, deren jährliches Brutto-Erwerbseinkommen jenes der Frauen um knapp 30% übersteigt.

Jahre	Beiträge der Versicherten bzw. der Wirtschaft	Beiträge der öffentlichen Hand	4
1940–1947	Lohnersatzordnung: je 2 % Verdienstersatzordnung: verschiedene Regelungen ⁴ Studienausfallordnung (ab 1.7. 1945): 10 Fr./Semester	– Lohnersatzordnung: 1940–30.6.1941 gleicher Betrag wie Arbeitgeber/Arbeitnehmer zusammen; 1.7.1941–1947 50 % der Aufwendungen – Verdienstersatzordnung Gewerbe: 50 % der Aufwendungen – Verdienstersatzordnung Landwirtschaft 60 % der Aufwendungen	
1948–1959	keine Beiträge ⁵	keine Beiträge	
1960–5.1975	je 0,4 %	keine Beiträge	
6.1975–1987	je 0,6 %	keine Beiträge	
ab 1988	je 0,5 %	keine Beiträge	
ab 1995	je 0,15 %	keine Beiträge	
ab 2007	je 0,2 %	keine Beiträge	
ab 2008	je 0,25 %	keine Beiträge	

schlüsse zur Erhöhung der Beitragssätze wird der Bundesrat erst dann fällen, wenn die zusätzlichen Mittel auch tatsächlich beansprucht werden, d.h. wenn der Fondsstand unter den Betrag einer halben Jahresausgabe fällt. Diese Vorgehensweise ist sinnvoll und zweckmässig, gibt sie doch dem Bundesrat die Möglichkeit, allfällige Veränderungen und neueste Entwicklungen in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen.

5. Frauen haben solidarisch Beiträge in die EO bezahlt

Frauen bezahlten seit der In-Kraft-Setzung des EOG im Jahr 1953 EO-Beiträge auf ihren Erwerbseinkommen. Seit 1983, als zum ersten Mal detaillierte Auswertungen bezüglich AHV/IV/EO-pflichtigen Einkommen vorgenommen wurden, wurden von den Frauen Beiträge in der Höhe von total 4,75 Milliarden Franken bezahlt. Dies entspricht 27 % der gesamten Beitragssumme an die EO (17,6 Milliarden Franken). Im Jahr 1983 wurden von den Frauen 179 Millionen Franken bezahlt (24 % der gesamten Beitragssumme). Die Beiträge werden heute zu rund 70 % auf Einkommen männlicher Versicherter geleistet und zu ca. 30 % auf Einkommen weiblicher Versicherter⁷. Nachdem die weiblichen Versicherten jahrzehntelang mehr Beiträge in die EO einbezahlt haben als dass Entschädigungen an sie ausgerichtet wurden, wird sich dieses Verhältnis in Zukunft leicht zu Gunsten der Frauen verschieben.

6. Ausgaben der EO im Verhältnis zu den Ausgaben aller Sozialversicherungen

Die heutigen Ausgaben in der EO nehmen im Vergleich mit den Ausgaben aller Sozialversicherungen in der Schweiz einen verschwindend kleinen Teil ein. Im Jahr 2001 hatte die EO Ausgaben in der Höhe von 694 Mio. Franken zu verzeichnen. Demgegenüber betragen die Ausgaben aller Sozialversicherungen 106 Milliarden. Die EO-Ausgaben für Dienstleistende entsprechen heute knapp 0,7 % sämtlicher Ausgaben aller Sozialversicherungen. Die Ausgaben allein für den bezahlten Mutterschaftsurlaub würden sich auf knapp 0,5 % sämtlicher Ausgaben aller Sozialversicherungen belaufen.

Lohnbeiträge der Frauen an die EO 1997 bis 2001 5

Jahr	Beitragssumme total Mio. Fr.	Davon von Frauen	Beitragssumme der Frauen Mio. Fr.
1997	667	28,4%	189
1998	681	28,6%	195
1999	702	28,9%	203
2000	734	28,8%	211
2001	774	30,2%	234

Quelle: Beitragssumme: Beitragsrechnung der EO
Anteil Beitragssumme Frauen: Einkommensstatistik

Internationaler Vergleich – Erwerbsersatz bei Mutterschaft in Europa



Claudina Mascetta
Geschäftsfeld Internationale
Angelegenheiten, BSV

Die nachstehende Tabelle enthält eine Übersicht über den Erwerbsersatz bei Mutterschaft in einigen europäischen Ländern. Alle Länder verfügen über ein obligatorisches System, das mindestens erwerbstätige Frauen deckt und meist auch über den gemeinschaftsrechtlich vorgeschriebenen Mutterschutz von 14 Wochen hinausgeht.

Land	Versicherter Personenkreis	Anspruchsvoraussetzungen	Mutterschaftsurlaub (in Wochen)	Höhe der Entschädigung
Belgien ¹	Arbeitnehmerinnen	6 Monate Beitragszeit vor dem Geburtstermin	15 (17 bei Mehrlingsgeburten)	82% des Lohnes (ohne Höchstgrenze) während der ersten 30 Tage, danach 75% des plafonierten Lohnes Maximum: 101 €/Tag
Dänemark	Erwerbstätige	ArbeitnehmerInnen: 120 Arbeitsstunden in den letzten 13 Wochen vor dem Mutterschaftsurlaub Selbständigerwerbende: 6 Monate Berufstätigkeit in den letzten 12 Monaten, davon einen Monat unmittelbar vor dem Mutterschaftsurlaub	18 für die Mutter, danach teilen sich die Eltern 32 weitere Wochen	ArbeitnehmerInnen: wird auf der Basis des Lohnes und der Anzahl Arbeitsstunden berechnet; Selbständigerwerbende: wird auf der Basis des Einkommens aus der selbständigen Tätigkeit berechnet Maximum: 3203 DKK/Woche (~641 CHF)
Deutschland	Arbeitnehmerinnen (obligatorische Versicherung bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze)	12 Wochen Versicherungszeit zwischen dem 10. und 4. Monat vor der Geburt	14 (18 bei Mehrlings- oder Frühgeburten)	Maximum: 13 €/Tag. Der Arbeitgeber übernimmt die Differenz bis zum vollen Durchschnitts-Nettolohn der letzten 13 Wochen.

¹ Sondersystem für Selbständigerwerbende

Finnland	Wohnbevölkerung	Wohnsitz in Finnland während den letzten 180 Tagen vor dem Geburtstermin	105 Tage	Erwerbstätige: 70% des Einkommens, wenn das jährliche Einkommen zwischen 1026 und 26 720 € beträgt; 40% davon, wenn das Jahreseinkommen zwischen 26 721 und 41 110 € liegt und 25% bei einem Jahreseinkommen von über 41 110 €. Nicht Erwerbstätige mindestens 11 €/Tag
Frankreich ²	Arbeitnehmerinnen	10 Monate Versicherungszeit unmittelbar vor dem Geburtstermin sowie 200 Arbeitsstunden in den letzten 3 Monaten vor der Schwangerschaft oder Beitragszahlungen auf einem Lohn von mindestens 7298 € in den letzten 6 Monaten vor der Schwangerschaft	16 (18 bei einer problematischen Schwangerschaft, 26 für das 3. Kind, 34 bei Zwillingen, 46 bei Mehrlingsgeburten)	100% des Nettolohnes Minimum: 8 €/Tag Maximum: 66 €/Tag
Griechenland ³	Arbeitnehmerinnen	200 Versicherungstage in den letzten zwei Jahren vor dem Geburtstermin	119 Tage	Ca. 100% des letzten Lohnes. Höchstbetrag bei 4 unterhaltsberechtigten Personen; z.B. 56 €/Tag
Irland	Erwerbstätige	Arbeitnehmerinnen: grundsätzlich 39 Wochen Beitragszeit in den letzten 12 Monaten vor dem Mutterschaftsurlaub. Selbständigerwerbende: 52 Wochen Beitragszeit im letzten oder vorletzten vollständigen Steuerjahr vor Einreichen des Antrags auf Mutterschaftsentschädigung.	18	70% vom Durchschnittseinkommen des massgeblichen Steuerjahres Minimum: 142 €/Woche Maximum: 232 €/Woche
Italien ⁴	Arbeitnehmerinnen	keine Anspruchsvoraussetzungen	5 Monate	80% des Lohnes
Liechtenstein ⁵	Arbeitnehmerinnen	9 Monate Versicherungszeit bis zum Tag der Geburt mit einer Unterbrechung von höchstens 3 Monaten	20	80% des Lohnes
Luxemburg ⁶	Erwerbstätige	6 Monate Versicherungszeit im Jahr vor der Geburt	16 (20 bei Mehrlings- oder Frühgeburten)	100% des Einkommens

2 Sondersysteme für Selbständigerwerbende

3 Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbständigerwerbenden

4 Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbständigerwerbenden

5 Pauschale Entschädigung für die Wohnsitzbevölkerung ohne Erwerbstätigkeit. Der Betrag ist abhängig vom Einkommen des Ehegatten und der Anzahl Kinder: Minimum: 500 CHF, Maximum: 4500 CHF.

6 Entschädigung für die Wohnsitzbevölkerung ohne Anspruch auf Mutterschaftsgeld: 185 € pro Woche während 16 Wochen

Niederlande	Erwerbstätige	keine Anspruchsvoraussetzungen	16	Arbeitnehmerinnen: 100% des Lohnes Maximum: 167 €/Tag Selbständigerwerbende: 100% des Einkommens Maximum: 1265 €/Monat
Norwegen ⁷	Erwerbstätige	6 Monate Erwerbstätigkeit in den letzten 10 Monaten vor dem Leistungsbezug	42 bei vollem Bezug (100%) oder 52 bei einem Teilbezug (80%), 4 davon für den Vater	100 bzw. 80% des Einkommens Maximum: 341 166 NOK/Jahr (~60 728 CHF)
Österreich ⁸	Arbeitnehmerinnen (ab einer bestimmten Lohnsumme)	keine Anspruchsvoraussetzungen	16 (20 bei Mehrlings- oder Frühgeburten)	100% des durchschnittlichen Nettolohnes der letzten 13 Wochen
Portugal	Erwerbstätige	6 Monate Versicherungszeit	120 Tage (+30 Tage je Kind bei Mehrlingsgeburten)	100% des Lohnes Minimum: 183 €/Tag
Spanien ⁹	Arbeitnehmerinnen	180 Tage Beitragszeit in den letzten 5 Jahren vor der Geburt	16 (+2 je Kind bei Mehrlingsgeburten)	100% des letzten vor dem Arbeitsunterbruch bezogenen Lohnes
Schweden	Erwerbstätige	Schwangerschaftsgeld: keine Anspruchsvoraussetzungen Elternschaftsgeld: grundsätzlich 240 Versicherungstage vor der Geburt	50 für die Mutter vor der Geburt, 480 für Mutter oder Vater nach der Geburt	Schwangerschaftsgeld: 80% des Einkommens, jedoch höchstens 294 700 SEK/Jahr (~47 594 CHF) Elternschaftsgeld: 80% des Einkommens während 390 Tagen (mindestens 180 SEK/Tag [~29 CHF], höchstens 646 SEK/Tag [~104 CHF]) und 60 SEK/Tag (~10 CHF) während den verbleibenden 90 Tagen
Vereinigtes Königreich ¹⁰	Arbeitnehmerinnen (ab einer bestimmten Lohnsumme)	Ununterbrochene Beschäftigung von mindestens 26 Wochen bei demselben Arbeitgeber am Ende der 15. Woche vor dem Geburtstermin	26	90% des Lohnes während den ersten 6 Wochen, 100 €/Woche (~223 CHF) während der restlichen 20 Wochen

7 Einmalige Entschädigung von 33 584 NOK (~978 CHF) für die Wohnsitzbevölkerung ohne Erwerbstätigkeit

8 Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbständigerwerbenden

9 Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbständigerwerbenden

10 Entschädigung für Selbständigerwerbende und Arbeitnehmerinnen, die keinen Anspruch auf Mutterschaftsgeld haben: unter gewissen Voraussetzungen bis zu 100 € (~223 CHF) pro Woche während 26 Wochen

Quelle: MISSOC (Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR), www.europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_de.html

Claudina Mascetta, lic. iur., Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, Bereich Internationale Organisationen, BSV.
E-Mail: claudina.mascetta@bsv.admin.ch

Ausgewogener und vernünftiger Mutterschutz

Erwerbstätigen Müttern soll nach der Geburt ein angemessener Lohnersatz zustehen. Dies ist die wichtigste Neuerung der Revision des Erwerbsersatzgesetzes, über die am 26. September 2004 abgestimmt wird.



Pierre Triponez
Nationalrat (FDP)

Eckpfeiler der Revision des Erwerbsersatzgesetzes (EO) bilden folgende drei Neuerungen: Erstens wird die Erwerbsausfallentschädigung zugunsten aller Dienstleistenden während Militär- und Zivildienst von bisher 65 % auf 80 % erhöht. Zweitens wird das Taggeld für Rekruten von Fr. 43.– auf Fr. 54.– angehoben. Und drittens wird neu auch den erwerbstätigen Müttern – während höchstens 98 Tagen nach der Geburt eines Kindes – ein Erwerbsersatzanspruch von 80 % des vorherigen Lohnes zustehen, sofern sie vorgängig während mindestens neun Monaten ihre Beitragspflicht erfüllt haben.

Notwendigkeit der Revision

Ausgangspunkt und zentrales Anliegen dieser EO-Revision bildet die Verwirklichung des seit Jahrzehnten geforderten Anspruchs auf einen angemessenen Mutterschaftsurlaub nach der Niederkunft für alle erwerbstätigen Frauen. Gleichzeitig wird mit dieser Vorlage der modernen gesellschaftlichen Entwicklung und der Tatsache Rechnung getragen, dass heute – anders als vor 50 Jahren – ein Grossteil der Frauen auch nach der Familiengründung weiterhin zumindest teilweise berufstätig bleibt. Wegleitend für die getroffene Lösung war aber ganz speziell auch die Respektierung des klaren Volksentscheides anlässlich der denkwürdigen Abstimmung

vom 13. Juni 1999, anlässlich welcher eine eigenständige neue Sozialversicherung für alle Mütter, also auch für nichterwerbstätige Frauen, deutlich abgelehnt wurde.

Kernpunkt der Vorlage

Der neue Gesetzesvorschlag beschränkt sich deshalb auf einen zeitlich befristeten Lohnersatzanspruch erwerbstätiger Mütter im Rahmen der bestehenden Erwerbsersatzordnung. Anspruchsberechtigt werden mit der Revision sämtliche erwerbstätigen Frauen, ob unselbständig oder selbständig tätig, sofern sie – analog den Männern – ihre AHV- und EO-Beiträge entrichten. Diese Ausdehnung der Anspruchsberechtigung ist umso naheliegender, als bekanntlich alle berufstätigen Frauen seit dem In-Kraft-Treten der EO am 1. Januar 1953 wie die Männer regelmässig ihren monatlichen Beitrag in die EO-Kasse leisten müssen. Bisher erhielten sie jedoch – mit Ausnahme der wenigen Frauen, welche Militärdienst oder Zivildienst leisteten – nie einen Lohnersatz als Gegenleistung. Neu werden die erwerbstätigen Frauen also künftig im Falle einer Mutterschaft während 14 Wochen bzw. während maximal 98 Arbeitstagen wie die Armeeangehörigen ebenfalls entschädigungsberechtigt. Die Höhe des Erwerbsanspruchs beträgt 80 % des letzten Lohnes; dies gilt neu ebenso für die Wehrmänner, die bisher lediglich zu 65 % ihres Lohnes ersatzberechtigt waren. Dieser Anspruch besteht für die Mütter auch dann, wenn sie nach der Geburt ihres Kindes nicht mehr weiter berufstätig sind.

Schwachpunkte der bisherigen Regelung

Mindestens ebenso bedeutsam wie diese «Gleichstellung der Geschlechter» ist jedoch die Tatsache, dass der Mutterschutz für die erwerbstätigen Frauen in unserem Lande bisher eindeutig unbefriedigend geregelt ist. Gemäss dem Schweizerischen Arbeitsgesetz gilt nämlich während acht Wochen nach einer Geburt für die Mutter ein absolutes Arbeitsverbot und während 16 Wochen nur eine begrenzte Arbeitserlaubnis. Demgegenüber besteht im heutigen Obligationenrecht eine einseitige Lohnzahlungspflicht des Arbeitgebers, die sich im ersten Vertragsjahr lediglich auf drei Wochen beschränkt. Je nach Dauer des individuellen Arbeitsverhältnisses

verlängert sich diese Frist bis zu mehreren Monaten. In der Praxis bedeutet dies, dass jene Mütter, die erst wenige Jahre im Erwerbsleben stehen oder kurz vor ihrer Schwangerschaft den Arbeitgeber wechseln, nach der Geburt ungenügend abgesichert sind. Hier also klafft eine Lücke, welche – darüber herrscht weitgehend Einigkeit – unhaltbar und einer modernen Gesetzgebung unwürdig ist.

Die bisherige obligationenrechtliche Regelung des Mutterschutzes ist aber auch aus weiteren Gründen mit grossen Nachteilen behaftet. Sie bewirkt nicht nur eine Ungleichbehandlung der Mütter je nach der Dauer des Arbeitsverhältnisses bei einem bestimmten Arbeitgeber, sondern sie stellt auch ein krasses Mobilitätshemmnis für junge Frauen dar. Die Regelung führt überdies zu einer massiv ungleichen finanziellen Belastung der einzelnen Branchen und Betriebe je nach dem Frauenanteil ihrer Beschäftigten. Besonders kritisch kann die Situation für Klein- und Kleinstbetriebe werden, wenn während des Mutterschaftsurlaubes eine kostspielige Ersatzanstellung notwendig wird und damit der Arbeitgeber finanziell besonders stark belastet wird. Und überhaupt keine Lösung bietet die obligationenrechtliche Regelung schliesslich den selbständig erwerbstätigen Frauen, welche nicht in einem Angestelltenverhältnis stehen und deshalb heute schlicht und einfach auf sich selbst gestellt sind, obwohl auch sie ihre EO-Beitragspflicht erfüllen.

Seit Jahrzehnten wurde deshalb in der Schweiz nach einer ausgewogenen und finanziell tragbaren Regelung des Mutterschutzes gesucht. Zahlreiche Entwürfe und Lösungsmodelle sind in den letzten 50 Jahren ausgearbeitet worden. Alle bisherigen Versuche sind allerdings gescheitert, weil sie zu kompliziert oder zu kostspielig waren. Die Hauptkritik der letzten Vorlage beispielsweise richtete sich – wie bereits erwähnt – gegen die so genannte «Grundleistung» für nicht erwerbstätige Mütter sowie die Adoptionsurlaube.

Vorteile der EO-Revision

All diese Gründe haben das Parlament bewogen, auf eine umfassende Mutterschaftsversicherung zu verzichten und sich auf eine einfache und kostengünstige Regelung des Mutterschutzes im Rahmen der Erwerbsersetzungszordnung zu beschränken. Diese breit abgestützte Lösung bietet folgende Vorteile:

Die bisherige OR-Regelung wird aufgehoben. Damit entfällt die einseitige Lohnzahlungspflicht der Arbeitgeber. Für die Arbeitgeberseite bringt dies gegenüber heute Einsparungen von langfristig 130 Mio. Franken pro Jahr.

Die bisherige Ungleichbehandlung der Mütter im Erwerbsleben fällt weg. Alle erwerbstätigen Mütter wer-

den während 14 Wochen nach der Geburt entschädigungsberechtigt; dies gilt somit neu auch für die Selbständigerwerbenden und die mitarbeitenden Ehefrauen z.B. im Gewerbe und in der Landwirtschaft.

Es wird keine neue Sozialversicherung und keine neue Administration notwendig. Die erwerbstätigen Frauen sind im EO-System bereits erfasst. Neu ist lediglich ihr Leistungsanspruch bei Mutterschaft.

Die Finanzierung erfolgt paritätisch durch Arbeitgeber und Arbeitnehmende. Dank grosser Reserven des EO-Fonds müssen die bereits jetzt erhobenen Beiträge in den nächsten Jahren nicht angehoben werden. Ab dem Jahr 2009 wird eine Erhöhung in zwei Schritten von heute 0,3 % auf 0,5 % (je hälftig vom Arbeitgeber und Arbeitnehmenden zu leisten) zur langfristigen Finanzierung ausreichen. Es sei in diesem Zusammenhang daran erinnert, dass der Beitragssatz bereits in den Jahren 1988–1994 0,5 % betrug und zuvor sogar bei 0,6 % gelegen hatte.

Der Staatshaushalt wird in keiner Weise stärker belastet; ganz im Gegenteil: Als Arbeitgeber von einigen Tausend Frauen werden Bund, Kantone und Gemeinden ebenfalls von der EO-Lösung profitieren können. Finanziell entlastet werden aber beispielsweise auch Krankenhäuser und Pflegeheime, die überdurchschnittlich viele Frauen beschäftigen.

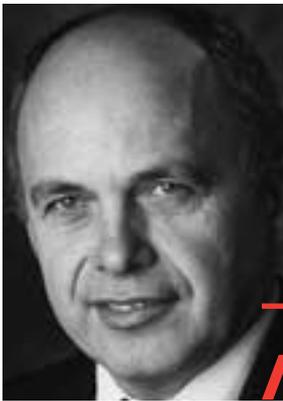
Zusammenfassung

Insgesamt ist diese EO-Revision ausgewogen, wirtschaftsfreundlich und kostengünstig. Verbessert werden nicht nur der Mutterschutz der erwerbstätigen Frauen, sondern auch die Ersatzleistungen bei Arbeitsausfall von Armeeeingehörigern und Zivildienstleistenden. Damit wird die EO gesamthaft gestärkt. Die Wirtschaft wird gleichzeitig entlastet; kurzfristig sind es über 300 Millionen Franken und längerfristig – wenn der EO-Beitragssatz von 0,3 % auf 0,5 % angehoben werden muss – immer noch rund 130 Millionen Franken gegenüber heute. Die Finanzierung erfolgt ausschliesslich durch die Sozialpartner und belastet weder die Steuerzahlerinnen und -zahler noch die öffentlichen Haushalte. Es entsteht keine neue Sozialversicherung. Die vom Parlament mit überzeugenden Mehrheiten verabschiedete Lösung, die auch von breiten Kreisen der Wirtschaft und fast allen politischen Parteien unterstützt wird, verdient auch in der kommenden Volksabstimmung vom 26. September 2004 eine breite Zustimmung.

Pierre Triponez, Dr. iur., Nationalrat (FDP), Direktor des Schweizerischen Gewerbeverbandes. E-Mail: p.triponez@sgv-usam.ch

Nein zur teuren unsozialen Mutterschaftsversicherung

Die neue, nur für erwerbstätige Mütter bestimmte Mutterschaftsversicherung kostet jährlich über eine halbe Milliarde Franken. Dies erfordert neue Lohnabzüge und stellt damit für die ganze Wirtschaft eine Mehrbelastung dar. Heute muss es zudem darum gehen, die bestehenden Sozialwerke zu sichern und keine neuen zu schaffen. Im Übrigen ist der Verfassungsauftrag längst erfüllt.



Ueli Maurer
Nationalrat (SVP)

Bereits 3-mal wurde die Mutterschaftsversicherung an einer eidgenössischen Abstimmung deutlich abgelehnt: 1984 ist die eidgenössische Volksinitiative «für einen wirksamen Schutz der Mutterschaft» mit rund 85 % Nein-Stimmen abgelehnt worden. Drei Jahre später folgte die Änderung des Bundesgesetzes für die Krankenversicherung, welche ein Taggeld für Mütter während 16 Wochen vorsah. Sie wurde mit 71,3 % verworfen. Und auch am 13. Juni 1999 wurde die Einführung einer Mutterschaftsversicherung mit über 60 % der Stimmen abgelehnt. Die sehr deutlichen Resultate zeigen, dass das bestehende Modell wirksam ist. Trotzdem wird nun ein weiterer Anlauf unternommen, die bereits bestehenden Leistungen bei Mutterschaft weiter auszubauen.

Wir wollen keine «Staatskinder»

Das Kinderbekommen ist eine sehr persönliche Sache und muss auch weiterhin der Freiheit und Eigenverantwortung der Familien überlassen bleiben. Die Mutterschaftsversicherung hingegen schafft «Staatskinder»,

indem sie die Geburten von berufstätigen Müttern subventioniert und deren Mutterschaft zur Staatsaufgabe erklärt. Dies darf nicht sein. Das Muttersein soll weiterhin eine private Angelegenheit bleiben und darf nicht zum finanziellen Profit verkommen.

Verfassungsauftrag erfüllt

Wenn die Befürworter argumentieren, der Verfassungsauftrag gemäss Art. 41 Abs. 2 der revidierten BV vom 18. Dezember 1998 sei nicht erfüllt, weil bei Mutterschaft keine Lohnfortzahlung garantiert sei, so ist dies falsch. Am 25. November 1945 stimmte das Volk einem Verfassungsartikel über den Familienschutz zu. Darin enthalten war die Einführung einer Mutterschaftsversicherung. Sinn und Zweck dieses Zusatzes war aber nicht etwa ein weiterführendes Modell im Sinne der Abstimmungsvorlage, sondern vielmehr die schlichte Deckung der unmittelbar bei der Mutterschaft anfallenden Kosten für Arzt und Spitalaufenthalt. Da die Revision der BV nur eine Nachführung war, hat sich dies bis heute nicht geändert.

Die Kosten für Mutterschaft werden heute von den Krankenkassen vollumfänglich übernommen. Bereits damit wäre der Verfassungsauftrag erfüllt. Doch die heutigen Leistungen gehen wesentlich weiter: Das Obligationen- und das Arbeitsrecht regeln den Schwangerschaftsurlaub, welcher ein Arbeitsverbot für Mütter bis 8 Wochen nach der Geburt des Kindes vorsieht; bis zur 16. Woche dürfen sie nur mit ihrem Einverständnis beschäftigt werden. Die Zeit nach der Geburt wird einer Krankheit gleichgestellt. Die Lohnfortzahlung während dieser Zeit muss mindestens 80 % des Lohnes betragen. Die Finanzierung erfolgt aus der Krankentaggeldversicherung. Viele brancheninterne Lösungen gehen aber weiter und sichern während acht Wochen den vollen Lohn bzw. einen bezahlten Mutterschaftsurlaub von 14 bis max. 16 Wochen zu. Das Argument, der Verfassungsauftrag sei nicht erfüllt, ist darum völlig haltlos. Vielmehr wäre es angebracht, den 3-mal deutlich zum Ausdruck gebrachten Volkswillen endlich zu respektieren.

Unsinnige finanzielle Belastung der Wirtschaft

Die geplante Revision der Erwerbersatzordnung verursacht jährlich 575 Mio. Franken Mehrausgaben.

Davon entfallen allein für die Mutterschaftsversicherung 483 Mio. Franken. Nicht zuletzt, um von der Mutterschaftsversicherung und deren hohen Kosten abzulenken, werden, angeblich der Gerechtigkeit halber, auch die Taggelder für Militärdienstleistende von heute 65 auf 80 % angehoben, was 92 Mio. Franken kostet.

All diese Kosten sollen vorerst mit den Reserven des EO-Fonds, welche heute 2,3 Mrd. Franken betragen, finanziert werden. Doch ist es klar, dass angesichts von mehr als einer halben Milliarde Kosten pro Jahr diese Reserven bald aufgebraucht sein werden. Schon heute steht fest, dass in zwei bis drei Jahren nach In-Kraft-Treten die EO-Beitragssätze für Arbeitgeber und -nehmende mindestens um je ein Promille angehoben werden müssen.

Die neue Mutterschaftsversicherung wird massiv teurer als die heutige Lösung. Zudem werden lediglich die Kosten umverteilt: Bezahlt heute alles der Arbeitgeber, so werden neu erst die Reserven der EO aufgebraucht, danach die EO-Beiträge für Arbeitgeber und -nehmende erhöht und, wenn die Kosten übermässig steigen, auch Steuermittel zur Kostendeckung herangezogen. Unverständlich, wenn etwa der Gewerbeverband argumentiert, die Wirtschaft und die Arbeitgeber würden mit dieser Vorlage entlastet. Dies trifft höchstens die ersten drei Jahre zu. Danach wird das Gegenteil der Fall. Wohlweislich will etwa der Arbeitgeberverband keine Ja-Parole zur Mutterschaftsversicherung fassen, sondern neutral bleiben und auch kein Geld in eine Kampagne investieren.

Vor allem KMU-Betriebe würden durch die neue Versicherung finanziell stark belastet. Wenn eine Arbeitnehmerin während 14 Wochen nicht arbeitet, so ist das für den Arbeitgeber ein grosser Verlust. Auch wenn die Lohnkosten gedeckt sind, wird die während dieser Zeit liegen gebliebene Arbeit nicht erledigt. Grosse Betriebe können die Lücke allenfalls durch Stellvertreter schliessen. In kleinen Betrieben aber ist das oft nicht möglich. Dort verursacht eine externe Stellvertretung viel Aufwand an Geld und Zeit fürs Einarbeiten. So werden die Arbeitgeber immer weniger Interesse haben, junge Frauen einzustellen, weil sie sich eine allfällige 14-wöchige Abwesenheit nicht leisten können oder wollen.

Vergleicht man die Arbeitskosten der Schweiz mit den OECD-Ländern, sieht man, dass die Schweiz hinter Norwegen und Deutschland (West) bereits heute zu den Ländern mit den höchsten Kosten zählt. Nimmt man die neuen EU-Ostländer und andere Niedriglohnländer dazu, dann müssen wir uns diesem Konkurrenzkampf stellen und den Trend brechen, wollen wir nicht weitere Arbeitsplätze ins Ausland verlieren. Deshalb muss endlich Schluss sein mit dem Erhöhen der Lohnnebenkosten. Die jährlichen Ausgaben im bereits nur durch höhere Steuern finanzierbaren Sozialversicherungsbereich dürfen nicht um weitere 575 Mio. Franken

pro Jahr anwachsen. Ansonsten werden wir weiter an Konkurrenz- und Wettbewerbsfähigkeit gegenüber dem Ausland verlieren.

Kein weiterer Sozialausbau

Allein weil die Reserven des EO-Fonds gemäss Vorschrift nur 600 Mio. Franken betragen müssten, wird der Raubzug auf diese vermeintlich überschüssigen Gelder einfach als legitim erachtet. Nur weil es in dieser Kasse derzeit genug Geld hat, ist es noch lange nicht angebracht, dieses letzte, noch nicht gefährdete Sozialwerk auszuplündern. Abgesehen davon ist es auch nicht in Ordnung, dass die EO-Kasse für eine Mutterschaftsversicherung zweckentfremdet wird. Gerade heute ist es wichtig, dass die verschiedenen Sozialversicherungen transparent und klar getrennt bleiben. Der EO-Fonds wurde geschaffen, um Personen zu entschädigen, die auf Geheiss des Staates Dienst in der Armee, im Zivildienst oder im Zivilschutz zu leisten haben. Wenn nun eine Reserve gebildet werden konnte, darf deswegen doch nicht sofort ein Sozialausbau stattfinden. Bald nach Einführung der Mutterschaftsversicherung würde deren weiterer Ausbau gefordert und damit auch die Forderung nach einer Erhöhung der Mehrwertsteuer wieder aktuell werden. Dies muss im Interesse des Wirtschaftsstandortes Schweiz verhindert werden.

Mutterschaftsversicherung schafft Zweitklassmütter

Schliesslich stört an der Vorlage, dass nur erwerbstätige Frauen von der Mutterschaftsversicherung profitieren sollen. Frauen, welche während der Schwangerschaft nicht erwerbstätig sind, gehen leer aus. Entschliesst sich nun eine Mutter nach der Geburt des ersten Kindes, ihren während mehreren Jahren ausgeübten Beruf zumindest vorläufig aufzugeben, um sich vollzeitlich der Kinderbetreuung zu widmen, wird sie bei der Geburt des zweiten und dritten Kindes keinen bezahlten Mutterschaftsurlaub mehr haben. Dies, obwohl sie vorher während Jahren EO-Beiträge bezahlt hat. Damit werden jene Frauen, welche die Verantwortung für die Kindererziehung vollumfänglich selber wahrnehmen, mit der neuen Mutterschaftsversicherung noch bestraft. Diese Schaffung von Zweitklassmüttern ist abzulehnen.

Aus all diesen Gründen empfehle ich, am 26. September ein NEIN zur Mutterschaftsversicherung in die Urne zu legen.

Ueli Maurer, Nationalrat (SVP), Präsident SVP Schweiz, Geschäftsführer Zürcher Bauernverband. E-Mail: maurer@svp.ch

Ausgewählte Themen der 1. BVG-Revision¹

Konsolidierung des Erreichten – vermehrte Transparenz

Ziel der 1. BVG-Revision war die Konsolidierung des Erreichten. Angesichts der negativen Auswirkungen der Börsenbaisse auf das akkumulierte Kapital der 2. Säule hatte sich das Parlament ab Frühjahr 2002 bei der Beratung der Botschaft vom 1. März 2000 jedoch mit zusätzlichen Problemstellungen zu befassen. Trotz zahlreicher Differenzen hat das Parlament seine Beratungen nach nur rund 1½ Jahren in der Herbstsession 2003 abgeschlossen und die ergänzte Vorlage in der Schlussabstimmung angenommen. In diesem 1. Teil befassen sich die Autorin und der Autor mit den Transparenzbestimmungen. Der 2. Teil folgt im Oktober in der CHSS 5 mit den Fragen zur Herabsetzung des Umwandlungssatzes, zu den Voraussetzungen und Rahmenbedingungen beim Wechsel von Anschlussverträgen sowie den Fragen zur Loyalität in der Vermögensverwaltung.

Helena Kottmann, Jürg Brechbühl
Geschäftsfeld Alter und Hinterlassene, BSV

Ziel der Revision: Konsolidierung der BV

Die steigende Lebenserwartung von RentnerInnen hat auch die berufliche Vorsorge vor neue Herausforderungen gestellt: die entsprechend längere Rentenbezugsdauer muss finanziert und dafür zusätzliches Vorsorgekapital geüffnet werden. Mit der 1. BVG-Revision sollte dieser Entwicklung Rechnung getragen und gleichzeitig die Organisation und die Durchführung des Vorsorgesystems verbessert werden. Die wirtschaftliche Entwicklung der vergangenen Jahre liess klarerweise

keinen mit zusätzlichen Lohnbeiträgen zu finanzierenden Leistungsaufbau zu. Für die Versicherten wäre dies mit einem reduzierten Nettoeinkommen, für die Arbeitgeber mit zusätzlichen, konjunkturerhemmenden Lohnnebenkosten verbunden gewesen. Da der für die Rentenhöhe massgebende technische Zinssatz realistisch auch nicht entsprechend erhöht werden konnte, musste der Umwandlungssatz gesenkt werden. Die 1. BVG-Revision stand damit nach der ersten Phase des Aufbaus im Zeichen der Konsolidierung der beruflichen Vorsorge.

Finanzierungsseitig ging es neben der Senkung des Umwandlungssatzes um die Verwendung erzielter Überschüsse. Leistungsseitig stand die Anpassung an AHV und IV (Viertels- und Dreiviertelinvalidenrenten; Einführung einer Witwerrente) bzw. die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen (Rentenalter 65 für Frauen) im Zentrum².

Erstrat zur Behandlung der 1. BVG-Revision war der Nationalrat. Die zuständige Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) setzte zur Vorbereitung der Kommissionsarbeiten eine Subkommission BVG ein, welche sich sehr intensiv mit der Vorlage des Bundesrates befasste. Die SGK-N begann ihre Arbeiten mit einem Hearing für Vertreter von autonomen Vorsorgeeinrichtungen und Sammelstiftungen, bei welchem eine Reihe von Fragen aufgeworfen wurden. Nach Ansicht der Kommission wurden diese jedoch nicht zufrieden stellend beantwortet. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die unterschiedliche Reservesituation von autonomen Vorsorgeeinrichtungen und Sammelstiftungen.

Aus der Differenz zwischen den Tarifberechnungen zu Grunde gelegten Annahmen über die Risiko- und Zinsentwicklung und der tatsächlichen Entwicklung entstehen Überschüsse, welche in Form von Überschussbeteiligungen an die Versicherten weiter gegeben werden. Da Versicherungsgesellschaften gewinnorientierte Unternehmen sind, wird natürlich auch ein Teil der Überschüsse an die Aktionäre weitergegeben. Das Problem ist nun, dass – ausser den Versicherungsgesellschaften selber – niemand nachvollziehen kann, welche Mittel in Form von Überschussbeteiligungen an die Vorsorgewerke zurückgegeben wurden und welche Mittel in die Gewinnverteilung der Aktionäre gegeben wurden.

Parlamentarierinnen und Parlamentarier aus allen Parteien hielten diesen Zustand für unbefriedigend. Die SGK-N hat daher eine Reihe von Bestimmungen vorgeschlagen, welche die Transparenz generell und

¹ Erstpublikation in «HILL-2004-Fachartikel-11», vgl. www.hilljournal.ch. Basis bildet die Referatsunterlage für das Seminar 823 «Praxisseminar Berufliche Vorsorge: Tipps und Hinweise zur Umsetzung des revidierten BVG» der Schweizerischen Treuhänderkammer, Veranstaltung vom 30.6.04.

² Die 11. AHV-Revision wurde in der Volksabstimmung vom 16. Mai 2004 abgelehnt.

bei den Sammelstiftungen im Besonderen verbessern sollten. In das gleiche Massnahmenpaket gehört auch eine Erleichterung der Auflösung der Kollektivversicherungsverträge bei Ablauf der Vertragsdauer und eine Stärkung der paritätischen Verwaltung bei Sammelstiftungen.

Beim Vergleich mit der Vorlage des Bundesrates zeigt sich, dass das Parlament die 1.BVG-Revisionsvorlage in Bezug auf die Senkung des Umwandlungssatzes und die flankierenden Massnahmen zur Verhinderung von entsprechenden Rentensenkungen zum Teil grundlegend umgestaltet und mit den oben erwähnten Themen ergänzt hat. Dennoch und trotz Differenzbereinungsverfahren hat das Parlament die Vorlage zügig durchberaten und am 3. Oktober 2003 nach nur einhalb Jahren verabschiedet. Dies zeigt, welcher politischer Druck bezüglich der beruflichen Vorsorge bestand und den hohen Stellenwert, den das Parlament der Vorlage und der Konsolidierung der 2. Säule beimass.

Nachfolgend werden einzelne der vom Parlament besonders intensiv diskutierten Punkte näher erläutert. Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen zur Transparenz und zum Wechsel des Anschlussvertrages sind am 1. April 2004 in Kraft getreten, die Änderungen beim Umwandlungssatz und bei der loyalen Vermögensverwaltung werden per 1. Januar 2005 in Kraft gesetzt.

Transparenzbestimmungen

Das Bedürfnis nach besserer Information der Versicherten über die Geschäftstätigkeit der Vorsorgeeinrichtung wurde vom Nationalrat eingebracht. Der Umstand, dass das von den Lebensversicherern bewirtschaftete Vorsorgekapital und dessen Ertrag von den Lebensversicherern nicht gesondert in der Jahresrechnung ausgewiesen wurde, erschwerte die korrekte Einschätzung

der finanziellen Lage einer Vorsorgeeinrichtung, aber auch die Überprüfung, ob die Verteilung des Überschusses korrekt an die Versicherten weitergegeben wurde. Das Vertrauen der Versicherten in die 2. Säule wurde nachhaltig geschwächt, als nach Jahren der gewinnbringenden Kapitalanlage vor allem die Lebensversicherer von der Politik Massnahmen zur finanziellen Stabilisierung des Systems forderten und im Rahmen der Handlungsautonomie der von den Versicherern geführten Sammelstiftungen einschneidende Massnahmen eingeleitet werden mussten. Insbesondere kamen Zweifel darüber auf, ob die bis anhin mit dem Vorsorgekapital erwirtschafteten Überschüsse stets in vollem Umfang an die Sammelstiftung und deren Destinatäre weitergegeben worden waren.

Um das verloren gegangene Vertrauen der Versicherten in die 2. Säule wieder zu gewinnen, muss auf allen Ebenen transparenter und nachvollziehbarer über die Geschäftstätigkeit der Vorsorgeeinrichtung informiert werden. Dieses Bedürfnis besteht insbesondere bei voll versicherten Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen, wo kapitalseitig Verflechtungen mit einem Lebensversicherer bestehen und die Situation leistungsseitig durch die

Vielzahl angeschlossener kleiner und mittlerer Unternehmen mit eigenen Vorsorgeplänen komplex ist.

Ziel der Transparenzbestimmungen

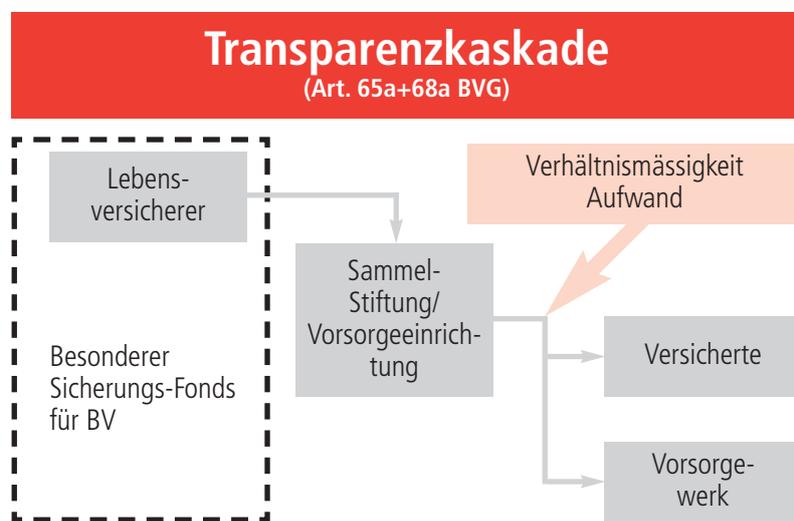
Die Transparenz ist kein Selbstzweck. Nach Artikel 65a Absatz 2 BVG soll sie folgende Aufgaben erfüllen:

- sie soll die tatsächliche finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtung ersichtlich machen;
- mit der Transparenz soll die Sicherheit der Erfüllung der Vorsorgezwecke belegt werden können;
- das paritätische Organ der Vorsorgeeinrichtung soll seine Führungsaufgabe wahrnehmen können;
- die Informationspflichten gegenüber den Versicherten sollen erfüllt werden können.

Diese Zweckbestimmung begrenzt die Regelungsdichte auf Verordnungsstufe. Die Verordnungsbestimmungen müssen zur Erreichung dieser Zielvorgaben geeignet sein. Darüber hinaus besteht kein Platz für zusätzliche Regelungen auf Verordnungsstufe.

Transparenzkaskade

Die Transparenzbestimmungen beruhen auf einer Informationskaskade. Nach Artikel 68 Absatz 3 BVG müssen die Versicherer den Sammelstiftungen diejenigen Infor-



mationen liefern, welche sie für die Erfüllung ihrer Informationspflichten nötig haben. Die Sammelstiftungen haben diese Informationen an die angeschlossenen Vorsorgewerke weiterzugeben (Art. 65a Abs. 4 BVG) und diese haben die Versicherten von Amtes wegen oder auf Aufforderung eines Versicherten hin zu informieren (Art. 86 b BVG). Gleiches gilt sinngemäss im Verhältnis zwischen autonomer Vorsorgeeinrichtung und Versicherten. Für die Information der Vorsorgewerke gilt in Artikel 65a Absatz 4 BVG ausdrücklich der Grundsatz der Verhältnismässigkeit des Aufwandes. Dieser Grundsatz ist auslegungsbedürftig. Das BSV geht davon aus, dass derjenige Aufwand verhältnismässig ist, der betrieben werden muss, um die Ziele der Transparenzbestimmungen im Sinne von Artikel 65a Absatz 2 BVG zu erreichen. Forderungen, die darüber hinausgehen, dürften wohl nicht mehr durch Artikel 65a Absatz 4 BVG gedeckt sein.

Dem Grundsatz der Verhältnismässigkeit des Aufwandes kommt eine allgemeine Bedeutung zu. Einerseits kann in der Transparenzkaskade kein höherer Anspruch an die Information der Versicherten gestellt werden als an jene der Vorsorgewerke. Andererseits können für autonome Vorsorgeeinrichtungen keine strengeren Anforderungen gelten als für kollektivversicherte Vorsorgeeinrichtungen. Die Transparenzbestimmungen dürfen somit generell nicht zu einem unverhältnismässig hohen kostenmässigen Aufwand führen, was der Regelungsdichte zu Recht Grenzen setzt.

Transparenzanforderungen an Vorsorgeeinrichtungen

Gemäss der 1. BVG-Revision müssen Vorsorgeeinrichtungen hinsichtlich der transparenten Geschäftstätigkeit neu folgende Anforderungen erfüllen:

- Kapitalertrag, versicherungstechnischer Risikoverlauf, Verwal-

tungskosten, die Berechnung des Deckungskapitals, die Bildung von Reserven und der Deckungsgrad der Vorsorgeeinrichtung müssen für Stiftungsrat, Vorsorgewerke und Versicherte nachvollziehbar sein (Art. 65a Abs. 3 BVG), so dass die tatsächliche finanzielle Lage der Vorsorgeeinrichtung ersichtlich ist (Art. 65 Abs. 2 Bst. a BVG) und darüber Aufschluss gibt, ob die Verpflichtungen der Vorsorgeeinrichtung erfüllt werden können (Art. 65a Abs. 2 Bst. b BVG). Die im Vollversicherungsgeschäft tätigen Lebensversicherer müssen als Gegenstück dazu neu für die berufliche Vorsorge eine separate Betriebsrechnung führen (vgl. dazu unten Ziff. 0). Dadurch wird die Geschäftstätigkeit der Lebensversicherer transparenter, die vom Lebensversicherer dem Vorsorgekapital gutgeschriebenen Überschüsse werden für Dritte überprüfbar und der Geschäftsbereich der Kollektivversicherung finanziell von der individuellen Lebensversicherungstätigkeit entflochten.

- Das paritätische Organ der Vorsorgeeinrichtung kann seine Führungsaufgabe durch die transparente Rechnungsführung tatsächlich wahrnehmen (Art. 65a Abs. 2 Bst. c BVG). In Verbindung mit dem ergänzten Artikel zur paritätischen Verwaltung der Vorsorgeeinrichtung (Art. 51 Abs. 1 BVG) wird gleichzeitig klar gestellt, dass die paritätische Vertretung von ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen im obersten Organ einer Vorsorgeeinrichtung – bei Sammelstiftungen somit im Stiftungsrat und nicht nur in der Vorsorgekommission eines Vorsorgewerks – sichergestellt sein soll. Dieser Grundsatz blieb im parlamentarischen Verfahren unbestritten.
- Die Versicherten müssen neu regelmässig und detailliert über ihre individuellen Leistungsansprüche,

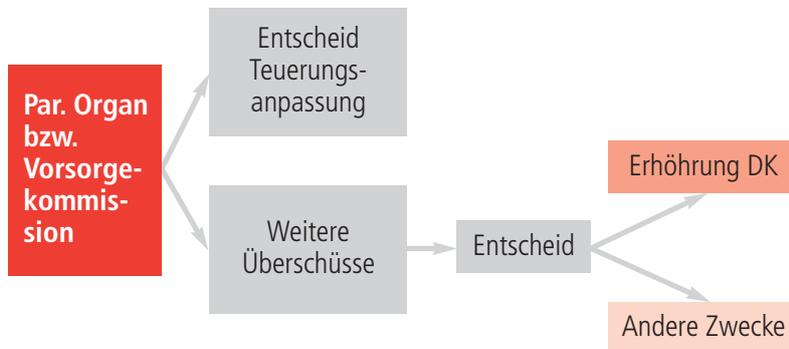
den koordinierten Lohn, den Beitragssatz und ihr Altersguthaben informiert werden. Materielle Grundlage dafür bietet der letzte Bericht des Experten für berufliche Vorsorge (Art. 86b Abs. 1 BVG i.V.m. Art. 48c BVV 2). Allgemeine, die finanzielle Situation der Vorsorgeeinrichtung als Ganzes betreffende Auskünfte wie Angaben zum Kapitalertrag, zum versicherungstechnischen Risikoverlauf, zu den Verwaltungskosten, zum Deckungskapital und seiner Berechnung und zu den Reserven erhalten die Versicherten auf Anfrage. Dazu gehören auch Jahresrechnung und Jahresbericht.

Transparenzanforderungen an Lebensversicherer und «Legal quote»

Im Rahmen der 1. BVG-Revision wurden auch zusätzliche Anforderungen an die in der beruflichen Vorsorge tätigen Lebensversicherer gestellt. Diese müssen neu eine eigene Betriebsrechnung für die berufliche Vorsorge führen, in der Prämien und Leistungen sowie Aufwendungen und Erträge der Kapitalanlagen detailliert ausgewiesen sind (Art. 6a Abs. 2 LeVG). Neben einer Aufstellung über die Verwaltungskosten müssen Lebensversicherer zudem jährlich eine nachvollziehbare Abrechnung darüber erstellen, wie die erwirtschafteten Ertragsüberschüsse berechnet und nach welchen Regeln sie zwischen Lebensversicherer und Sammelstiftung verteilt wurden (Art. 68 Abs. 4 BVG). Versichert ein Lebensversicherer mehrere Vorsorgeeinrichtungen, erfolgt die Aufteilung des Überschusses anteilmässig in Abhängigkeit der Grösse des Deckungskapitals, des Schadensverlaufs und des verursachten Verwaltungsaufwandes (Art. 49n LeVV).

Bei der Verwendung der ermittelten Überschüsse ist die Vorsorgeeinrichtung grundsätzlich frei. Bei Sammelstiftungen entscheidet die

Verteilung von Überschüssen aus Versicherungsverträgen



Vorsorgekommission des einzelnen Vorsorgewerks, bei Gemeinschaftseinrichtungen das paritätisch zusammengesetzte Organ über die Verwendung der Überschüsse. Der Lebensversicherer wird vom Stiftungsrat oder vom paritätischen Organ der Gemeinschaftseinrichtung entsprechend informiert. Haben die Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen diesbezüglich keine Be-

schlüsse gefasst, sind die ermittelten Überschüsse für die Anpassung der Altersrenten und der unter 3-jährigen Invalidenrenten an die Preisentwicklung zu verwenden und im Übrigen den Sparguthaben der Versicherten gutzuschreiben (Art. 68a BVG).

Weist die Betriebsrechnung des Lebensversicherers für die berufliche Vorsorge für ein Geschäftsjahr

einen Verlust aus, so ist der Verlust bei der Ermittlung der Überschussbeteiligung für das Folgejahr zu berücksichtigen (Art. 6 LeVG). Die Vorsorgeeinrichtung ihrerseits muss jährlich eine nachvollziehbare Abrechnung über die nach Gutschrift der Überschussbeteiligung vorgenommene interne Berechnung und Verteilung der Überschussbeteiligung erstellen (Art. 48d BVV 2).

Helena Kottmann, lic. iur., Geschäftsfeld Alter und Hinterlassene, BSV.
E-Mail: helena.kottmann@bsv.admin.ch

Jürg Brechbühl, lic. iur., Vizedirektor, Leiter Geschäftsfeld Alter und Hinterlassene, BSV.
E-Mail: juerg.brechbuehl@bsv.admin.ch

Statistik der Krankenversicherung 2002: definitive Ergebnisse (Teil 2)

In der Ausgabe 3/2004 der «Sozialen Sicherheit» haben wir die definitiven Ergebnisse der Statistik über die obligatorische Krankenpflegeversicherung 2002 zu Prämien, Leistungen und Prämienverbilligung veröffentlicht. Der vorliegende Artikel enthält weitere Informationen über das Gesundheitswesen und dessen Kosten sowie über die Zusatzversicherungen.



Nicolas Siffert
Sektion Statistik und Mathematik, BAG

Die vom BAG jährlich herausgegebene Statistik über die Krankenversicherung basiert hauptsächlich auf Angaben, welche die vom Bund anerkannten Krankenversicherer dem BAG als Aufsichtsbehörde über die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz liefern. Die definitiven Ergebnisse der Statistik über die obligatorische Krankenpflegeversicherung 2002 zu den Prämien, Leistungen und Prämienverbilligung sind auszugsweise in der «Sozialen Sicherheit» CHSS 3/2004 veröffentlicht worden. In diesem Artikel gehen wir näher auf zusätzliche Informationen über das Gesundheitswesen und dessen Kosten sowie über die Zusatzversicherungen ein.

Zusatzinformationen zum Gesundheitswesen

Das Thema der **Gesundheitskosten** wird von den Medien häufig aufgegriffen. Doch was ist genau darun-

ter zu verstehen? Die **«Kosten des Gesundheitswesens»** umfassen alle Ausgaben der Institutionen und Personen, die medizinische oder paramedizinische Tätigkeiten ausüben, den Verkauf von Medikamenten und medizinischen Apparaten sowie die Kosten für die Verwaltung des Gesundheitswesens und die Prävention. Nicht eingeschlossen sind hingegen die Ausbildungskosten der Gesundheitsberufe, die medizinischen Forschungsarbeiten und die Barleistungen der Versicherer, die nicht direkt der Heilung oder der Gesundheitserhaltung dienen, zum Beispiel die Taggelder für Verdienstausschuss. Die Diskussionen zu den Gesundheitskosten konzentrieren sich allerdings auf die von den Haushalten direkt bezahlten Krankenversicherungsprämien. Eine auf die Ausgaben der Haushalte ausgerichtete Übersicht über die Finanzströme zwischen den verschiedenen Beteiligten scheint deshalb für ein besseres Verständnis dieses Be-

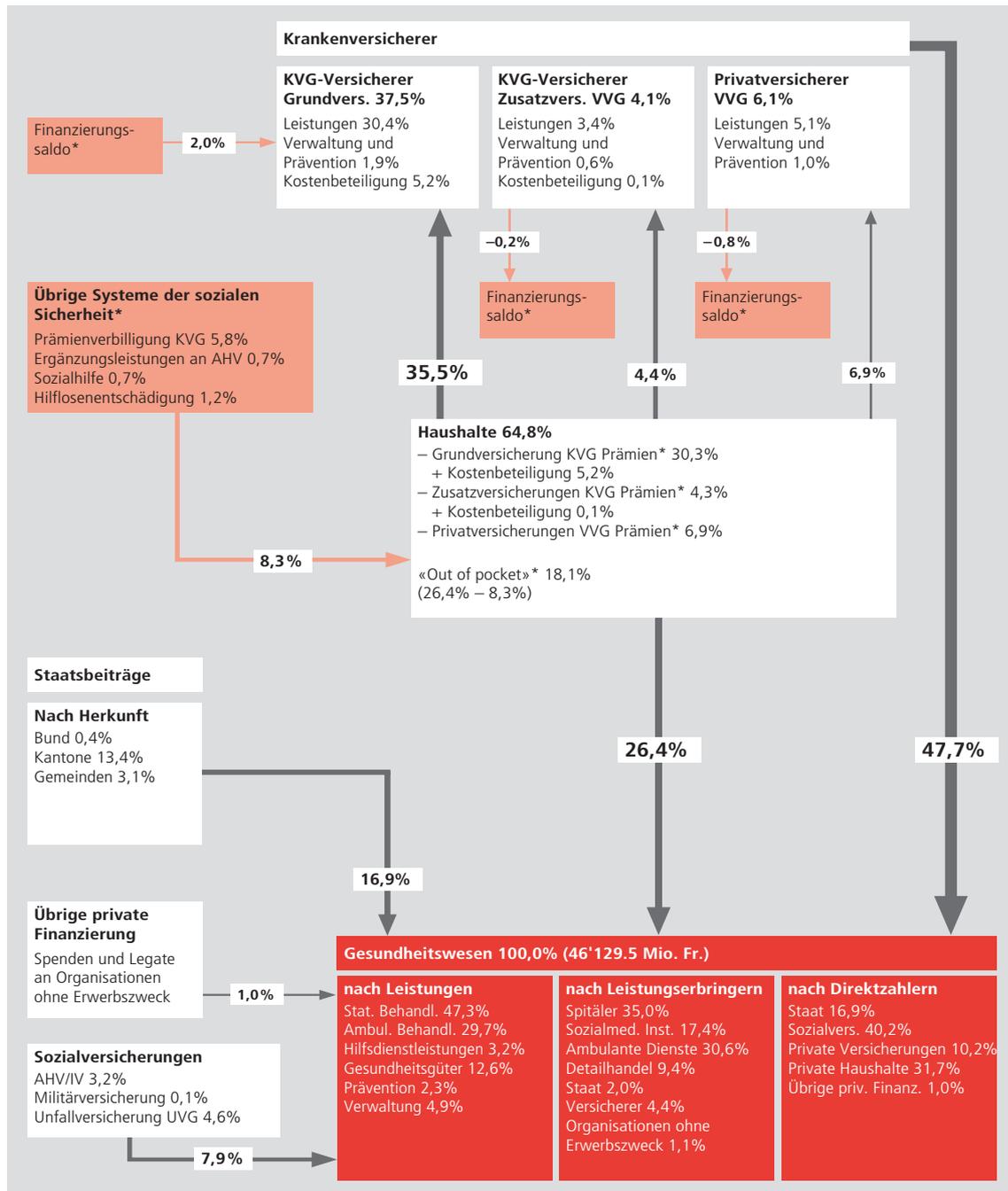
reichs sinnvoll. Diese Analyse ist ursprünglich von der Sektion Gesundheit im Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt und unter dem Titel «Finanzströme im Gesundheitswesen» in der Reihe StatSanté Nr. 2/2002 veröffentlicht worden. Eine aktualisierte Übersicht ist neu allerdings nur noch in der vom BAG herausgegebenen Publikation «Statistik der obligatorischen Krankenversicherung» enthalten.

Diese Übersicht veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den **von den Haushalten einbezahlten Prämien** gemäss den Publikationen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Bundesamtes für Privatversicherungen (BPV) und den Leistungen der Versicherer im Gesundheitswesen. Auch die anderen Systeme der sozialen Sicherheit wie die Prämienverbilligung der Krankenversicherung, die Ergänzungsleistungen an Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), die Sozialhilfe und die Hilflosenentschädigung der AHV und der Invalidenversicherung (IV) werden mit einbezogen.

Die Modellberechnung beginnt 1996 mit In-Kraft-Treten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG), mit dem das Versicherungsobligatorium, ein Leistungsausbau sowie ein neues Subventionssystem wirksam wurden. Da die Bundesbeiträge neu nicht mehr den Versicherern für eine allgemeine Prämienverbilligung ausgerichtet werden, sondern individuell den Versicherten aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation zukommen, lässt sich das Modell nicht auf frühere Jahre übertragen.

Seine Struktur ermöglicht es hingegen, die **Geld- oder Finanzströme** zwischen der **Produktionsseite** (Spitäler, ÄrztInnen, ApothekerInnen,

Finanzströme im schweizerischen Gesundheitswesen – 2001 (in % des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens») 1



– Elemente, die im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS nicht erscheinen

*** Bemerkungen**

- **Übrige Systeme der sozialen Sicherheit:** Gelten im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS nicht als Direktzahler.
- **«Out of pocket»:** Direktzahlung der Haushalte an das Gesundheitswesen. Anderer Wert als im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS wegen den übrigen Systemen der sozialen Sicherheit.
- **Prämien:** Der «Aufwand der Krankenversicherung» im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS entspricht nicht den Prämienzahlungen der Haushalte, wie sie in den Rechnungen des BSV und des BPV erscheinen.

- **Finanzierungssaldo:** Differenz zwischen Leistungen der Versicherer und Prämienzahlungen der Haushalte.
- **Taggeldversicherungen:** Prämien und Leistungen weder im Modell «Kosten des Gesundheitswesens» des BFS noch in den Finanzströmen der Haushalte in diesem Schema erfasst, weil sie einen Erwerbsausfall decken und keine Behandlung bezahlen.

Quelle: ursprüngliche Modellierung: BFS / Aufdatierung: BAG

usw.), den **Finanzierungsträgern** (Direktzahler wie die Sozialversicherungen, der Staat, die Haushalte usw.) und den **Gesundheitsausgaben** (Beträge, welche die Endverbraucher für den Erwerb von Gesundheitsgütern und -diensten ausgeben) aufzuzeigen. Anhand der gewählten Darstellung wird die jeweilige Rolle der verschiedenen Beteiligten im Gesundheitswesen klar ersichtlich. Die einzelnen Faktoren der Direktzahler, der Leistungserbringer und der Leistungen in den Ausgaben im Gesundheitswesen werden auf vereinfachte Art aufgeschlüsselt.

Grafik 1 zeigt die Gesamtheit der Finanzströme auf, die zwischen den verschiedenen Beteiligten fließen, **in Prozenten des Totals der «Kosten des Gesundheitswesens»**. Im Jahr **2001** machten diese Finanzflüsse 46,1 Mrd. Franken aus (+6,4% gegenüber dem Vorjahr). Das BAG geht für die Jahre 2002 und 2003 von 48,0 Mrd. bzw. 49,9 Mrd. Franken aus. Die Schätzungen für das Jahr 2004 liegen bei 51,9 Mrd. Franken.

Grafik 2 verdeutlicht, wie ungleich die Ärzte und Apotheken auf die verschiedenen Kantone verteilt sind (2002).

Die Ärztedichte liegt in 6 Kantonen (ZH, BE, BS, VD, NE und GE) über dem schweizerischen Durchschnitt von 1,96 Ärzten pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner.

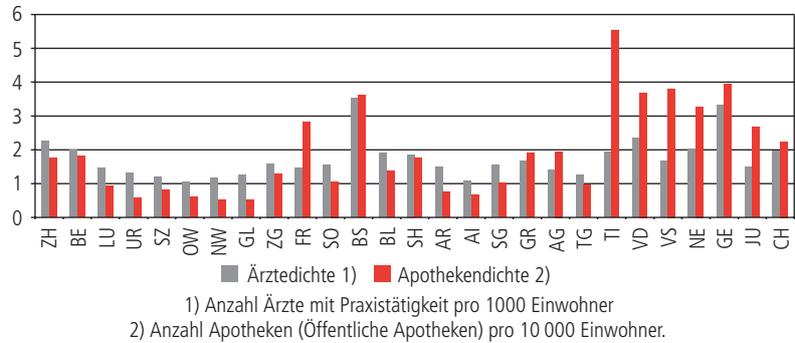
Die Apothekendichte liegt in 8 Kantonen (FR, BS, TI, VD, VS, NE, GE und JU) über dem schweizerischen Durchschnitt von 2,24 Apotheken pro 10000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Wie immer ist bei solchen Vergleichen zu berücksichtigen, dass die einzelnen Kantone keine geschlossenen Systeme darstellen und der tatsächlichen Situation damit nicht immer ganz gerecht werden.

Man kann sich natürlich immer die Frage stellen, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Höhe der Prämien in den verschiedenen Kantonen und der Ärztedichte. **Grafik 3** zeigt, dass die Dichte der

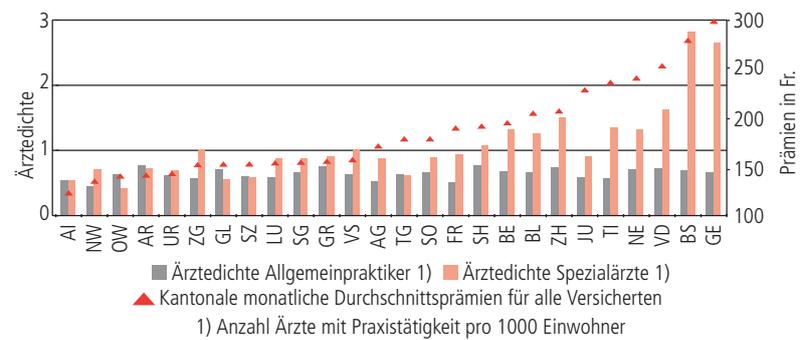
Ärztedichte mit Praxistätigkeit und Apothekendichte nach Kantonen 2002

2



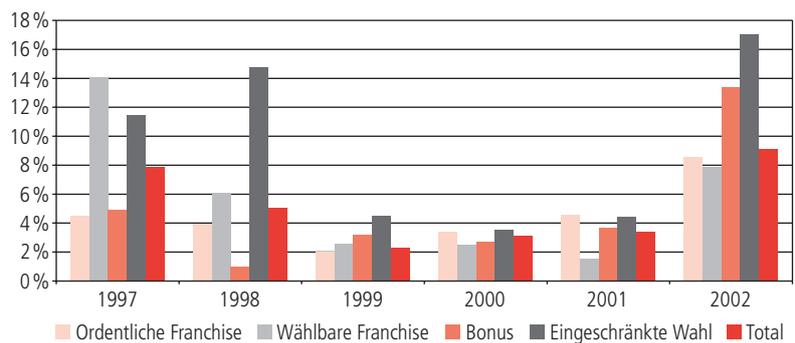
Dichte der Ärzte mit Praxistätigkeit und Prämien nach Kantonen im Jahr 2002

3



Veränderung gegenüber dem Vorjahr für die Grundversicherungsprämien je versicherte Person nach Versicherungsform

4



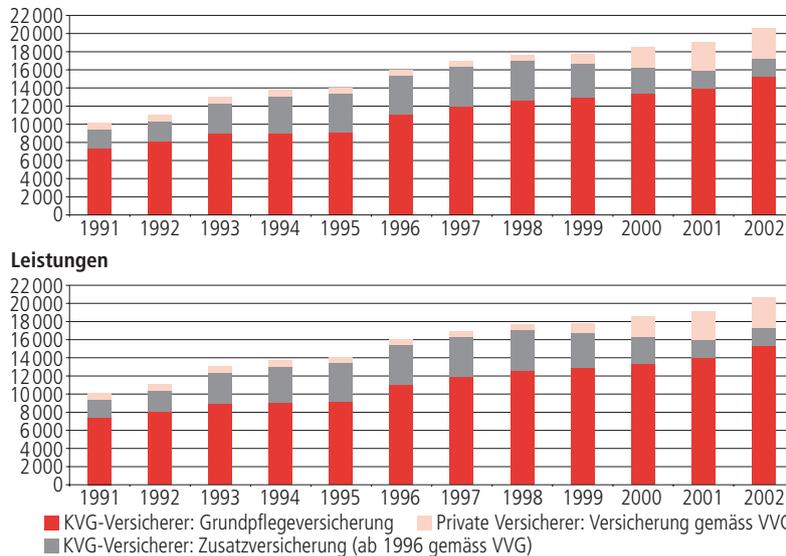
Allgemeinpraktiker keinen Einfluss hat auf die kantonalen monatlichen Durchschnittsprämien der Versicherten. Hingegen steigt die Prämienhöhe in den meisten Kantonen parallel zur Facharztdichte. So weisen beispielsweise die Kantone mit der höchsten Facharztdichte, wie die

Kantone VD, BS und GE, auch die höchsten Prämien auf.

Die Veränderung gegenüber dem Vorjahr für die Grundversicherungsprämien, die auf den im Herbst im Prämienwegweiser veröffentlichten Werten basieren, geben die **vermutliche Entwicklung** der Prämien-

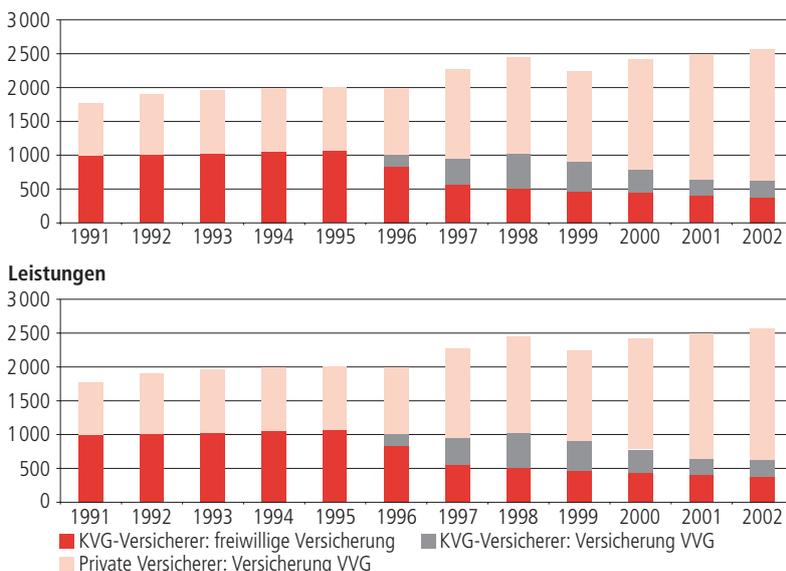
Krankenversicherung (KVG-Versicherer und Privatversicherer) in Mio. Fr.: Prämien

5



Taggeldversicherung in Mio. Fr.: Prämien

6



höhe für die ordentliche Franchise einschliesslich Unfalldeckung wieder. Der nachträglich festgestellte **tatsächliche Prämienanstieg** für die ordentliche Franchise, für die Wahlfranchisen, für die BONUS-Versicherung sowie für die Versicherung mit eingeschränkter Wahl geht aus **Grafik 4** hervor. Auch hier handelt es sich um Richtwerte, die Änderungen bei der Kostenbeteiligung der Versicherten infolge anderer Fran-

chisen und damit verknüpften Prämienermässigungen oder Änderungen bei den Selbsthalten nicht Rechnung tragen. Die allgemeinen Gesundheitskosten (Prämien und Kostenbeteiligungen) sind deshalb für jeden Versicherten je nach Leistungsbezug individuell verschieden.

Der Gesamtmarkt des Krankenversicherungsgeschäfts setzt sich zusammen aus der seit 1996 obligatorischen Krankenpflegeversicherung,

Wo kann man die Statistik beziehen?

Die definitiven Resultate für 2002 sind in der «Statistik der Krankenversicherung 2002» publiziert.

Eine vollständige elektronische Fassung im PDF-Format kann gratis von der BAG-Homepage heruntergeladen werden:

www.bag.admin.ch/kv/statistik/d/index.htm

Eine elektronische Fassung der Exceltabellen (deutsch) kann gratis von der BSV-Homepage heruntergeladen werden: [www.sozialversicherungen.admin.ch/Rubrik KV/Statistiken und Zahlen](http://www.sozialversicherungen.admin.ch/Rubrik_KV/Statistiken_und_Zahlen) (regelmässig aktualisiert).

Die (kostenpflichtige) Papierversion kann bestellt werden beim Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern:

www.bbl.admin.ch/de/bundespublikationen

Bestellnummer: 316.916.02d (deutsch)

den BAG-anerkannten Versicherern und den von ihnen angebotenen Zusatzversicherungen (seit 1996 gemäss VVG) und den Privatversicherern gemäss VVG (ohne Taggeldversicherung). Die Prämien- und Leistungsentwicklung geht aus **Grafik 5** hervor.

Grafik 6 stellt die **Entwicklung des gesamten Taggeldversicherungsmarktes** dar, der sich zusammensetzt aus den KVG-Versicherern, welche die freiwillige Versicherung nach KUVG/KVG seit 1996 und nach VVG anbieten, und den VVG-Privatversicherern. Es ist ein deutlicher Rückgang der freiwilligen Versicherung nach KVG zu verzeichnen, während die Versicherungsdeckung nach VVG zugelegt hat.

Nicolas Siffert, lic. sc. oec., Sektion Statistik und Mathematik, BAG.
E-Mail: Nicolas.Siffert@bag.admin.ch

Finanzierung der Pflegekosten: näher an den Ursachen anknüpfen

Der Bundesrat hat am 23. Juni 2004 die Vernehmlassungsvorlage zur Neuordnung der Pflegefinanzierung verabschiedet. Zur Lösung der finanziellen und sozialpolitischen Probleme, die im Pflegebereich zunehmend anstehen, schlägt der Bundesrat zwei unterschiedliche Modelle vor. Diese unterscheiden sich in der Definition der kassenpflichtigen Leistungen, sehen aber beide eine Stabilisierung der Krankenversicherungsausgaben und Verbesserungen bei den Ergänzungsleistungen vor.



Ursula Scherrer
Bundesamt für Gesundheit

Die steigende Lebenserwartung lässt heute auf einen langen und in der Regel beschwerdefreien Lebensabschnitt nach der Pensionierung hoffen. Zwar wird diese Entwicklung manchmal auch als Belastung für die Gesellschaft wahrgenommen, wie es sich in Begriffen wie «Altersfalle» oder «Überalterung der Gesellschaft» äussert; bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die steigende Lebenserwartung erfreulicherweise auch mit einer längeren Phase des Gesundheits im Alter einhergeht. So erhöhte sich ab Beginn der 80er Jahre bis Ende der 90er Jahre die durch-

schnittliche Lebenserwartung ohne Behinderung der 65-jährigen Frauen um vier Jahre, die Lebensjahre mit Behinderung gingen um zwei Jahre zurück. Bei den 65-jährigen Männern erhöhten sich die behinderungsfreien Jahre in der gleichen Periode um 1,5 Jahre, die Lebensphase mit Behinderung stieg um ein halbes Jahr (bei einer durchschnittlich längeren Lebenserwartung von 2,1 Jahren)¹. Das Kostenwachstum im Pflegebereich fordert jedoch eine neue Ordnung der Finanzierung der Langzeitpflege, welche alle Finanzierungsquellen miteinbezieht und die Koordination unter den Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungszweige verbessert. Die grosse Herausforderung stellt dabei die im Pflegealltag schwierig vorzunehmende Differenzierung zwischen krankheits- und altersbedingter Pflegebedürftigkeit.

Finanzierung der Pflegeleistungen im heutigen Sozialversicherungssystem

Primäre Pflegeleistungen

Die primären Pflegeleistungen werden durch die Kranken-, Unfall-, Militär-, Invaliden- und Alters- und Hinterlassenenversicherung in Form von Geld-, Sach- oder Dienstleistungen erbracht (**Grafik 1**), wobei sich die Leistungen bezüglich Umfang und Anspruchsvoraussetzungen teilweise deutlich unterscheiden. Die folgenden drei Leistungskategorien stehen dabei im Vordergrund:

Heilbehandlungen: Sie umfassen medizinische Massnahmen zur Diagnose oder Behandlung, wozu auch die medizinische Pflege (Behandlungspflege) gehört, welche ambulant, zu Hause, stationär im Spital oder im Pflegeheim durchgeführt werden. Begleitend zur Behandlungspflege ist oftmals Grundpflege² notwendig, d.h. nicht medizinische Pflege, die alle Tätigkeiten beinhaltet, welche die Pflegebedürftigen nicht selbst ausführen können, wie z.B. Beine einbinden, Körperpflege, Essen und Trinken, An- und Auskleiden etc.

Hilfsmittel: Hilfsmittel sind Gegenstände, deren Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag, im Hinblick auf die berufliche oder soziale Eingliederung oder die funktionelle Angewöhnung der anspruchsberechtigten Person.

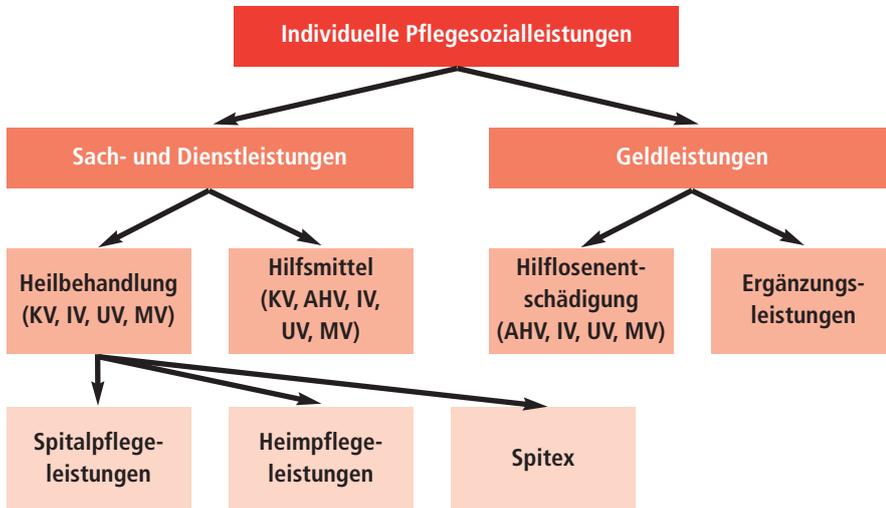
Hilflosenentschädigungen: Menschen, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedürfen³, wird in Form einer Geldleistung eine Entschädigung unabhängig von der fi-

1 François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Bern 2003, S. 27

2 Vgl. Art. 7 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31)

3 So die Legaldefinition der Hilflosigkeit in Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1)

Übersicht der individuellen Pflegeleistungen des Sozialversicherungsrechts 1



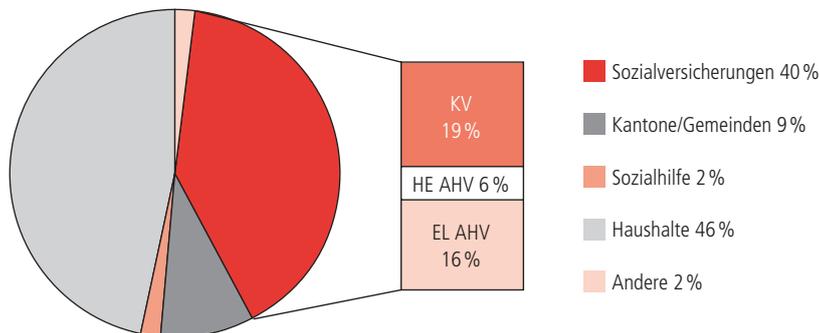
auch Pflegekosten durch die Sozialhilfe finanziert werden müssen. Die Bemessung der sozialhilferechtlichen Leistungen orientiert sich in der Praxis am sogenannten sozialen Existenzminimum, welches über das absolute Existenzminimum hinaus auch die Teilnahme am Sozial- und Arbeitsleben garantiert.

Herausforderungen im Pflegebereich

Limitierte Leistungen bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit

Da die Pflegebedürftigkeit kein eigens versichertes Risiko darstellt, fallen die Leistungen der Sozialversicherungen je nach Ursache der Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichem Umfang aus. Bei altersbedingter Pflegebedürftigkeit, insbesondere bei einem Aufenthalt im Pflegeheim, vermögen die Versicherungsleistungen die Kosten nicht zu decken. Ins Gewicht fällt dabei auch die gesetzliche Begrenzung⁴ der Ergänzungsleistungen für Bewohner/-innen von Heimen, welche derzeit bei einem Jahresbetrag von maximal Fr. 30275 liegt, so dass ein beachtlicher Anteil an den Kosten durch eigene Mittel aufgebracht werden muss (Grafik 2).

Finanzierung der Pflegeheime im Jahr 2001 2



Quellen: BFS, BSV, eigene Berechnungen

nanziellen Bedürftigkeit im Einzelfall ausgerichtet. Dabei wird die Leistung grundsätzlich nach leichter, mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit abgestuft.

Subsidiäre Pflegeleistungen

Ergänzend zu den sozialversicherungsrechtlichen Leistungen und den Eigenmitteln werden folgende soziale Pflegeleistungen an pflegebedürftige Personen ausgerichtet:

Ergänzungsleistungen: Sie bestehen einerseits aus einer monatlich ausgerichteten Geldleistung und andererseits aus der Vergütung von Krankheits- und Behinderungs-

kosten. Anspruchsberechtigt sind Personen, die Leistungen der AHV oder IV beziehen (Renten, Hilflosenentschädigungen, Taggelder) und deren Eigenmittel nicht ausreichen, um die Ausgaben für den allgemeinen Lebensbedarf und/oder die Krankheits- und Behindernungskosten zu decken.

Sozialhilfeleistungen: Aufgrund des verfassungsrechtlich verankerten Rechts auf Hilfe in Notlagen (Art. 12 BV) werden Personen in wirtschaftlichen Notlagen diejenigen Mittel zugesprochen, «die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind», womit grundsätzlich

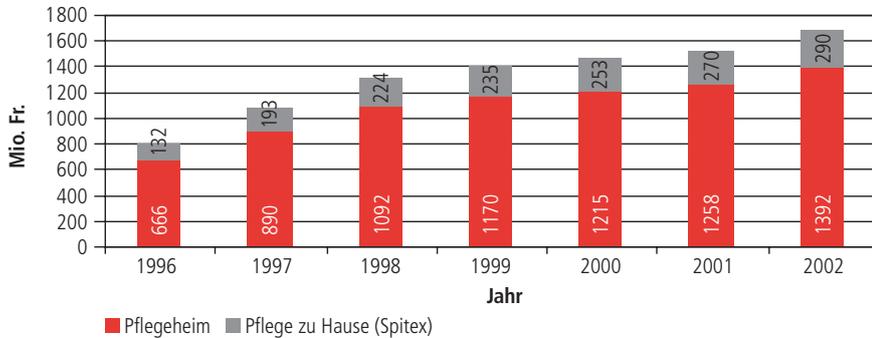
Die Entwicklung der Pflegekosten

Im Jahr 2001 flossen rund 6,5 Milliarden Franken in den Pflegebereich (Pflegeheime und Spitex). Im Vergleich mit dem Jahr 1996, in welchem der Pflegebereich 5,2 Milliarden Franken ausmachte, bedeutet dies eine Zunahme von 25%. Nicht eingeschlossen ist die unentgeltliche Hilfe für Pflegebedürftige, deren Wert für das Jahr 2002 auf 1,2 Milliarden Franken geschätzt wird⁵ und deren Integration in die Gesamtkosten eine deutliche Erhöhung (rund 20%) bewirken würde. Eine Schätzung der Kosten des Pflege-

⁴ Art. 3a Abs. 3 Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG, SR 831.30)

Ausgaben (Bruttoleistungen) der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in Mio. CHF

3



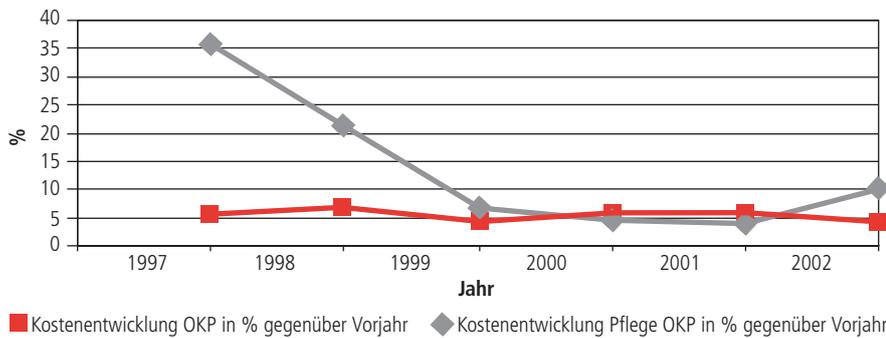
(**Grafiken 3 und 4**). Dies dürfte zumindest teilweise mit den am 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Rahmentarifen⁷ zu erklären sein, die so lange anwendbar sind, bis die Leistungserbringer im Pflegebereich die geforderten Instrumente bezüglich Kostentransparenz eingeführt haben.

Lösungsvorschläge

Ausgehend vom Grundsatz des nach Risiken strukturierten Sozialversicherungssystems, sehen die vorgeschlagenen Finanzierungsmodelle eine ursachengerechtere Verteilung der Pflegekosten vor. Es drängt sich daher auf, die Abgrenzungen zwischen den betroffenen Sozialversicherungszweigen präziser zu definieren, wobei diese Zuordnung nach unterschiedlichen Kriterien erfolgen kann. Die folgenden zwei Modelle basieren einerseits auf einer neuen Definition der Pflegeleistungen und andererseits auf einem zeitlichen Kriterium.

Kostenentwicklung OKP

4



Quelle: Bundesamt für Gesundheit, Krankenversicherungsdatenbank KKDB, Stand Oktober 2003

gebereichs auf der Basis des vom Bundesamt für Statistik entwickelten Bevölkerungsszenarios «Trend» sowie einer von 1995 bis 2000 beobachteten Zeitreihe für die nichtdemografiebedingten Faktoren ergibt einen gesamten Kostenzuwachs von 83 % im Zeitraum von 2000 bis 2020 und einen solchen von 208 % von 2000 bis 2040.

Starke finanzielle Belastung der Krankenversicherung

In der Botschaft vom 6. November 1991 über die Revision der Krankenversicherung⁶ wurden die Kosten der Leistungserweiterung für den Pflegeheimbereich auf 560 Mio. Franken geschätzt. Diese geschätzten Mehrkosten wurden, ausgehend von den entsprechenden Leistungsausgaben der Krankenversicherung im Jahr 1995, im Jahr 1999 erstmals übertroffen. Die rückwirkende Betrachtung der zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verrechneten Kosten zeigt, dass der Kostenanstieg von 1999 an zurückging und sich im Trend an die durchschnittliche Kostenentwicklung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung annähert

Leistungsbezogener Ansatz (Modell A)

Ist im Einzelfall Behandlungspflege erforderlich, so wird vermutet, dass eine allfällig ebenfalls indizierte Grundpflege für die Bewältigung in den alltäglichen Lebensverrichtungen wegen des zwingend bestehenden Krankheitshintergrundes komplexer Art ist, d.h. medizinisches und/oder pflegerisches Fachwissen erfordert, und damit in den Leistungsbereich der Krankenversicherung fällt. In *komplexen Pflegesituationen* werden die Leistungen daher sowohl für die Grund- als auch für die Behandlungspflege von der Krankenversicherung vergütet. Im Gegenzug werden im Heim die AHV-Hilflosenentschädigung für mittelschwere und schwere Hilflosigkeit gestrichen.

In allen Fällen ohne Behandlungspflegebedarf, mithin in *einfachen Pflegesituationen* ohne Krankheits-

5 Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz aufgrund der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, Statistik der Schweiz, Neuchâtel 2002

6 BBl 1992 I 220

7 Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL, SR 832.104)

Mehr- bzw. Minderausgaben des Finanzierungsmodells A gegenüber dem Status quo (in Mio. CHF)

5

	Leistungen für Grundpflege		Behandlungspflege	Total
	Einfache Pflegesituationen	Komplexe Pflegesituationen		
OKP	- 424	+361	0	- 63
AHV-HE + 20 (leichte HE)				
+ 12 (Karenzfrist)		-190	0	- 158
EL	+236 (Aufhebung der EL-Begrenzung für Personen im Heim)			+236
Total				+ 15
OKP	obligatorische Krankenversicherung			
AHV-HE	Hilflosenentschädigungen zur AHV			
EL	Ergänzungsleistungen			

Mehr- bzw. Minderausgaben des Finanzierungsmodells B gegenüber dem Status quo (in Mio. CHF)

6

	Leistungen für Grundpflege		Leistungen für Behandlungspflege		Total
	Akut	Langzeit	Akut	Langzeit	
OKP			0 ¹⁰		0
AHV-HE			0		0
EL	+ 236 (Aufhebung der EL-Begrenzung für Personen im Heim)				+236
Total					+236

hintergrund, werden hingegen von der Krankenversicherung keine Leistungen mehr vergütet. Als Kompensation – und als Anreiz, möglichst lange keine stationären Infrastrukturen zu beanspruchen – wird in der AHV für Personen, die zu Hause leben, eine Hilflosenentschädigung für leichte Hilflosigkeit eingeführt. Daneben wird eine Verkürzung der bestehenden Wartezeit von mindestens einem Jahr auf neun Monate für alle Bezüger/-innen von Hilflosenentschädigungen der AHV vorgeschlagen. Während der ersten neun Monate müssen diese Leistungen aus eigenen Mitteln, evtl. aus Ergänzungsleistungen, finanziert werden. Das Modell A findet nur auf Personen im AHV-Rententaler Anwendung.

Zeitlicher Ansatz (Modell B)

Im Hinblick auf die Revision des KVG wurde ein externes Expertenteam beauftragt, neue Finanzie-

rungsmodelle zu prüfen. Das im Expertenbericht vom 23. Februar 2004⁸ empfohlene Modell unterscheidet im Krankenversicherungsbereich zwischen der Finanzierung der Akutpflege (Überbrückungspflege in Heimen und Akutpflege Spitex) und der Finanzierung der Langzeitpflege:

Bei der Akutpflege werden die vollen Kosten der Pflegeleistungen nach KVG von den Versicherern übernommen. Die Langzeitpflege wird von den Versicherern, der öffentlichen Hand (über einen gezielten Ausbau der Ergänzungsleistungen) und den Pflegebedürftigen gemeinsam finanziert, wobei die Krankenversicherer einen «Beitrag» an die Kosten der Langzeitpflege leisten; dieser Beitrag wird dabei so festgelegt, dass die Krankenversicherung gegenüber der heute geltenden Regelung mit behördlich festgelegten Rahmentarifen nicht zusätzlich finanziell belastet wird.

Die Abgrenzung zwischen Akut- und Langzeitpflege wird nach zeitlichen Kriterien festgelegt, jedoch soll keine starre Limite gesetzt werden, sondern ein Richtwert, der bei 90 Tagen liegen könnte, jedoch unter gewissen Umständen auch verlängerbar wäre (auf Antrag an den Vertrauensarzt).

Sozialpolitische Massnahme: Ausbau der Ergänzungsleistungen

Da mit beiden Modellen eine stärkere Belastung der privaten Haushalte zu erwarten ist, scheint eine sozialpolitische Massnahme durch den Ausbau der Ergänzungsleistungen angezeigt. Konkret sollen in beiden Modellen die jährlichen Ergänzungsleistungen für Bewohner/-innen von Heimen in der Höhe nicht mehr eingeschränkt sein. Im Gegenzug wird angenommen, dass alle Kantone von ihrer heute schon bestehenden Kompetenz⁹ Gebrauch machen und einen Höchstbetrag für die massgebenden Heimtaxen vorsehen werden.

Finanzielle Auswirkungen**Modell A**

Die wesentlichen Veränderungen in der Krankenversicherung ergeben sich aus der Finanzierung der gesamten Kosten für die Grundpflege in komplexen Pflegesituationen (**Tab. 5**). Bei der nicht krankheitsbedingten, d.h. einfachen Grundpflege, erfolgt hingegen eine Entlastung der Krankenversicherung.

Im Bereich der AHV-Hilflosenentschädigungen führt die Entschädigung für leichte Hilflosigkeit und die Verkürzung der Karenzfrist von zwölf auf neun Monate zu Mehrkos-

⁸ Rolf Iten/Stephan Hammer, Finanzierung der Pflege, Zürich 2004

⁹ Art. 5 Abs. 3 Bst. a ELG

¹⁰ Es wird unterstellt, dass der Beitrag an die Langzeitpflege so festgelegt wird, dass die heutige Belastung der Krankenversicherung (gemäss Rahmentarifordnung) unverändert bleibt. Gegenüber dem Vollkostenansatz des geltenden Rechts handelt es sich jedoch um einen Leistungsabbau.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) fördert die Prävention

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Herausforderungen im Pflegesektor hat das BAG im März 2004 die Vorarbeiten für ein Projekt «Altern und Gesundheit» begonnen. Dies mit dem Ziel, bei den Diskussionen und Entscheiden in den Themenkreisen «Altern und Gesundheit», «Altern und Medizin», «Altern und Pflege» sowie «Altern und soziale Sicherheit im Krankheits- und Pflegefall» eine aktive Rolle zu übernehmen. Mit diesem Projekt will das BAG unter anderem die Gesundheitsförderung und Prävention verstärken und damit zu einem gebremsten Wachstum der Pflegekosten und zur langfristigen Sicherung der Pflegefinanzierung beitragen.

ten. Andererseits bewirkt die Aufhebung der Hilfenentschädigung für Pflegeheimbewohner/-innen eine deutliche Entlastung.

Modell B

In Modell B wird der Finanzierungsanteil in der Krankenversicherung durch die Beiträge an die Langzeitpflege nicht zusätzlich belastet. Die AHV-Hilfenentschädigung wird im gleichen Ausmass wie bisher beibehalten. Das Hauptgewicht des Modells liegt somit bei den Ergänzungsleistungen, wobei hier die ana-

loge Reform wie im Modell A vorgeschlagen wird (**Tab. 6**).

Ausblick

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2004 im Rahmen seiner Reformplanung zur Krankenversicherung entschieden, dem Parlament bis Ende 2004 eine Botschaft zur Neuordnung der Pflegefinanzierung vorzulegen. Die Vorlage wurde am 23. Juni 2004 vom Bundesrat verabschiedet und ist bis am 24. September 2004 in der

Vernehmlassung. Der erläuternde Bericht ist im Internet unter www.bag.admin.ch/kv/projekte/d/index.htm abrufbar.

Mit dem Erfüllen der Voraussetzungen der Kostentransparenz durch die Pflegeheime (vgl. oben Punkt 3.3) wäre mit einem Kostenschub zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu rechnen. Im Sinne einer Übergangsregelung hat der Bundesrat in seiner Botschaft vom 26. Mai 2004 zur Teilrevision des KVG (Botschaft 1A «Strategie und dringliche Punkte») deshalb vorgeschlagen, die Rahmentarife bis zum In-Kraft-Treten der Neuregelung der Pflegefinanzierung, längstens jedoch bis zum 31. Dezember 2006, weiterzuführen und nach einer Anpassung der beiden oberen Pflegebedarfsstufen einzufrieren.

Dieser Artikel beruht auf den Arbeitsergebnissen der Arbeitsgruppe «Pflegefinanzierung» des BSV und BAG.

Ursula Scherrer, lic. iur., Sektion Rechtsetzung und Grundlagen, BAG.
E-Mail: ursula.scherrer@bag.admin.ch

Frauen verursachen weniger stark Gesundheitskosten als bisher angenommen

Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und des Bundesamtes für Gesundheit, Fachstelle Gender Health, belegt: Zwar beziehen Frauen im Gesundheitswesen mehr Leistungen als Männer. Doch die Differenz zu Lasten der Frauen geht zu einem grossen Teil auf ihre längere Lebenserwartung und die Kosten für Schwangerschaft und Geburt, die einseitig den Frauen angerechnet werden. Zudem tragen Frauen wesentlich mehr zur Entlastung der Kosten bei: Sie sind weitaus stärker zu Hause in der Pflege engagiert als Männer.



Paul Camenzind
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, BFS

Warum eine Studie zu geschlechterspezifischen Gesundheitskosten?

Betrachtet man ausschliesslich die Gesundheitskosten, welche die Krankenversicherer übernehmen,

Paul Camenzind, Claudia Meier (Hrsg.), *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Mit Beiträgen von Paola Coda Berteau¹, Isabelle Sturny², Fabienne Peter³ und Elisabeth Zemp Stutz⁴. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Verlag Hans-Huber, Bern 2004, ISBN 3-456-84096-9. Die französische Version des Buches erscheint im September 2004.

so liegt der Schluss nahe, dass Frauen eine höhere Nachfrage nach medizinischen Leistungen haben und höhere Gesundheitskosten verursachen als Männer. Die Krankenversicherungen finanzieren jedoch in der Schweiz nur ein Drittel der ausgewiesenen Gesundheitsleistungen. Die anderen zwei Drittel werden durch andere Sozialversicherungen, staatliche Beiträge im stationären und ambulanten Bereich, Direktzahlungen von Privaten sowie durch Privatversicherungen bezahlt. Die Geschlechterverteilung der Kosten in diesen Bereichen wurde bisher kaum untersucht. Zudem erfassen bestehende Statistiken zu den Gesundheitskosten gewisse Gesundheitsleistungen nicht, so etwa die informellen Pflegeleistungen von Familienangehörigen oder Bekannten.

Zielsetzung der Studie war es deshalb, eine geschlechtersensitive Kos-

tenanalyse unter Berücksichtigung aller relevanten Bereiche der Gesundheitsausgaben anzustreben. Allerdings konnte dieser Anspruch nur begrenzt eingelöst werden, da detaillierte Daten, welche nach Geschlecht aufgeschlüsselt verfügbar sind, sich auf die obligatorische Krankenversicherung (OKP) beschränken. Hierzu wurden die Daten des Datenpools des Krankenversicherungsverbandes santésuisse im Hinblick auf Geschlechterunterschiede analysiert, um zu verstehen, ob und wieso Frauen höhere Krankenversicherungskosten aufweisen als Männer. Die Analyse weiterer Finanzierungsquellen war dadurch eingeschränkt, dass gewisse Daten nicht zugänglich waren, nicht geschlechtergetrennt zur Verfügung standen oder gar nicht vorhanden waren. Die Studie präsentiert Vorschläge, wonach weitere Kosten berücksichtigt werden sollen und versucht, die finanziellen Grössenordnungen einiger Bereiche zu schätzen; sie diskutiert diese Bereiche, indem sie die internationale Literatur sowie Resultate anderer Studien berücksichtigt.

Die Studie geht auch der Frage nach, was Geschlechtergerechtigkeit im Zusammenhang mit Gesundheitskosten bedeutet. Dabei wurden einerseits die genderspezifische Aussagekraft und die Lücken gegenwärtig verfügbarer ökonomischer Konzepte erörtert. Andererseits wurde aus konzeptioneller Sicht auf gesundheitliche Geschlechterunterschiede eingegan-

- 1 Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel
- 2 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- 3 Wirtschaftswissenschaftliches Zentrum der Universität Basel
- 4 Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

gen, die aufgrund biologischer und sozialer Unterschiede bestehen und unterschiedliche Bedürfnisse bedingen. Die Studie sollte zudem Hinweise zur Gestaltung einer geschlechterspezifischen Dokumentation der Gesundheitskosten in der Schweiz und Grundlagen für künftige Entscheide und Interventionen liefern.

Vorgehensweise

Mit dem Datenpool von santésuisse wurde eine detaillierte geschlechterspezifische Analyse der OKP-Kosten vorgenommen. Es standen die Daten der Berichtsjahre 1997 bis 2001 zur Verfügung. Nebst dem Datenpool wurden weitere Finanzierungsquellen des Gesundheitswesens betrachtet. Einerseits handelt es sich dabei um weitere Direktzahler (Sozialversicherungen, Staat, private Haushalte, Privatversicherungen), andererseits um solche Leistungen, die bis heute in den Gesundheitskosten nicht erfasst sind, wie die informelle Pflege von Verwandten und Bekannten. Da diese Daten nicht nach Geschlecht aufgeschlüsselt zur Verfügung standen oder teilweise gar nicht systematisch erfasst sind, waren Schätzungen der Kostenaufteilung auf Frauen und Männer notwendig. Zu anderen Fragen (z.B. unbezahlte Pflegeleistungen, Gewalt) lagen die Resultate verschiedener Schweizer Studien sowie Ergebnisse aus der internationalen Literatur vor.

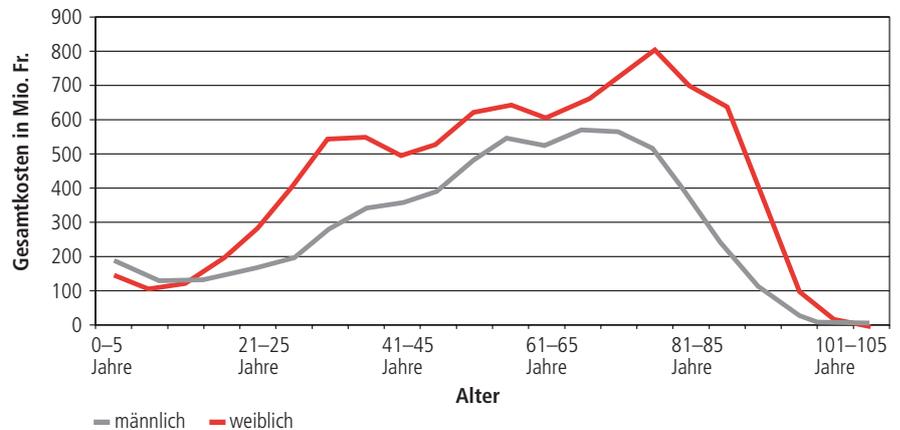
Ergebnisse der Literatur- und Datenanalysen

Literaturanalyse

Die Literaturanalyse ergab, dass sich geschlechterspezifische Unterschiede in der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und in den Gesundheitskosten aus biologischen und sozialen Unterschieden, wie zum Beispiel der unterschiedlichen

Gesamtkosten OKP nach Alter und Geschlecht, 2001

1



Quelle: Datenpool santésuisse / Auswertung Obsan

Lebenserwartung von Frauen und Männern, der höheren Lungenkrebsrate bei Männern, oder aus Unterschieden im Zusammenhang mit der reproduktiven Gesundheit ergeben. Auf der Angebotseite spielen unbezahlte Pflegeleistungen an nahe stehende Personen eine grosse Rolle: Männer haben aufgrund der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung und der längeren Lebenserwartung der Frauen eher Zugang zu unbezahlten Pflegeleistungen als Frauen. Ein weiterer angebotsseitiger Faktor ist die Qualität des medizinischen Angebots und damit verbunden die Frage, ob die Bedürfnisse angemessen abgedeckt werden und wie das vorhandene Angebot und das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte die Nachfrage nach Leistungen beeinflusst. Aus zahlreichen Studien – nicht nur im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen – geht hervor, dass das Geschlecht der Patienten diagnostische und therapeutische Entscheide mitbestimmt. Geschlechterstereotype scheinen zudem auch nachteilige Auswirkungen auf die Qualität der Betreuung zu haben. Wenn solche Betreuungsunterschiede zu längeren Behandlungen bzw. sogar zu Fehlbehandlungen führen, fallen entsprechend Mehrkosten an. Dies gilt auch für die Wissenslücken, die im biomed-

zinischen Grundwissen bezüglich der Gesundheit von Frauen bestehen.

Datenpool santésuisse

Gemäss Datenpool santésuisse wurden im Jahr 2001 den Krankenversicherern für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) insgesamt 15,4 Milliarden Franken – 9,2 Milliarden für Frauen und 6,2 Milliarden für Männer – in Rechnung gestellt. Am meisten Ausgaben fielen dabei für die Spitäler (6,8 Milliarden), die Ärztinnen und Ärzte in ambulanter Praxis (5 Milliarden) und die Apotheken (2,1 Milliarden) an. Die Kosten für Physiotherapie, Laboratorien und Spitex lagen zwischen einer viertel und einer halben Milliarde Franken. Für alle diese Leistungserbringer waren die Beträge bei den Frauen höher als bei den Männern, was insgesamt zum Unterschied zwischen den Geschlechtern in Höhe von drei Milliarden Franken führte (**Abbildung 1**).

Über die Hälfte dieses Unterschieds in den Gesamtkosten lässt sich durch die Tatsache erklären, dass Frauen länger leben als Männer. Die Frauen verfügen über mehr Jahre, in denen ihre Gesundheitsversorgung gedeckt sein muss. Gleich wie bei den Männern sind die

letzten Jahre vor dem Tod die kostenintensivsten. Die unterschiedliche Lebenserwartung von Frauen und Männern führt dazu, dass der Gipfel der Gesamtausgaben bei Frauen zehn Jahre später liegt als bei den Männern.

In der Lebensspanne um 30 Jahre sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Frauen bei den kostspieligen Leistungserbringern (Spitäler, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Laboratorien) doppelt bis viermal so hoch wie für Männer; die Mutterschaft fällt in diese Lebensspanne. Die Krankenversicherer tragen diese Gesundheitskosten: regelmässige Untersuchungen, Labor- und andere Analysen, Geburt, Wochenbett, Nachkontrollen. Auch Familienplanungsmassnahmen (Verhütung, Fertilitätsuntersuchungen) fallen in diese Periode. Die Daten zeigten sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich, dass bei den Spezialisten die Ausgaben für Ärztinnen und Ärzte des Fachbereichs Gynäkologie/Geburtshilfe für die Altersklassen zwischen 21 und 40 Jahren am höchsten sind und zwei Drittel der Unterschiede zwischen Frauen und Männern bei den Pro-Kopf-Kosten in dieser Lebensspanne erklären. Auch ist die sexuelle und reproduktive Gesundheit für Frauen lebenslang von grösserer Bedeutung als für Männer und verursacht somit auch deutlich höhere Kosten. Die gesamten ärztlichen Kosten für Urologie beliefen sich im Jahr 2001 auf ein Sechstel der Gesamtausgaben für Gynäkologie/Geburtshilfe. Ausserdem betrafen die ambulanten ärztlichen Kosten für Urologie vorwiegend Männer im Alter ab 55 Jahren, während die Kosten für Gynäkologie/Geburtshilfe praktisch das ganze Leben anfallen.

Die vermehrten Ausgaben für Frauen im hohen Alter fallen ausschliesslich bei den Spitälern an. Die detailliertere Analyse des stationären Kostenbereichs zeigte, dass die höheren Pro-Kopf-Ausgaben für

Frauen durch die höheren Ausgaben für Pflegeheime sowie die Krankenhausabteilung «Geriatric» zustande kommen. Dies kommt daher, dass Frauen länger leben als Männer und ihre Partner länger zu Hause betreuen als umgekehrt.

Demgegenüber sind in zwei Lebensphasen die Pro-Kopf-Ausgaben bei den Männern höher: am Lebensanfang (bis zu 15 Jahren) und im Alter um 70 Jahre. Knaben haben aufgrund von Reifungsprozessen in der frühen Kindheit mehr Gesundheitsprobleme als Mädchen. Dazu kommt, dass sie mehr Unfälle haben als Mädchen. Knaben wiesen deshalb höhere Pro-Kopf-Kosten für praktisch alle betrachteten Leistungserbringer auf. Die zweite Periode, in der Männer im Durchschnitt mehr Kosten verursachen als Frauen, betrifft jene Altersklassen, in denen sich bei Männern vergleichsweise viele Todesfälle ereignen. So haben Männer in dieser Altersspanne vor allem höhere Spalkosten als Frauen, und dies vorwiegend in den Abteilungen, in denen sich eher altersbedingte Todesfälle ereignen: Innere Medizin, Chirurgie und Intensivmedizin.

Im ambulanten ärztlichen Bereich sind die Geschlechterunterschiede bei den Spezialistenkosten ausgeprägter als bei den Grundversorgerkosten. Bei den Spezialisten in ambulanten Praxen weisen Frauen bis ins hohe Alter höhere Pro-Kopf-Kosten auf als Männer. Dieser Unterschied ist wiederum am ausgeprägtesten im Alter um 30 Jahre und wird zu zwei Dritteln durch die Kosten für Frauenärztinnen und -ärzte bestimmt. Der Unterschied zwischen Frauen und Männern in den Ausgaben für Spezialisten in ambulanter Praxis bleibt aber bis in die Altersklasse der 56- bis 60-Jährigen relativ hoch. Erklären lässt sich das zum Teil dadurch, dass Frauen das ganze Leben hindurch, aber vorwiegend im erwerbstätigen Alter, deutlich höhere ambulante Psychiatriekosten aufweisen als Männer.

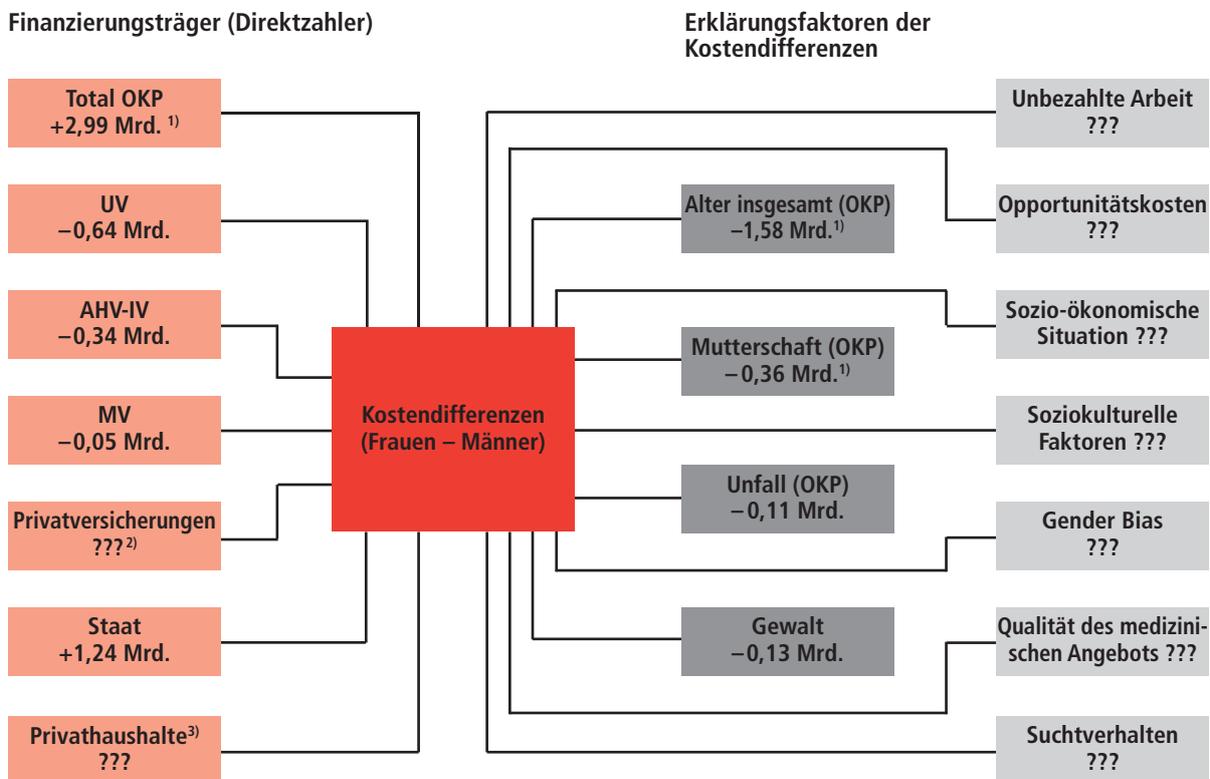
Im psychiatrischen Spitalbereich dagegen sind die Geschlechterunterschiede weniger ausgeprägt. Für Männer fallen über fast alle Alterskategorien hinweg höhere Pro-Kopf-Kosten in psychiatrischen Kliniken als bei den ambulanten Leistungserbringern an. Bei den Frauen zwischen dem 26. und dem 50. Lebensjahr ist dies gerade umgekehrt: In dieser Zeit sind ihre ambulanten psychiatrischen Kosten höher als ihre Kosten in psychiatrischen Kliniken. Es scheint, dass Frauen und Männer einen unterschiedlichen Zugang zu psychiatrischen Leistungen haben: Männer kommen erst in einer späteren Krankheitsphase mit der Psychiatrie in Kontakt, nämlich dann, wenn eine Hospitalisierung nicht mehr vermeidbar ist.

Weitere Datenquellen

Werden die anderen Finanzierungsträger des Gesundheitswesens betrachtet, so ergibt sich bei der Geschlechterverteilung der Ausgaben ein anderes Bild (vgl. dazu auch **Abbildung 2**). Bei den übrigen Sozialversicherungen (8% der gesamten Gesundheitskosten) wie zum Beispiel der Unfallversicherung entfielen im Jahr 2001 72% der Kosten auf Männer, was einen Mehrbetrag von 640 Millionen Franken bedeutet. Dies lässt sich einerseits dadurch erklären, dass mehr Männer in der Unfallversicherung versichert sind, andererseits führt die grössere Risikoneigung der Männer (Auto, Sport etc.) zu mehr Unfällen und somit zu höheren Ausgaben. Ähnlich sieht es bei der Invaliden-, Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie bei der Militärversicherung aus. Ihre Gesundheitsleistungen kommen in grösserer Masse den Männern zugute. Im Jahr 2001 wurden von den knapp 2,2 Milliarden Franken rund 390 Millionen Franken mehr für Männer ausgegeben.

Im Gegensatz dazu zeigen die Schätzungen, dass die staatlichen Ausgaben (17% der gesamten Gesundheitskosten) in grösserem Aus-

Gesundheitskosten 2001: Geschlechterspezifische Kostendifferenzen und Erklärungsfaktoren



- 1) Diese Werte wurden nicht auf 100% gemäss Risikoausgleich hochgerechnet, sondern betragen 93% gemäss Datenpool.
- 2) Bei Finanzierungsträgern bzw. Erklärungsfaktoren, wo Kostenschätzungen mit zu grossen Unsicherheiten verbunden waren, stehen anstelle einer Zahl drei Fragezeichen (???)
- 3) Gemäss Schätzungen entfallen rund zwei Drittel der «Out-of-pocket»-Kosten auf Frauen (8,00 Milliarden gegenüber 4,12 Milliarden, die auf Männer entfallen). In diesem Kostenbereich besteht die grösste Geschlechterdifferenz. Je nach Betrachtungsweise dieser Kostenart wird die Geschlechterbilanz erhöht oder vermindert: falls die Out-of-pocket-Ausgaben als Kosten angesehen werden, die bei Frauen anfallen, erhöhen sie die Geschlechterdifferenz um 3,88 Milliarden Franken, falls sie als Kosten betrachtet werden, für welche die Frauen aufkommen, vermindern sie die Kostendifferenz um 3,88 Milliarden Franken.

Quelle: Camenzind, Meier (Hrsg.): Gesundheitskosten und Geschlecht, S. 126

mass für Frauen entrichtet werden. Von den 7,8 Milliarden Franken werden ca. 1,2 Milliarden mehr für Frauen ausgegeben. Ein Teil dieses Unterschieds lässt sich wiederum durch die unterschiedliche Altersstruktur der Frauen und Männer erklären. Da Frauen älter werden und weniger auf informelle Pflegeleistungen zurückgreifen können, kommen die staatlichen Ausgaben, welche vorwiegend Spitäler und sozialmedizinische Institutionen subventionieren, den Frauen mehr zugute als den Männern.

Weiter fällt ins Gewicht, dass Frauen einen viel grösseren Teil der

Kosten selber bezahlen als die Männer. Diese «Out of pocket»-Ausgaben der Haushalte wie z.B. selber gekaufte Medikamente machen mit über 12 Milliarden Franken 26% der gesamten Gesundheitsausgaben aus. Die Schätzungen ergaben, dass auf die Frauen rund zwei Drittel der «Out of pocket»-Leistungen entfallen (8 Milliarden).

10% der gesamten Gesundheitskosten werden durch Privatversicherungen gedeckt. Die Datenlage im Bereich der gesamtschweizerischen Statistik der Privatversicherungen erlaubt jedoch keine geschlechterspezifische Analyse. So fehlen einer-

seits Angaben zur Anzahl Frauen und Männer, die ihre Gesundheitsrisiken privat versichern lassen, sowie Informationen über die Altersverteilung der versicherten Personen, die Höhe der bezahlten Prämien und die versicherten Risiken. Andererseits lassen sich auch die von den Privatversicherungen übernommenen Gesundheitskosten nicht nach Frauen und Männern und nach der Art der Leistungen aufteilen.

Neben den in der offiziellen Gesundheitsstatistik erfassten Finanzierungsträgern gibt es weitere Faktoren, die bei einer geschlechtersensitiven Kostenanalyse berücksichtigt

werden müssen. Ein wichtiges Element sind dabei die unbezahlten Pflegeleistungen, die Ehepartnerinnen und -partner, Verwandte oder Nachbarn zu Hause erbringen. Wie verschiedene Studien zeigen, verrichten diese unbezahlte Arbeit mehrheitlich Frauen. Informelle Pflegeleistungen beeinflussen nicht nur das Wohlbefinden der Bevölkerung, sie tragen auch zur Senkung der Gesundheitskosten bei, weil Spitex, Pflegeheime und andere Leistungen des Gesundheitswesens weniger beansprucht werden. Frauen «bezahlen» hierfür doppelt: Einerseits erbringen sie gratis Leistungen, die nirgendwo aufgeführt sind, die aber die Gesundheitskosten der Männer verringern, andererseits können sie selber bei Bedürftigkeit viel weniger auf entsprechende Hilfe zurückgreifen und müssen in Institutionen gepflegt werden, was wiederum die Kosten für Frauen ansteigen lässt. Während die von Frauen bezogenen Leistungen in die Gesundheitsstatistik einfließen, bleiben ihre informell erbrachten Leistungen unbeachtet. Angesichts des wachsenden Kostendrucks im Gesundheitswesen ist die Gefahr gross, dass Pflegeleistungen zunehmend auf den informellen Sektor und damit auf unbezahlte Frauenarbeit abgewälzt werden.

In der Schweiz kommt über einer Million Menschen informelle Hilfe zugute, und es leisten 850 000 Personen häufige informelle Hilfe. Das Ausmass der informellen Hilfe übertrifft jenes der Spitex bei wei-

tem. Daten aus einer Studie zeigen, dass im Jahr 1995 Frauen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren deutlich mehr unbezahlte Hilfe leisteten als Männer. So wird Hilfe, die mehr als zwei Stunden täglich beansprucht, zu 77 % von Frauen und 23 % von Männern erbracht. Den Frauen, die unbezahlte Pflegeleistungen erbringen, entstehen dadurch zusätzlich direkte Kosten sowie Opportunitätskosten durch entgangene Erwerbstätigkeit, vermehrten Stress etc.

Auch das Thema Gewalt wird im Zusammenhang mit Gesundheitskosten oft unterschätzt: Gewalt verursacht hohe Kosten, unter anderem auch im medizinischen Bereich. In der Schweiz wurden für 1998 Ausgaben in Folge von Gewalt gegen Frauen in Höhe von 80 Millionen Franken für ärztliche Leistungen, 30 Millionen für Spital und 23 Millionen für Medikamente geschätzt, was Gesamtausgaben von 134 Millionen Franken ausmacht. Zwar sind sowohl Männer als auch Frauen von Gewalt betroffen, in den meisten Fällen von Gewaltausübung sind jedoch die Täter Männer.

Schlussfolgerungen

Die Resultate dieser Studie zeigen, dass die Aussage, Frauen verursachen höhere Gesundheitskosten als Männer, zu undifferenziert ist. Werden bei der Kostenanalyse die Pro-Kopf-Kosten betrachtet und – neben den Krankenversicherungs-

leistungen – auch die Ausgaben anderer Finanzierungsträger einbezogen, lasten die Gesundheitskosten weit weniger eindeutig auf Frauen-seite.

Für eine fundierte geschlechtersensitive Gesamtbeurteilung der Gesundheitskosten müsste jedoch die derzeit bestehende Datengrundlage in folgenden Bereichen verbessert werden: Beschaffung von Informationen zur informellen Hilfe, Ergänzung personenbezogener und diagnostischer Angaben bei den Krankenversicherungsdaten sowie geschlechtergetrenntes Ausweisen der von weiteren Finanzierungsträgern (Privatversicherungen, Out of Pocket etc.) übernommenen Gesundheitsausgaben.

Die Ergebnisse weisen klar darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Ausgestaltung der Versorgung und für eine geschlechtergerechte Ressourcenverteilung die Bedürfnisse eingeschlossen werden muss. Sie zeigen auch, dass die Frage, wie mit den Besonderheiten der Geschlechter – welchen Ursprungs diese auch sind – umgegangen werden soll, in die gesundheitspolitische Diskussion gehört.

Paul Camenzind, lic.rer.pol./dipl.stat., wissenschaftl. Projektleiter, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
E-Mail: paul.camenzind@bfs.admin.ch

Massnahmen zur beruflichen Eingliederung

In der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) gilt der Grundsatz «Eingliederung vor Rente». Die Invalidenversicherung setzt sich daher zum Ziel, gesundheitlich beeinträchtigte Personen wenn immer möglich im Arbeitsprozess halten zu können. Zu diesem Zweck kann die Invalidenversicherung Unterstützung in Form von beruflichen Massnahmen bieten. Jährlich werden mehr als 4000 berufliche Massnahmen im Bereich der Umschulung und der erstmaligen beruflichen Ausbildung abgeschlossen. Dazu kommen weitere Massnahmen, welche der beruflichen Eingliederung dienen, wie etwa die IV-interne Berufsberatung, die Stellenvermittlung und die Kapitalhilfe. Über den Beitrag dieser Massnahmen zur beruflichen Eingliederung ist bis heute noch wenig bekannt. Eine vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) seit 1999 jährlich durchgeführte Wirkungsanalyse konnte eine hohe Erfolgsquote für die Umschulung und die erstmalige berufliche Ausbildung nachweisen.¹ Die im Auftrag des BSV durchgeführte Studie «Berufliche Eingliederung in der Eidgenössischen Invalidenversicherung» soll eine vertiefte Analyse der Zugangswahrscheinlichkeit zu beruflichen Massnahmen und deren Erfolgsquoten ermöglichen.²

len unterschiedliche Zugangskriterien zu beruflichen Eingliederungsangeboten existieren und diese einen Einfluss auf die Erfolgsquoten der IV-Stellen haben. Die Beantwortung dieser Fragen erscheint vor dem Hintergrund der vom Bundesamt für Sozialversicherung angestrebten Leistungsziele für die IV-Stellen im Bereich der beruflichen Eingliederung von hohem Interesse.³ Im Zentrum der Studie stehen daher die folgenden drei Fragen bezüglich der Einleitung und der Wirkung von beruflichen Massnahmen.

1. Welche Massnahmen werden von der Invalidenversicherung eingeleitet?
2. Welche personen-, berufs- und behinderungsspezifischen Merkmale beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass eine berufliche Massnahme eingeleitet wird?
3. Welche personen-, berufs- und behinderungsspezifischen Merkmale beeinflussen die Rentensituation und welche Rolle kommt dabei den eingeleiteten beruflichen Massnahmen zu?

Methodisches Vorgehen

Die Untersuchung basiert auf der Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden. Im Jahr 2002 wurde bei 1000 versicherten Personen, welche im Jahr 1997 einen Entscheid auf ein Gesuch für Leistungen der Invalidenversicherung erhalten haben, eine telefonische Befragung durchgeführt. Beim Entscheid der Invalidenversicherung kann es sich

- um eine Ablehnung von Leistungen der Invalidenversicherung,
- die Einleitung einer beruflichen Massnahme



Oliver Bieri

Interface Institut für Politikstudien, Luzern



Cornelia Furrer

Interface Institut für Politikstudien, Luzern

1 Bundesamt für Sozialversicherung: Statistische Wirkungsanalyse der beruflichen Massnahmen, wird seit 1999 jährlich durchgeführt. Vgl. auch Buri M. (2000): Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung, Soziale Sicherheit 6/2000, S. 327–330.

2 Die Studie wird demnächst in der Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit» des BSV publiziert.

3 Bundesamt für Sozialversicherung, Abteilung IV (2001): Projekt: Leistungsziele IVST 2002, Bern.

Die kantonalen IV-Stellen sind massgeblich für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bezüglich der verschiedenen Angebote der beruflichen Eingliederung verantwortlich. Dabei verfügen die IV-Stellen über einen gewissen Handlungsspielraum. Es stellt sich daher die Frage, ob bei verschiedenen IV-Stel-

- oder die Zusprache einer Rente handeln.

Die Befragung ist auf der Basis von Adressmaterial der kantonalen IV-Stellen Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Genf und Luzern durchgeführt worden. Die telefonische Befragung hat ermöglicht, dass die vom Bundesamt für Sozialversicherung bisher statistisch nicht erfassten Eingliederungsmassnahmen der kantonalen IV-Stellen (Berufsberatung, Stellenvermittlung, Arbeitsversuche und Arbeitstrainings) in der Studie berücksichtigt werden konnten.

Die Auswertung der Umfragedaten erfolgte mittels deskriptiv-statistischer Analysen und der Berechnung von logistischen Regressionsmodellen. Letztere erlauben die Analyse multivariater Zusammenhänge. Zur Vertiefung und Validierung der statistischen Ergebnisse wurden zusätzlich elf semidirektive Interviews mit Berufsberaterinnen und Berufsberatern sowie weiteren Personen durchgeführt, welche für die Entscheide bei den IV-Stellen verantwortlich sind.

Welche beruflichen Massnahmen werden von der Invalidenversicherung eingeleitet?

30% der telefonisch befragten Personen gaben an, dass eine oder mehrere berufliche Massnahmen eingeleitet wurden. Unter den verschiedenen beruflichen Massnahmen ist die Berufsberatung die am häufigsten erwähnte Massnahme. 76% der Befragten haben im Rahmen der beruflichen Massnahmen der Invalidenversicherung eine Berufsberatung erhalten. 60% haben an einem Arbeitstraining oder Arbeitsversuch teilgenommen. Rund 44% der Befragten mit einer beruflichen Massnahme haben eine Umschulung absolviert. Bei rund einem Fünftel hat die Invalidenversicherung zur Integration in das Erwerbsleben eine Kapitalhilfe gewährt. Schliesslich haben rund 10% der

Befragten, bei denen eine berufliche Massnahme eingeleitet worden ist, mit Hilfe der Invalidenversicherung eine erstmalige berufliche Ausbildung absolviert.

Welche Merkmale beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, dass eine berufliche Massnahme eingeleitet wird?

In der Folge stellt sich die Frage, welche Faktoren dafür verantwortlich sind, dass eine berufliche Massnahme der Invalidenversicherung eingeleitet wird. Dazu sind im Rahmen der Befragung eine Reihe von personen-, berufs- und behinderungsspezifischen Merkmalen abgefragt worden. **Abbildung 1** gibt eine Übersicht zu den erfassten Einflussgrössen und deren Ausprägungen.

Die Resultate der statistischen Analysen haben gezeigt, dass die Merkmale Alter, Motivation, körperliche Belastung am Arbeitsplatz sowie eine psychische Beeinträchtigung eine Rolle hinsichtlich der Einleitung einer beruflichen Massnahme spielen. Personen, welche motiviert sind für eine berufliche Massnahme, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine solche Massnahme zu erhalten. Ebenso verhält es sich mit Personen, welche am Arbeitsplatz einer körperlichen Belastung ausgesetzt sind, sowie mit Personen, welche eine psychische Beeinträchtigung aufweisen. Es zeigt sich weiter, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, eine berufliche Massnahme zu erhalten, abnimmt.

Einfluss von Alter und Motivation für die Wahrscheinlichkeit der Einleitung einer beruflichen Massnahme

In **Abbildung 2** wurde exemplarisch für eine fiktive Person berechnet, wie sich die Wahrscheinlichkeiten, eine berufliche Massnahme zu

Ausprägungen der untersuchten Einflussgrössen

1

Personenmerkmale:

- Alter (Alter in Jahren)
- Geschlecht (männlich, weiblich)
- Nationalität (Schweizer/in, Ausländer/in)
- Motivation bezüglich einer beruflichen Massnahme (motiviert, nicht motiviert)

Berufsspezifische Merkmale:

- Ausbildung (Anzahl der Ausbildungsjahre)
- Erwerbsspensum (vollzeit erwerbstätig, teilzeit erwerbstätig, nicht erwerbstätig)
- Körperliche Belastung am Arbeitsplatz (sehr stark, eher stark, nicht so stark, gar nicht stark)

Behinderungsspezifische Merkmale:

- Art der Beeinträchtigung (körperlich, psychisch)
- Ursache der Beeinträchtigung (Unfall oder Krankheit, Geburtsgebrechen)
- Beeinträchtigung des Bewegungsapparates (ja, nein)

Institutionelle Merkmale:

- Kantonale IV-Stelle (Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Luzern, Genf)

erhalten, mit dem Alter verändert.⁴ Die obere Linie zeigt die geschätzten Wahrscheinlichkeiten für eine Person, welche eine berufliche Massnahme absolvieren wollte. Die untere Linie zeigt die Wahrscheinlichkeiten für diese Personen, wenn sie keine berufliche Massnahme absolvieren wollte. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass die Motivation für eine berufliche Massnahme unter anderem mit dem Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung und den Erfahrungen der Invalidenversicherung zusammenhängen kann. In **Abbildung 2** ist deutlich zu erkennen, dass die Wahrscheinlichkeiten für die Einleitung einer beruflichen Massnahme mit steigendem Alter abnimmt. Betrachtet man die Situation für eine 40-jährige Person, welche nicht für eine berufliche Massnahme motiviert ist, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass eine berufliche Massnahme eingeleitet wird,

bei etwa 46 %. Das heisst, dass diese Person auf Grund der berechneten Wahrscheinlichkeit eher keine berufliche Massnahme absolvieren wird. Ist dieselbe Person jedoch für eine Massnahme motiviert, liegt die entsprechende Wahrscheinlichkeit mit 40 Jahren bei 86 %. Das bedeutet, dass diese Person mit ziemlich hoher Wahrscheinlichkeit eine berufliche Massnahme absolvieren wird. Ist eine Person motiviert für eine Massnahme, nimmt zwar die Wahrscheinlichkeit, dass eine solche zugesprochen wird, mit steigendem Alter ebenfalls ab, fällt aber insgesamt nur knapp unter 60 %.

Interessanterweise konnten zwischen den Merkmalen Geschlecht respektive Nationalität und der Wahrscheinlichkeit für die Einleitung einer beruflichen Massnahmen keine Zusammenhänge nachgewiesen werden. Auch bei den kantonalen IV-Stellen konnten keine Differenzen bezüglich der Einleitung von beruflichen Massnahmen festgestellt werden.

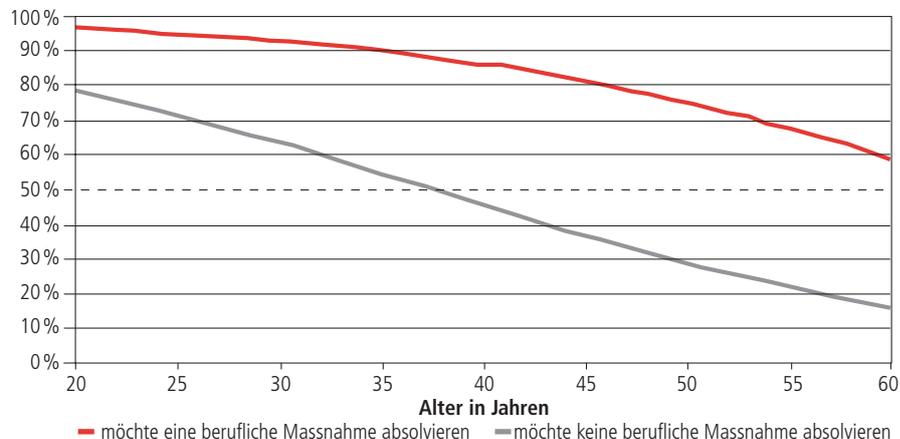
Formale und informelle Zuweisungskriterien der kantonalen IV-Stellen?

Mit qualitativen Interviews wurde in der Folge untersucht, ob die kantonalen IV-Stellen über formale oder informelle Kriterien bei der Prüfung und Zuweisung von beruflichen Massnahmen verfügen. Im Rahmen der Interviews bei den kantonalen IV-Stellen haben alle Befragten betont, dass jeder Fall individuell beurteilt werden muss und keine allgemein gültigen Regeln bezüglich Zuweisungskriterien bestehen. Dennoch wurde von den Befragten

4 Bei der fiktiv ausgewählten Person wurden die folgenden Kriterien angenommen (starke körperlicher Belastung am Arbeitsplatz und psychische Beeinträchtigung). Dies ist notwendig, weil zur statistischen Berechnung der Wahrscheinlichkeiten die Ausprägungen aller relevanten Kriterien definiert sein müssen.

Wahrscheinlichkeit für die Einleitung einer beruflichen Massnahme nach Alter

2



Quelle: Datenpool santésuisse/Auswertung Obsan

bestätigt, dass das Alter und die Motivation in die Abklärungen einfließen. Die quantitativen Ergebnisse können dadurch bestätigt werden. Auch für das Ergebnis, dass bei psychisch Beeinträchtigten eher berufliche Massnahmen eingeleitet werden als bei einer anderen Beeinträchtigung, können die Interviews zumindest tendenziell eine Erklärung liefern. Nach Angaben der Interviewten sind bei Personen mit einer psychischen Beeinträchtigung die Erfolgchancen hinsichtlich einer beruflichen Integration oft weniger eindeutig. Dies führt dazu, dass berufliche Massnahmen im Sinne von Integrationsversuchen eingeleitet werden.

Wird die Einleitung von beruflichen Massnahmen differenziert nach Art der einzelnen Massnahmen betrachtet, ergeben sich folgende Befunde:

- Bei der Einleitung von Umschulungen und Berufsberatungen konnten Differenzen zwischen den kantonalen IV-Stellen festgestellt werden. Aus den qualitativen Interviews ergeben sich für diesen Befund keine schlüssigen Erklärungen.
- Bei der Einleitung von Umschulungen hat sich gezeigt, dass mit zunehmender Zahl der bisherigen

Ausbildungsjahre einer versicherten Person die Wahrscheinlichkeit zunimmt, dass eine Umschulung eingeleitet wird. Da eine Umschulung auf einer Ausbildung basiert, erstaunt dieser Befund nicht. Dies wird auch durch die Aussagen der interviewten Personen auf den kantonalen IV-Stellen bestätigt, welche in der Praxis oft feststellen müssen, dass der schulische Hintergrund von Versicherten den Anforderungen für eine Umschulung nicht genügt.

- Ist die Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung Folge eines Unfalls oder einer Krankheit, hat die versicherte Person ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine Umschulung zu absolvieren als eine Person mit einer Beeinträchtigung in Folge eines Geburtsgebrechens. Dies hängt damit zusammen, dass bei einem Geburtsgebrecen bereits die Erstausbildung beziehungsweise die erstmalige berufliche Ausbildung von der Invalidenversicherung übernommen wird. Da sich Geburtsgebrecen häufig durch einen stabilen Beeinträchtigungszustand charakterisieren, kommt es in diesem Bereich weniger häufig zu einer Umschulung.

Welche Merkmale beeinflussen die Wirksamkeit von beruflichen Massnahmen?

Betrachtet man die Erwerbssituation der befragten Personen vor und nach dem Kontakt mit der Invalidenversicherung, lässt sich feststellen, dass Personen mit einer beruflichen Massnahme der Invalidenversicherung häufiger erwerbstätig sind als Personen, welche keine berufliche Massnahmen absolviert haben. Dieser Befund deutet darauf hin, dass bei Personen mit beruflichen Massnahmen in geringerem Masse eine berufliche Desintegration erfolgt. Aussagen zur Wirkung von beruflichen Massnahmen müssen jedoch die Effekte auf die Rentensituation berücksichtigen. Aus diesem Grund wurde im Rahmen der Studie eine berufliche Massnahme als wirksam definiert, wenn die befragten Personen im Anschluss an die berufliche Massnahme *keine ganze IV-Rente* beziehen. Dieses Kriterium entspricht der Definition bei der Wirkungsmessung durch das Bundesamt für Sozialversicherung.⁵ Die berufliche Massnahme gilt somit auch als erfolgreich, wenn im Anschluss an die berufliche Massnahme von der Invalidenversicherung eine viertel oder eine halbe Rente zugesprochen wurde. Zur Analyse der Einflüsse auf die Rentensituation wurden im Wesentlichen die in Abbildung 1 aufgeführten Kriterien sowie die Information berücksichtigt, ob eine berufliche Massnahme eingeleitet worden ist oder nicht.

Bezüglich der Wirkung von beruflichen Massnahmen konnte nachgewiesen werden, dass die Einleitung einer beruflichen Massnahme einen positiven Einfluss auf die Rentensituation hat. Im Vergleich zu den übrigen Merkmalen wie das Alter, die kantonalen IV-Stellen oder die Art der Beeinträchtigung ist aber die Bedeutung der beruflichen Massnahmen weniger wichtig. Mit zunehmendem Alter sinkt die Chance, keine ganze IV-Rente zu bezie-

hen. Für Personen, welche eine Beeinträchtigung des Bewegungsapparates aufweisen, liegt die Wahrscheinlichkeit, keine ganze IV-Rente zu erhalten, höher als für Personen mit einer anderen körperlichen Beeinträchtigung. Für alle übrigen personen-, berufs- und behinderungsspezifischen Merkmale konnten keine signifikanten Einflüsse auf die Rentensituation festgestellt werden. Vergleicht man den Einfluss der kantonalen IV-Stellen auf das Erfolgskriterium, keine ganze IV-Rente zu erhalten, zeigten sich Differenzen zwischen den IV-Stellen. Es konnte nachgewiesen werden, dass Personen im Kontakt mit der IV-Stelle des Kantons Luzern eine bedeutend grössere Wahrscheinlichkeit haben, keine ganze IV-Rente zu beziehen, als Personen im Kontakt mit der IV-Stelle des Kantons Basel-Landschaft. Am kleinsten ist die Wahrscheinlichkeit, keine ganze IV-Rente zu erhalten, im Kanton Basel-Stadt. Da für den Kanton Genf lediglich «positive» Entscheide bezüglich der Kriterien Renten und berufliche Massnahmen zur Verfügung gestanden haben, wurde der Kanton Genf aus dieser Analyse ausgeschlossen.

Der unterschiedliche Einfluss der kantonalen IV-Stellen bezüglich der Rentensituation konnte mit den qualitativen Interviews nicht befriedigend erklärt werden. Es darf aber nicht vergessen werden, dass bei der Umsetzung einer beruflichen Massnahme weitere Akteure und Institutionen beteiligt sind, deren Einfluss in dieser Analyse nicht berücksichtigt worden ist.

Fazit

Ausgehend von der eingangs erwähnten Fragestellung können die folgenden Erkenntnisse festgehalten werden:

1. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die bisher statistisch nicht erfassten IV-internen Einglieder-

ungsmassnahmen eine quantitativ erhebliche Bedeutung an allen Eingliederungsangeboten haben.

2. Es zeigt sich weiter, dass bestimmte Merkmale die Einleitung von beruflichen Massnahmen beeinflussen. Es sind dies in erster Linie die Motivation der betroffenen Personen, eine berufliche Massnahme absolvieren zu wollen, und das Alter. Aber auch eine starke körperliche Belastung am Arbeitsplatz oder eine psychische Beeinträchtigung erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine berufliche Massnahme eingeleitet wird.
3. Weiter konnte nachgewiesen werden, dass der Einsatz von beruflichen Massnahmen die berufliche Eingliederung positiv beeinflusst. Das Alter, die kantonale IV-Stelle sowie die Tatsache einer körperlichen Beeinträchtigung sind Faktoren, welche die Rentensituation jedoch stärker bestimmen als der Einsatz einer beruflichen Massnahme.

Einzig das Merkmal Alter beeinflusst sowohl die Einleitung als auch die Wirksamkeit von beruflichen Massnahmen. Für alle anderen Merkmale konnte kein erklärender Zusammenhang zwischen Einleitung und Wirksamkeit festgestellt werden. Diese Resultate legen Überlegungen nahe, dass die Einleitungspraxis für berufliche Massnahmen eine Selektion darstellt, die nur zum Teil durch den tatsächlichen Erfolg gerechtfertigt wird. Wie das Alter zeigt, werden zwar bezüglich der untersuchten Merkmale im Hinblick auf die Rentenwirksamkeit «richtige» Selektionsentscheide vorgenommen. Die Untersuchung weist jedoch ebenfalls darauf hin, dass auch bei Personengruppen, bei denen eher weniger berufliche Massnahmen eingeleitet wurden, diese durchaus erfolgversprechend sein könnten.

Oliver Bieri, lic. phil. I, Interface Institut für Politikstudien, Luzern.
E-Mail: bieri@interface-politikstudien.ch

Cornelia Furrer, lic.ès sc.pol., Interface Institut für Politikstudien, Luzern.
E-Mail: furrer@interface-politikstudien.ch

⁵ Vgl. Buri M. (2000): Wirksamkeit beruflicher Massnahmen der Invalidenversicherung, Soziale Sicherheit 6/2000, S. 327–330.

Information der behandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Invalidenversicherung

Aufgrund des mit der 4. IV-Revision neu eingeführten Artikels 68^{ter} IVG hat der Bund für eine allgemeine, gesamtschweizerische Information über die Leistungen der Invalidenversicherung (IV) zu sorgen. Einer Vorgabe der departementalen Jahresziele folgend hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) im Januar 2003 dem BSV den Auftrag erteilt, ein Mehrjahresprogramm (2004–2006) zu erstellen, mit welchem die Verfahren in der IV dank gezielter Information aller an der Abklärung Beteiligten optimiert werden könnten. Die dem Bund daraus entstehenden Kosten (Fr. 232 000.– für die Jahre 2004–2006) werden von der Versicherung vergütet.



Michela Papa

Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV



Adelaide Bigovic-Balzardi

Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV

Wer ist der geeignete Träger der nationalen Information für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte?

Gemäss Gesetzauftrag hat der Bund dann IV-spezifische Öffentlichkeitsarbeit durchzuführen, wenn

- 1 Die RAD sind auch die fachliche Kontaktstelle zwischen IV und Ärzteschaft, die den regelmässigen Kontakt mit den praktizierenden Ärzten und Ärztinnen, deren Verbänden sowie den Spitälern der Region pflegen. Die Kontakte sollen unter anderem insbesondere der umfassenden Information über die Belange der IV aus medizinischer Sicht dienen.
- 2 Pro RAD mit beteiligter IV-Stelle stehen für die Informationsarbeit jährlich etwas mehr als Fr. 5'500 zur Verfügung; Das Gesetz regelt, dass die Versicherung dem Bund die im Zusammenhang mit der Versicherungsinformation anfallenden Kosten zu vergüten hat.

Informationen aus Effizienzgründen sinnvollerweise gesamtschweizerisch durchgeführt oder breit angelegt werden sollen. Das ist beispielsweise der Fall, wenn sich die Informationen nicht lediglich an die Versicherten richten, sondern an Behörden, Arbeitgebende oder die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Letztere bildet die Zielgruppe des ersten Mehrjahresprogramms (MJP).

Einerseits geht es darum, die Qualität der ärztlichen Entscheidungsgrundlagen durch eine gezielte Information der Ärzteschaft anzuheben und andererseits den Informationsstand der behandelnden Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Leistungen der Invalidenversicherung

und deren Anspruchsvoraussetzungen zu verbessern, damit Patientinnen und Patienten richtig und realistisch informiert werden können. Da die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zum Wirkungskreis der per 1.1.2005 operativ werdenden Regionalen ärztlichen Dienste der IV (RAD) zählen¹, lag es nahe, die Durchführung der vom Bund zu leistenden Information über die Invalidenversicherung im Rahmen dieses Mehrjahresprogramms den RAD zu übertragen. Weil aber nicht nur über die *Leistungen* der Invalidenversicherung, sondern auch über die *Versicherungsbedingungen* informiert werden soll, erfolgt die Information durch die RAD immer in Zusammenarbeit mit einer IV-Stelle. Das Konzept sieht zwischen 6 und 10 Informationsveranstaltungen pro RAD und Jahr vor. Da die Regionen unterschiedlich gross sind, und diese daher unterschiedlich viele Ärzte und Ärztinnen zu betreuen haben, kann diese Zahl gegen oben abweichen.

Mit dem MJP «Versicherungsinformation Ärzteschaft» wird nicht das Rad neu erfunden, sondern Bestehendes wird besser vernetzt und leichter zugänglich gemacht. Der Bund nimmt seine Verantwortung für die IV-Information gemäss Artikel 68^{ter} IVG insofern wahr, als er für Einheitlichkeit der Unterlagen besorgt ist (s. unten) und den beauftragten Informationsvermittelnden einen kleinen finanziellen Anreiz für diese zusätzliche Arbeit bietet².

Die geplanten Informationsveranstaltungen können ganz unterschiedlichen Charakters sein: Ein Informationsstand an einem Ärztekongress kann ebenso als Vehikel benutzt werden wie ein Business-Apéro in den Räumlichkeiten von RAD oder IV-Stelle oder ein Refe-

rat anlässlich einer Jahresversammlung einer medizinischen Fachgesellschaft. Die Beantwortung von konkreten, fallbezogenen IV-Fragen im Rahmen eines Qualitätszirkels gehört genauso zur IV-Information wie ein Workshop im Rahmen einer spitalinternen Weiterbildung. Wie die IV-Stellen bzw. die RAD die kleine finanzielle Unterstützung schlussendlich einsetzen, bleibt ihnen überlassen. Um zu vermeiden, dass jeder Referent und jede Referentin eine eigene Präsentation erarbeiten muss, und um die Einheitlichkeit der Information zu gewährleisten, sind die Veranstaltenden jedoch gehalten, die bereitgestellten Unterlagen zu benutzen und sie mit Beispielen aus der täglichen Praxis zu untermauern. Bei diesen Unterlagen handelt es sich einerseits um die 40 Folien umfassende Präsentation «Medico», anhand welcher die für Ärzte und Ärztinnen wesentlichsten Elemente³ der IV vorgestellt werden. Ferner stehen allen Referenten und Referentinnen die umfassenden und stets aktualisierten Unterlagen «Einführung ins IV-Recht für Ärzte und Ärztinnen»⁴ zur Verfügung. Das von den RAD geplante Tätigkeitsprogramm Ärztinformation wird im Internet (s. unten) veröffentlicht, und die interessierten Kreise werden direkt zu den Veranstaltungen eingeladen. Damit wirken die RAD als verbindendes Glied zwischen der gesamtschweizerischen Informationspflicht des Bundes und den auch im Bereich Öffentlichkeitsarbeit kantonal tätigen IV-Stellen.

Warum erhalten Patientinnen und Patienten halbe Renten, wenn sie doch 100% arbeitsunfähig geschrieben werden oder was nützt der Arztbericht überhaupt?

Neben den Pfeilern RAD/IV-Stellen und den Präsentationsunterlagen sieht das MJP weitere Informationskanäle und unterstützende

Massnahmen vor, die im Folgenden kurz vorgestellt werden: Am 1.9.2004 wird auf der Homepage des BSV unter dem Titel «www.iv-medico.admin.ch» eine **Website** aufgeschaltet mit invalidenversicherungsspezifischer Information für die Zielgruppe behandelnde Ärzte und Ärztinnen. Die Seite wird mit der Homepage der FMH verlinkt und beinhaltet neben den ganz praktischen Informationen, wie Adresslisten, Formulare⁵, einer Veranstaltungsagenda und einer Linkliste zu weiteren Websites, auch einen Überblick über die wesentlichen Leistungen und Begriffe⁶ der Invalidenversicherung. Ausserdem werden auf der Website **iv-medico** häufig gestellte Fragen aus dem Kreis der behandelnden Ärzte und Ärztinnen beantwortet. Die Beantwortung des ersten Teils der im Titel gestellten Frage lautet beispielsweise:

Die Arbeitsunfähigkeit entspricht nicht dem Invaliditätsgrad. «Invalid» im Sinne des Gesetzes ist ein ökonomischer und kein medizinischer Begriff. Der Invaliditätsgrad gibt die durch den (medizinisch so genau wie möglich zu beschreibenden) Gesundheitsschaden verursachte Erwerbseinbusse an. Die Arbeitsunfähigkeit ist nur **ein** Aspekt beim Ermitteln des Invaliditätsgrads. Es kann sein, dass ein Patient in seinem angestammten Beruf zu 100% arbeitsunfähig ist, in einem anderen Beruf aber durchaus einen Erwerb erzielen kann.

Massgebend für eine Rente ist also der Invaliditätsgrad, welcher nicht zwangsläufig mit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit übereinstimmen muss. Die Antwort des zweiten Teils der Frage ist ab 1.9.2004 unter www.iv-medico.admin.ch nachzulesen.

Ein weiterer Bestandteil der unterstützenden Massnahmen ist die vom BSV seit einigen Jahren herausgegebene blaue Broschüre «Informationen für Ärztinnen und Ärzte über die Eidgenössische Invalidenversicherung», die interessierten

Kreisen bis anhin meist via IV-Stelle abgegeben worden ist. Diese Broschüre wird überarbeitet und attraktiver gestaltet. Einerseits wird sie auf der erwähnten Website publiziert, andererseits als Beilage zum BAG-Bulletin (offizielles Organ des Bundesamtes für Gesundheit BAG für die Ärzteschaft) allen behandelnden Ärzten und Ärztinnen zugestellt und so einen viel höheren Distributionsgrad als bisher erzielen. Auch die «Schweizerische Ärztezeitung» (SÄZ) wird als Informationskanal genutzt: Vorgesehen sind Beiträge über die RAD, über das Projekt Versicherungsinformation, Angaben zu den Informationsveranstaltungen und nicht zuletzt ein Hinweis auf die umfassenden IV-Informationen in der oben erwähnten Broschüre. Der zeitlich koordinierte Einsatz der diversen Informationsgefässe soll das seinige zum Erfolg des Projektes beitragen.

Wie geht es weiter?

Von zentraler Bedeutung für dieses Projekt sind die RAD, denn die Vermittlung der Versicherungsinformation an die Ärzteschaft wird von ihnen durchgeführt. Die Regionen sind festgelegt, und die RAD werden spätestens ab 1.1.2005 operativ. Im Verlauf des Frühjahrs 2005 können bereits die ersten Informationsveranstaltungen durchgeführt werden. Noch vorher, nämlich am

3 Thematisiert werden Begriffe wie: versicherte Person, Finanzierung der IV, Invalidität, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Eingliederung vor Rente, Leistungen der IV, Rentensystem, Invaliditätsbemessung, Hilflosenentschädigung, Ergänzungsleistung, IV-Stelle, Ausgleichskasse, RAD

4 Darin werden folgende Themen aufgegriffen: Rechtsquellen, Aufgaben der RAD-Ärzte, Invalidität, der Grundsatz: «einfach und zweckmässig», «Zumutbarkeit», «Schadenminderungsspflicht».

5 Arztberichte, Beiblätter, Verlaufsberichte etc. Auf der Website wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Arztbericht zwar am PC ausgefüllt, aber aus Datenschutzgründen nie elektronisch übermittelt werden darf.

6 Invalidität, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Gesundheitsschaden

1. September dieses Jahres, wird die Website mit den für Ärzte und Ärztinnen unerlässlichen IV-Informationen aufgeschaltet und so jederzeit verfügbar sein. Ob und wie gut die Massnahmen dieses ersten MJP greifen und wo allenfalls nachgebessert werden muss, wird dessen Auswertung im Jahr 2006 zeigen. Für die kommenden Jahre steht aber nicht nur die Weiterführung der Information den behandelnden Ärzten und Ärztinnen in der Agenda. Bereits haben die Vorarbeiten für eine sinnvolle und ansprechende Information einer weiteren Zielgruppe, der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, begonnen.

Welcher Weg führte zum Ziel?

Für die Ausführung des eingangs erwähnten Auftrags des EDI drängt es sich auf, die bewährten Techniken und Methoden eines erfolgreichen Projektmanagements anzuwenden, was zu folgenden Projektphasen führte:

In der Projektvorstudie (Abschluss Ende Februar 2003) wurde die Projektorganisation mit klar definierten Rollen und Verantwortungen bestimmt. Auftraggeberin des

Projektes war die Leitung des Geschäftsfeldes (GF) IV. Diese präsidierte den Projektausschuss. Geleitet wurde das Projekt von zwei Mitarbeiterinnen des GF IV. Diese erarbeiteten, unterstützt von der Projektgruppe, das MJP. Der Projektausschuss hatte hauptsächlich die von der Projektgruppe erarbeiteten Unterlagen (Zwischenberichte, Meilensteine) zu beurteilen. In den beiden Gremien waren vertreten: das BSV, die Informationsstelle AHV/IV, die IV-Stellen, die Pilotprojekte Regionale ärztliche Dienste, die Dachkonferenz der Organisationen der privaten Behindertenhilfe und die Verbindung der Schweizer Ärzte und Ärztinnen (FMH)⁷. Im Weiteren wurde in der Projektvorstudie Ablauf- und Zeitplan festgelegt. Eine Ist-Analyse identifizierte und analysierte vor allem die bestehenden Informationsträger und hielt die zu wählende Vorgehensweise fest.

In der Konzeptphase (März – Mitte September 2003) wurde das MJP aufgrund des Inputs der Projektgruppe und der Wünsche des Projektausschusses in einem iterativen und dynamischen Arbeitsprozess erarbeitet. In diesem nicht linearen Projektablauf wurde die Zielgruppe behandelnde Ärzte und Ärztinnen in zwei gleichwertige Unterzielgruppen aufgeteilt: Ärzte und Ärztinnen mit Facharztstitel und solche in Weiterbildung zu einem Facharztstitel. Ausserdem wurden die Inhalte (unterstützende Massnahmen) und der zeitliche Ablauf der Umsetzung festgesetzt⁸. Ab Oktober 2003 er-

folgte die Projektrealisierung mit Vorlage des MJP an die Eidg. AHV-/IV-Kommission und dem formellen Genehmigungsantrag an das EDI. Gleichzeitig wurde ein Budget von 232'000 Franken erstellt. Vorlage und Budget wurden von der Eidg. AHV-/IV-Kommission gutgeheissen und dem EDI zur Genehmigung empfohlen. Nach dem Entscheid des EDI (Februar 2004) hat die Projekteinführung begonnen. Die oben erwähnten unterstützenden Massnahmen stehen im Wesentlichen seit Ende Juli 2004 bereit. Ab 1. Januar 2005 sollen sämtliche RAD operativ tätig werden. Im Rahmen der fachlichen Aufsicht (Art. 50 IVV) wird das BSV den RAD den Auftrag erteilen, die zwei Unterzielgruppen gemäss den Inhalten des MJP im Tandem mit den IV-Stellen systematisch zu informieren. Die RAD sind in der Festlegung der Art ihrer Informationsveranstaltungen frei, werden aber ihr Tätigkeitsprogramm dem BSV vorgängig vorlegen, so dass jederzeit eine Übersicht über das herrschende Angebot besteht. Die Evaluation des (ersten) MJP über die getätigten Arbeiten ist für 2006 vorgesehen.

Michela Papa, lic. rer. pol., Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Bereich Werkstätten, Wohnheime und Organisationen, BSV.
E-Mail: michela.papa@bsv.admin.ch

Adelaide Bigovic-Balzardi, lic. phil. hist., Geschäftsfeld Invalidenversicherung, Dienstprojekte und Spezialaufgaben, BSV.
E-Mail: adelaide.bigovic@bsv.admin.ch

7 An dieser Stelle sprechen wir allen, die im Projektausschuss und in der Projektgruppe tatkräftig mitgearbeitet haben, unseren besten Dank aus.

8 Erarbeitung der Informations- und Schulungsunterlagen; Auftragserteilung zur Informationsarbeit an RAD und IVST; Durchführung derselben

Wichtigste Ergebnisse der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2004

Ungleichgewichtige Entwicklung der Sozialversicherungen im Jahr 2002

Die Gesamtrechnung der Sozialversicherungen liegt nun für das Jahr 2002 vor. Insgesamt hat sich die finanzielle Situation der Sozialversicherungen weiter vom Gleichgewicht entfernt, was vor allem auf die Baisse der Finanzmärkte im Jahr 2002 und die schwache Konjunktur beziehungsweise die schlechte Beschäftigungslage zurückzuführen ist.

öffentlichen Hand wuchsen 2002 nur um 3,1 %, was die geringste Zunahme seit 1996 bedeutet. Insgesamt konnte der Einnahmenezuwachs durch die Beitragseinnahmen und die Subventionen der öffentlichen Hand die Einnahmehausfälle aufgrund der Krise der Finanzmärkte nicht wettmachen.

2. Die Ausgaben sind im Jahr 2002 insgesamt nur wenig angestiegen

Die Ausgaben der Sozialversicherungen sind im Jahr 2002 insgesamt um 2,0 % oder 2,1 Milliarden Franken gestiegen, was die zweitiefste Zuwachsrate der Reihe darstellt (nur 1998 war die Zuwachsrate mit 1,8 % tiefer). Die Ursachen für diese Entwicklung sind jedoch nicht so einfach auszumachen wie bei den Einnahmen. Die **Sozialleistungen**, die insgesamt um 2,8 % wuchsen, entwickelten sich in den einzelnen Sozialversicherungszweigen sehr unterschiedlich. Die AHV, die betragsmässig den grössten Teil der Sozialleistungen auszahlt, wies 2002, als keine Rentenanpassungen vorgenommen wurden, nur ein Wachstum von 0,1 % (+21 Millionen Franken) auf. In der Beruflichen Vorsorge sanken die Sozialleistungen nach jahrelang starken Zuwachsraten sogar – erstmals seit der Einführung des Obligatoriums. Dies ist mit den stark zurückgegangenen Kapitalleistungen zu erklären, welche wiederum ihren Ursprung in der unsicheren Finanzmarktlage haben dürften. Die Rentenzahlungen der Beruflichen Vorsorge stiegen mit einer

1 Datenstand 31.7.2004.

2 Vgl. dazu die Tabelle VW 2.1 und VW 4.1f in der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik 2004.



Agnes Nienhaus, Salome Schüpbach, Stefan Müller
Kompetenzzentrum Grundlagen, BSV

1. Die Einnahmen der Sozialversicherungen sind im Jahr 2002 zum ersten Mal gesunken¹

Die Einnahmen der Sozialversicherungen sind gemäss der Gesamtrechnung 2002 von 126,4 Milliarden Franken auf 115,7 Milliarden Franken, d.h. um 8,4 % gesunken. Dies ist der erste Einnahmerückgang seit Beginn der Reihe im Jahr 1987. Hinter dieser Entwicklung steht die Krise 2001–2002 an den Finanzmärkten. Nachdem bereits 2001 ein Rückgang der Kapitalerträge um 3,4 Milliarden Franken zu verzeichnen war, sanken diese im Jahr 2002 um –18,4 %, das heisst von 16,2 Milliarden Franken auf 13,2 Milliarden Franken. In noch grösserem Umfang trugen die **realisierten Kapitalwertänderungen** der Beruflichen Vorsorge zu dieser Entwicklung bei. Sie fielen von +6 Milliarden Franken

im Jahr 2001 auf –3,5 Milliarden Franken im Jahr 2002. Ähnliche Effekte spielen auch in der AHV/IV/EO, deren kapitalbasierte Einnahmen sich auf die Anlagen des Ausgleichsfonds stützen.

Im Gegensatz zu den kapitalmarktabhängigen Einnahmenkomponenten sind die Einnahmen aus Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber und die Beiträge der öffentlichen Hand auch im Jahr 2002 gestiegen, allerdings in deutlich geringerem Masse als in den vorangegangenen Jahren. So stiegen die **Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber** nur um 1,5 % oder 1,3 Milliarden Franken, nachdem sie in den Jahren 2000 und 2001 um 6,6 % und 7,5 % angestiegen waren. Diese Entwicklung ist der 2002 verschlechterten Lage auf dem Arbeitsmarkt und der nur gering steigenden gesamtwirtschaftlichen Lohnsumme zuzuschreiben.² Auch die **Beiträge der**

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2002¹

In Millionen Franken

	Einnahmen 2002	Ausgaben 2002	Saldo 2002	Reserve/ Kapital- stock 2002
AHV	28 903	29 095	-191	23 067
EL zur AHV	1 525	1 525	-	-
IV	8 775	9 964	-1 189	-4 503
EL zur IV	1 003	1 003	-	-
BV	42 171	34 810	7 361	423 100
KV	15 349	15 573	-224	6 266
UV	5 984	6 595	-611	29 785
EO	662	692	-30	3 545
ALV	6 969	4 966	2 004	2 283
FZ	4 811	4 679	133	...
SV Total	115 706	108 455	7 251	483 543

¹ Für das Jahr 2003 liegen bereits die Rechnungen der zentral verwalteten Sozialversicherungen vor (AHV, IV, EL, EO, ALV). Die Rechnungen der dezentral verwalteten Sozialversicherungen (BV, KV, UV, FZ) werden hingegen erst im nächsten Jahr vorliegen, weshalb noch keine Gesamtrechnung für 2003 erstellt werden kann.

Zunahme um 3,8% auch 2002 weiter an. Entsprechend der verschlechterten Beschäftigungslage stiegen die Sozialleistungen der ALV stark an (+60,6% bzw. +1,4 Milliarden). Auch die IV mit 5,3% (+479 Millionen Franken) und die Krankenversicherung mit 4,4% (+612 Millionen Franken) wiesen 2002 weiterhin stark steigende Sozialleistungen aus.

3. Rolle des Finanzkapitals der Sozialversicherungen

Die Krise auf den Finanzmärkten hat das Finanzkapital der Sozialversicherungen in den Brennpunkt der Diskussion gerückt. 2001 sind die Reserven der Sozialversicherungen erstmals seit Bestehen der Gesamtrechnung zurückgegangen (-16,3 Milliarden Franken). 2002 hat sich diese Entwicklung deutlich verstärkt (-30,4 Milliarden Franken). 2003 kann von einer Trendwende ausgegangen werden.

Je nach Versicherungszweig erfüllt das Finanzkapital ganz unterschiedliche Aufgaben. Vom Volu-

men her stehen BV, UV und AHV im Vordergrund. Gemessen an der sozialpolitischen Aufgabe kommt dem Finanzkapital in der BV (423 Milliarden Franken) und in der UV (30 Milliarden Franken) die grösste Bedeutung zu.

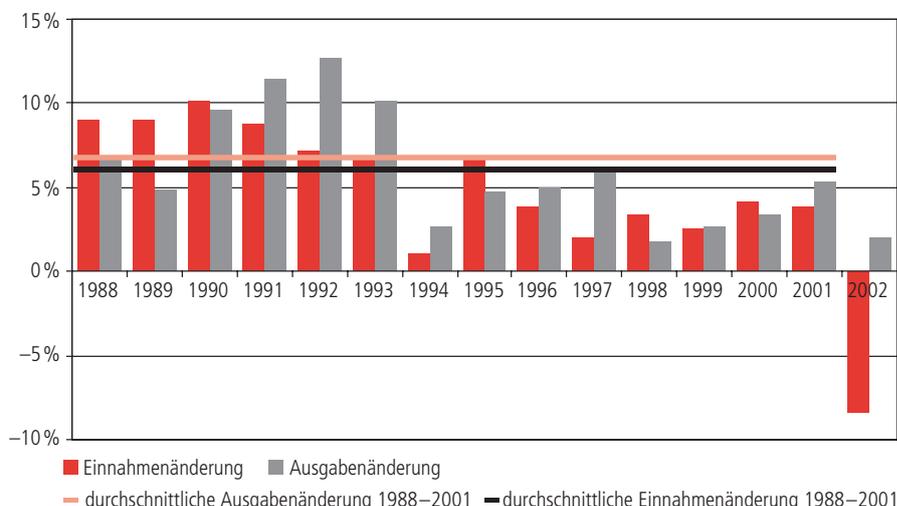
Die Sozialversicherungsstatistik will die finanziellen Reserven der

Sozialversicherung aus einem **sozialpolitischen und volkswirtschaftlichen Blickwinkel** darstellen. Betrachtet wird also dasjenige Finanzkapital, das tatsächlich den sozialpolitischen Zielen dient (indem das Kapital selbst oder die daraus erwirtschafteten Kapitalerträge zur Deckung von Sozialversicherungsausgaben dient), und gleichzeitig gesamtwirtschaftlich zur Finanzierung von Realkapital zur Verfügung steht. Damit können Differenzen zu einer rein betriebswirtschaftlichen Betrachtungsweise entstehen. So zählen wir fremdfinanzierte Anlagen nicht zum Finanzkapital, welches sozialpolitischen Zwecken dient (Vgl. z.B. Tabelle BV 1.3 in der SVS 2004).

Die Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2004 enthält mehrere Neuerungen zum Finanzkapital. Mit einer kohärenten Darstellung des Finanzkapitals lassen sich Aussagen zu den Wechselwirkungen zwischen den Sozialversicherungen und den Finanzmärkten verlässlicher stützen:

Die **Entwicklung des Finanzkapitals der BV** wird erstmals durch die massgebenden Komponenten aus der laufenden Rechnung (Saldo) und aus der Kapitalrechnung (rea-

Entwicklung der Gesamtrechnung 1988–2002



Unterschied zwischen der Gesamtrechnung des BSV und der Gesamtrechnung des BFS

Die **Gesamtrechnung der Sozialversicherungen des BSV** konzentriert sich – der Aufgabe des BSV gemäss – auf die Sozialversicherungen. Sie gibt Antwort auf die folgenden Fragen:

- Wie entwickeln sich die Sozialversicherungen als Ganzes?
- Welche Anteile haben einzelne Finanzierungsarten insgesamt und in den einzelnen Sozialversicherungszweigen?
- Wie stehen einzelne Zweige im Vergleich zur Gesamtrechnung?

Demgegenüber orientiert sich die Gesamtrechnung des **BFS** an Vorgaben der EU. Sie erfasst den **«Sozialschutz» (protection sociale)**. Damit ist sie international vergleichbar, allerdings in einem sachlichen Umfang, der für die meisten sozialpolitischen Betrachtungen im Inland wenig dienlich ist. In der internationalen Vergleichbarkeit liegt auch die hauptsächliche Einsatzmöglichkeit dieser Gesamtrechnung.

Leider bezeichnet das BFS seine Gesamtrechnung des Sozialschutzes als «Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit». Der Begriff «Soziale Sicherheit» ist hier jedoch irreführend: Normalerweise wird unter Sozialer Sicherheit die **Gesamtheit der Sozialversicherungen inkl. Sozialhilfe** verstanden. Die Gesamtrechnung des Sozialschutzes (die unter dem Titel «Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit» erscheint) enthält jedoch auch noch andere Positionen wie zum Beispiel Leistungen im Asylbereich.

Die beiden Gesamtrechnungen basieren für die Sozialversicherungen auf denselben Datengrundlagen, wobei ein grosser Teil auf den Administrativdaten von BSV und BAG beruht. Der Finanzhaushalt der Beruflichen Vorsorge wird auf der Grundlage der Pensionskassenstatistik erstellt und seit drei Jahren vom BFS geschätzt.

Über den Unterschied zwischen Sozialschutz und Gesamtrechnung der Sozialversicherungen informiert die SVS 2004 im Kommentar zur Tabelle SV 8.1.5.

lisierte Kapitalwertveränderungen, Buchwertveränderungen) erklärt. Dies illustriert, in welchem Ausmass die Entwicklung der Versicherung selbst (Rechnungssaldo) und der Finanzmärkte (Kapitalwertveränderungen) die Kapitalentwicklung prägen (vgl. Exkurs zur BV-Rechnung im Anschluss an Tab. BV 1.3, SVS 2004).

Für die **nach dem Rentenwertumlageverfahren finanzierte UV** haben wir das Niveau des Finanzkapitals sowie seine Bestimmungsgrössen aus der Betriebsrechnung aus sozialpolitisch und volkswirtschaftlichem Blickwinkel neu erfasst. Das Kapital setzt sich neu nicht nur aus den direkt für ausstehende Leistungen geöffneten Rückstellungen zusammen, sondern beinhaltet zusätzlich

andere zweckgebundene Rückstellungen und Reserven.

In der **KV dient das Finanzkapital** einerseits der **Sicherstellung zukünftiger Verpflichtungen**, andererseits hat sie die **Funktion einer Ausgleichsreserve**. So werden neben den gesetzlich vorgegebenen Reserven auch die versicherungsrelevanten Rückstellungen – primär für unerledigte Versicherungsfälle – zum Kapital gerechnet. Wie in der UV hat diese Berücksichtigung sozialpolitischer und volkswirtschaftlicher Kriterien einen deutlichen Einfluss auf das Niveau der Kapitalreserve.

4. Insgesamt ein unausgeglichenes Bild

Insgesamt bietet die finanzielle Entwicklung der Sozialversicherungen im Jahr 2002 ein wenig ausgeglichenes Bild. Der Rechnungssaldo von 7,3 Milliarden Franken liegt auf einem Rekordtief seit 1987. Er widerspiegelt vorab die eingebrochene Finanzkapitalbildung in der 2. Säule. Der Gesamthaushalt der Sozialversicherungen 2002 weist eindringlich auf die starke Abhängigkeit der Sozialversicherungen vom Finanzmarkt hin – und dies gilt nicht allein für die Berufliche Vorsorge. Allerdings hat sich die Situation bereits im Jahr 2003 wieder anders präsentiert, indem sich die Finanzkapitalmärkte deutlich erholt haben. Abgesehen von der Entwicklung auf den Finanzmärkten ist in den letzten Jahren eine generelle Tendenz zu schwächeren Zuwachsraten auf Einnahmen- und Ausgabenseite erkennbar (**Grafik 1**).

Agnes Nienhaus, lic.phil.hist., Salome Schüpbach, lic.rer.pol., Stefan Müller, Dr.rer.pol., arbeiten im Bereich Statistik des Kompetenzzentrums Grundlagen im BSV.
E-Mail: agnes.nienhaus@bsv.admin.ch, salome.schuepbach@bsv.admin.ch, stefan.mueller@bsv.admin.ch

SVS 2004

Die im September erscheinende Ausgabe 2004 der Schweizerischen Sozialversicherungsstatistik gibt einen umfassenden Überblick über die Entwicklung der Finanzen, der Bezüger/innen, Beitragssätze und Durchschnittsleistungen sowie der Gesetzesänderungen aller Sozialversicherungen. Bezug bei BBL, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern; Telefax 031 325 50 58, E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch; Bestellnummer 318.122.04d, Einzelexemplare gratis. Die elektronische Version der SVS findet sich im Internet unter www.bsv.admin.ch

Anwendung des Freizügigkeitsabkommens im Bereich der kantonalen Familienzulagen

Seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens gelten auch für den Bereich der kantonalen Familienzulagen die Koordinationsregeln der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72. Da das kantonale Recht auf kleinräumige Verhältnisse zugeschnitten ist, stellt die Anwendung des europäischen Koordinationsrechts in diesem Bereich eine besondere Herausforderung dar und macht eine intensivierte Zusammenarbeit unter allen Beteiligten in der Schweiz wie auch mit den ausländischen Partnern unumgänglich.



Simon Blunier
Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, BSV

Vor dem 1. Juni 2002 mussten im Bereich der kantonalen Familienzulagen grundsätzlich keinerlei staatsvertragliche Bestimmungen beachtet werden. Die Gewährung dieser Leistungen beurteilte sich auch in Fällen mit Auslandsbezug nur nach kantonalem Recht. Seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens sind nun aber verschiedene neue Regeln hinzugekommen, die die Familienausgleichskassen in die Prüfung des Leistungsanspruchs einbeziehen müssen: Es ist vorab mit Hilfe der allgemeinen Unterstellungsbestimmungen sicherzustellen, dass überhaupt schweizerisches Recht zur Anwendung kommt. Zudem bietet das Koordinationsrecht für den Bereich der Familienzulagen spezielle Regeln, die dem kantonalen Recht vorgehen. Als Richtschnur sind schliesslich stets die dem

Abkommen zugrunde liegenden Prinzipien der Gleichbehandlung und des uneingeschränkten Leistungsexports zu beachten.

Schritt 1: Bestimmung der anwendbaren Gesetzgebung

Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bestimmt, dass eine erwerbstätige Person grundsätzlich den Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit nur eines einzigen Staates untersteht. Dies ist primär von Bedeutung für Personen, die in mehreren Staaten gleichzeitig arbeiten. Sie haben nur Anspruch auf Familienleistungen im Wohnland.

Beispiel: Jérôme wohnt in Frankreich und serviert in einem Genfer Restaurant. An seinem Wohnort arbeitet er abends zudem in einer Bar.

Er unterliegt ausschliesslich französischem Recht und kann in der Schweiz keine Familienzulagen beanspruchen.

Aber auch Personen, die nicht in ihrem Wohnsitzstaat arbeiten, unterstehen nur einer Gesetzgebung – derjenigen des Staates, in dessen Gebiet sie erwerbstätig sind. Zahlreiche Staaten (darunter Deutschland, Frankreich und Österreich) kennen Leistungen, deren Ausrichtung von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit unabhängig ist und nur an den Wohnsitz anknüpfen. Eine Person, die in einem dieser Länder wohnt und in der Schweiz arbeitet, hat folglich nur Anspruch auf schweizerische Familienzulagen, selbst wenn die Leistungen im Wohnland höher wären.

Beispiel: Susanne wohnt als allein erziehende Mutter in Deutschland und ist nicht erwerbstätig. Sie bezieht für ihren Sohn Kevin Kindergeld in der Höhe von 154 Euro. Wenn sie im Kanton Aargau eine Erwerbstätigkeit aufnimmt, erhält sie nur noch 150 Franken und verliert den Anspruch auf Kindergeld in Deutschland vollständig, obwohl sie dort weiterhin wohnhaft ist.

Erfassung ausländischer Arbeitgeber

Übt ein/e in der Schweiz wohnhafte/r Arbeitnehmer/in sowohl im Ausland als auch in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus, so ist die schweizerische Sozialgesetzgebung in vollem Umfang auch auf das Arbeitsverhältnis mit dem ausländischen Unternehmen anwendbar. Der ausländische Arbeitgeber ist gegenüber den schweizerischen Sozialversicherungen beitragspflichtig, als hätte er eine Niederlassung in der Schweiz.

Selbst wenn dies in den kantonalen Familienzulagengesetzen nicht

ausdrücklich vorgesehen ist, müssen also ausländische Arbeitgeber, die dem schweizerischen Recht unterstellte Arbeitnehmende beschäftigen, in der Schweiz einer Familienausgleichskasse angeschlossen werden. Die Angestellten haben Anspruch auf die gesetzlich vorgesehenen Familienzulagen. Zur Erleichterung der Beitragsentrichtung kann vereinbart werden, dass die Arbeitnehmenden anstelle des ausländischen Arbeitgebers die Abrechnung mit der Familienausgleichskasse übernehmen¹.

Beispiel: Die britische Unternehmung S. Ltd. stellt zur Betreuung ihrer schweizerischen Kundschaft den Schweizer Handelsreisenden Peter ein. Die der Familienausgleichskasse geschuldeten Beiträge überweist sie ihm zusätzlich zum Lohn. Die Kasse zieht diese Beiträge bei Peter ein. Für seinen Sohn Stefan erhält Peter Familienzulagen.

Schritt 2: Anspruchsprüfung im kantonalen Recht

Das Ziel des Koordinationsrechts liegt darin, im Bereich der sozialen Sicherheit alle Hindernisse auszumerzen, die geeignet sind, Erwerbstätige von der Ausübung ihres Rechts auf Freizügigkeit abzuhalten. Eine Angleichung der nationalen Systeme, sei es in Bezug auf ihre Organisation oder die Art und Höhe der Leistungen, war hingegen nie vorgesehen. Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 sagt denn auch ausdrücklich, die Familienleistungen seien «nach den für den zuständigen Träger geltenden Rechtsvorschriften» zu gewähren und überlässt damit die Umschreibung der Bezugsberechtigung dem nationalen bzw. kantonalen Gesetzgeber (Artikel 75 Absatz 1).

Zur Beantwortung der Fragen, wer in den Genuss von Familienzulagen kommen kann, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen oder welcher Betrag ausbezahlt wer-

den muss, ist also vorerst nur kantonales Recht massgeblich. Dies gilt jedoch mit der grundlegenden Einschränkung, dass dabei die Gleichbehandlung gewährleistet und die Pflicht zum uneingeschränkten Leistungsexport beachtet werden müssen.

Gleichbehandlung

Den Staatsangehörigen der EU-Mitgliedstaaten müssen dieselben Rechte eingeräumt und die gleichen Pflichten auferlegt werden wie Schweizern, die mit ihren Kindern im betreffenden Kanton leben.

Leistungsexport

Eine in der Schweiz erwerbstätige Person, deren Familienangehörige in einem Mitgliedstaat der EU wohnen, hat Anspruch auf Familienzulagen, als ob ihre Kinder in der Schweiz lebten (Artikel 73 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71). Allfällige Wohnortklauseln des kantonalen Rechts fallen dahin. Insbesondere dürfen die Leistungen nicht nach den Lebenshaltungskosten im Wohnland der Familie abgestuft werden.

Aber auch weniger offensichtliche innerstaatliche Regeln können zu einer verbotenen Einschränkung des Leistungsexports führen. Ein besonderes Augenmerk ist deshalb auf die kantonalen Bestimmungen über die Anspruchskonkurrenz zu richten:

Kantonale Antikumulierungsregeln

Für den Fall, dass mehrere Personen für dasselbe Kind einen Anspruch auf Familienzulagen geltend machen können, sehen die kantonalen Gesetze Bestimmungen vor, die den Doppelbezug ausschliessen sollen – so genannte Antikumulierungsregeln. Diese Rechtsnormen zeichnen sich dadurch aus, dass sie den Anspruch einer an sich berechtigten Person von der Erfüllung zusätzlicher Voraussetzungen (z.B. Obhut oder Sorgerecht) abhängig machen, um ihn vom Anspruch einer anderen Person abgrenzen zu können.

In Fällen mit Auslandsbezug können solche Regeln dazu führen, dass den in der Schweiz erwerbstätigen Arbeitnehmenden die Familienzulage nur deshalb verwehrt werden, weil sie fernab von der Familie leben. Gerade dies soll aber durch das Koordinationsrecht verhindert werden. Artikel 12 Absatz 2 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 verbietet deshalb die Anwendung von innerstaatlichen Antikumulierungsregeln in allen Fällen, in denen eine Anspruchskonkurrenz bereits durch die Verordnung geregelt wird. Eine solche koordinationsrechtliche Antikumulierungsregel findet sich für den Bereich der Familienleistungen in Artikel 76 der Verordnung.

Beispiel: Das Familienzulagengesetz des Kantons XY bestimmt unter dem Titel «Anspruchskonkurrenz», dass einem Kindesvater nur dann Leistungen gewährt werden, wenn das Kind in seiner Obhut ist. Der Portugiese José lebt von seiner Exfrau Maria getrennt in der Schweiz und arbeitet auf dem Bau. Maria lebt mit der gemeinsamen Tochter in Portugal. Da sie arbeitet, bezieht Maria portugiesische Familienleistungen. Obwohl José das Erfordernis der Obhut nicht erfüllt, hat er Anspruch auf Kinderzulagen des Kantons XY.

Die kantonalen Bestimmungen zur Anspruchskonkurrenz behalten dennoch eine eigenständige Bedeutung für den Fall, dass innerhalb der Schweiz mehrere Personen einen Anspruch für dasselbe Kind geltend machen können.

Schritt 3: Regelung der Anspruchskonkurrenz durch das Koordinationsrecht

Die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 regelt für den Fall einer Anspruchskonkurrenz die Leistungszu-

¹ Zu diesem Zweck kann das Formular «Vereinbarung nach Artikel 109 VO 574/72» verwendet werden, welches in Anhang 16 zur Wegleitung über die Versicherungspflicht in der AHV/IV (WVP) abgedruckt ist.

ständigkeit der beteiligten Staaten wie folgt: Ist in beiden Ländern ein Anspruch auf Familienleistungen aufgrund der Ausübung einer Erwerbstätigkeit entstanden, so ist das Wohnland des Kindes vorrangig leistungspflichtig. Falls die Leistungen im anderen Staat höher sind, ist eine Vergleichsrechnung durchzuführen und es besteht dort Anspruch auf die Differenz zur Leistung des Wohnlandes (Artikel 76).

Beispiel: Lisa und Markus wohnen mit ihrer Tochter Eva in Österreich. Beide sind erwerbstätig: Lisa in der örtlichen Bäckerei, Markus als Grenzgänger im Kanton Thurgau. Lisa erhält eine Familienbeihilfe in Höhe von 105 Euros (bzw. 163 Franken), Markus hat im Kanton Thurgau Anspruch auf eine Differenzzulage von 27 Franken (190 Franken abzüglich 163 Franken).

Anknüpfung an die Erwerbstätigkeit

Bei der Durchführung der Vergleichsrechnung nach Artikel 76 dürfen Leistungen, die unabhängig von der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit gewährt werden (Familienleistungen für Nichterwerbstätige), nicht berücksichtigt werden.

Beispiel: Die kleine Melanie wohnt bei ihrer Grossmutter Margarethe in Deutschland. Diese arbeitet nicht, hat nach deutschem Recht aber Anspruch auf Kindergeld für Melanie. Nimmt der Kindesvater in der Schweiz eine Erwerbstätigkeit auf, so hat er dennoch Anspruch auf schweizerische Familienzulagen in voller Höhe.

Einer Erwerbstätigkeit gleichgestellt sind Zeiten einer Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit aufgrund von Krankheit, Mutterschaft, Unfall oder Arbeitslosigkeit, solange weiterhin Lohn oder andere Leistungen (z.B. Taggelder) erbracht werden.

Anspruch statt Bezug

Massgeblich für die Vergleichsrechnung ist nicht, ob im anderen

Land tatsächlich Leistungen ausgerichtet werden, sondern dass die Arbeitnehmenden einen Anspruch auf diese Leistungen hätten, wenn sie beantragt würden. Unterlassen die Arbeitnehmenden also die Antragsstellung in einem Staat, so hat dies keinen Einfluss auf die Leistungspflicht des anderen beteiligten Staates.

Rolle der Arbeitgeber

Zum Bezug von Familienzulagen wenden sich die Arbeitnehmenden in der Schweiz in der Regel an den Arbeitgeber. Erst anschliessend wird der Anspruch von der Familienausgleichskasse geprüft. Fehlerhafte Auskünfte von Seiten des Arbeitgebers können deshalb rasch dazu führen, dass Arbeitnehmende den Anspruch gar nicht erst geltend machen oder die Leistungen im «falschen» Staat beantragen. Die Arbeitgeber nehmen im Bereich der Familienzulagen also eine Schlüsselrolle ein. Deshalb ist es äusserst wichtig, dass nicht nur die Familienausgleichskassen mit dem Koordinationsrecht vertraut sind, sondern die entsprechenden Informationen auch bis zu den Personalverantwortlichen der Unternehmen durchdringen.

Abzweigung

Verwenden die Zulagenberechtigten die Leistungen nicht für den Unterhalt ihrer Kinder, so kann die an deren Wohnort zuständige Kasse verlangen, dass die Leistungen an diejenige Person ausbezahlt werden, die tatsächlich für den Unterhalt der Familie aufkommt (Artikel 75 Absatz 2).

Da Familienzulagen monatlich mit dem Lohn ausbezahlt werden, ist die Abzweigung ins Ausland für die Arbeitgeber mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden und stösst auf wenig Gegenliebe. Es ist deshalb vorzuziehen, dass in diesen Fällen die Leistungen direkt von der

Familienausgleichskasse ins Ausland überwiesen werden.

Kooperation mit dem Ausland

Zur Berechnung der Differenzzulagen sind die Familienausgleichskassen auf Angaben zur Höhe des vorrangigen Anspruchs im Wohnland angewiesen. Sie können für die Abklärung das Formular E 411 verwenden, welches von der am Wohnort der Familie zuständigen Kasse ausgefüllt und zurückgeschickt wird. Als besonders sinnvoll zur Verringerung des Verwaltungsaufwandes haben sich die persönlichen Kontakte erwiesen, welche verschiedene Familienausgleichskassen im grenznahen Raum mit Kassen jenseits der Landesgrenze pflegen.

Unterstützung durch das BSV

Das Bundesamt für Sozialversicherung fungiert als zwischenstaatliche Verbindungsstelle auf dem Gebiet der Familienleistungen und muss darüber hinaus als für die Anwendung des Freizügigkeitsabkommens im Bereich der sozialen Sicherheit zuständige Behörde gegenüber den Vertragsparteien eine einheitliche Anwendung des Abkommensrechts gewährleisten.

Zur Unterstützung der Familienausgleichskassen und der Personalverantwortlichen in den Unternehmen, wie auch im Interesse einer einheitlichen Rechtsanwendung, hat das BSV einen Leitfaden zur Anwendung des Freizügigkeitsabkommens im Bereich der Familienleistungen ausgearbeitet und im Internet zur Verfügung gestellt².

² www.sozialversicherungen.admin.ch > Rubrik International > Andere Dokumente > Leitfaden FZ

Fazit

Die Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens ist im Bereich der Familienzulagen besonders komplex. Aufgrund der heterogenen Struktur der schweizerischen Familienzulagenlandschaft sind vor allem zu Beginn nicht wenige Probleme

aufgetreten. Die Entwicklungen des Koordinationsrechts, die Änderungen im innerstaatlichen Recht sowie ganz allgemein die ansteigende Mobilität der Arbeitnehmenden werden immer wieder neue Fragen auftauchen lassen. Dank der zunehmenden Erfahrung und der intensiven Zusammenarbeit unter den be-

teiligten Kassen und Behörden sollten darauf aber auch in Zukunft befriedigende Antworten gefunden werden können.

Simon Blunier, lic.iur., Ressort Abkommensanwendung, Geschäftsfeld Internationale Angelegenheiten, BSV.
E-Mail: simon.blunier@bsv.admin.ch

CHSS-Einbinde-Aktion: Lassen Sie Ihre «Soziale Sicherheit» einbinden!

Das Atelier du livre in Bern führt erneut eine Einbindeaktion für die CHSS zu günstigen Konditionen durch (Einband in rotem Leinen mit schwarzer Rückenprägung).

Die Preise

- | | | | |
|--|------------------|--|------------------|
| • Einband für Jahrgänge 2003/2004 (Doppelband) inkl. Einbinden | Fr. 28.— | • Einbinden der Jahrgänge 1993–2002 (1 oder 2 Jahrgänge) pro Einband | Fr. 29.50 |
| • Einband für 1 Jahrgang (2003, 2004) inkl. Einbinden | Fr. 25.50 | • Einbanddecke ohne Binden für 1 oder 2 Jahrgänge | Fr. 15.50 |

Die Preise verstehen sich ohne MWST, Porto und Verpackung. **Für die Einbindeaktion sollten die kompletten Jahrgänge der Zeitschrift bis Ende Februar 2005 an die Buchbinderei gesandt werden.** Verwenden Sie bitte für Ihren Auftrag eine Kopie dieses Talons.

Wir senden Ihnen die Hefte folgender Jahrgänge

1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004

Wir wünschen

Einbinden in Zweijahresband für Jahrgänge Einbinden in Einjahresband für Jahrgänge

Wir bestellen

Einbanddecken für die Jahrgänge

Adresse

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Einsenden an: Atelier du livre, Dorngasse 12, 3007 Bern, Telefon 031 371 44 44

AHV**04.1057 Anfrage Berberat Didier,
6.5.2004:****Abstimmungsempfehlung einer
Ausgleichskasse**

Nationalrat Didier Berberat (SP, NE) hat folgende Anfrage eingereicht:

«Die Cicicam-Cinalfa (Caisse interprofessionnelle neuchâteloise de compensation pour l'industrie, le commerce et les arts et métiers) ist eine private, von der Neuenburger Industrie- und Handelskammer geschaffene Ausgleichskasse.

Als Ausgleichskasse, die AHV-Beiträge erhebt und AHV-Renten ausbezahlt, ist die Cicicam der Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) unterstellt.

Im April 2004 hat diese Kasse an alle ihre Versicherten einen Brief verschickt; Thema war die 11. AHV-Revision, die am 16. Mai 2004 zur Volksabstimmung gelangt.

In diesem Brief, unterschrieben vom Präsidenten und vom Geschäftsführer der Kasse, erläutert die Cicicam zunächst die Änderungen, die die 11. AHV-Revision mit sich bringt. Dann folgt die Abstimmungsempfehlung «Ja zu einer gesunden, langfristig sicheren AHV» («oui à une AVS saine qui vise la sécurité à long terme»). Die Kasse hat ihrem Schreiben überdies einen Faltprospekt der Befürworter der Vorlage beigelegt.

Dass die Neuenburger Industrie- und Handelskammer, wenn sie es für angebracht hält, politische Parolen erlässt, ist völlig normal – bis heute hat sie noch nie auf diese Möglichkeit verzichtet. Bei einer Ausgleichskasse hingegen, auch bei einer privaten, scheint mir angebracht, dass sie sich jeglicher politischer Stellungnahme enthält. Kassen, die vom Bund befugt sind, Prämien zu erheben und Renten auszu zahlen, sollten sich einer strikten politischen Neutralität befleißigen. Ich stelle darum dem Bundesrat folgende Fragen:

1. Sind private Ausgleichskassen, denen der Bund einen Teil seiner Befugnisse übertragen hat, berechtigt, ihre Versicherten anzuschreiben und sie im Hinblick auf eine eidgenössische Abstimmung zu beeinflussen, ja dem Brief gar Werbeprospekte von Abstimmungskomitees beizulegen?
2. Falls die erste Frage mit Nein zu beantworten ist: Wird der Bundesrat dem BSV als Aufsichtsbehörde den Auftrag geben abzuklären, wer dieses Schreiben veranlasst hat, wie und von wem es finanziert worden ist, ob die Bestimmungen über die Bearbeitung und den Schutz von Personendaten beachtet worden sind und ob allenfalls gegenüber dieser Kasse Massnahmen getroffen werden sollen.»

Antwort des Bundesrates vom
23. Juni 2004

«Die Verbandsausgleichskassen und die kantonalen Ausgleichskassen gehören zu den gesetzlich bezeichneten Durchführungsstellen der Alters- und Hinterlassenenversicherung (Art. 49 AHVG). Diese Organe sind von der Bundesverwaltung unabhängige juristische Einheiten, die entweder von Berufsverbänden bzw. zwischenberuflichen Verbänden (Art. 53 AHVG) oder den Kantonen (Art. 61 AHVG) errichtet werden. Die Verwaltungskosten werden insbesondere über Verwaltungskostenbeiträge ihrer Mitglieder gedeckt (Art. 69 AHVG). Gemäss den Artikeln 76 ATSG und 49 AHVG übt der Bund die Aufsicht über die AHV aus. Es handelt sich um eine materielle Aufsicht, welche die korrekte und einheitliche Anwendung der gesetzlichen und reglementarischen Vorschriften sicherstellen soll. Der Bundesrat kann das zuständige Bundesamt, in diesem Fall das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) beauftragen, den Ausgleichskassen verbindliche Weisungen zu erteilen (Art. 72 AHVG). Die Einhaltung dieser

Weisungen und die Geschäftsführung der Kassen wird vom BSV periodisch überprüft. Die dabei festgestellten Mängel sind zu beheben (Art. 72 Abs. 4 AHVG). Die Aufsichtsbefugnis des Bundes beschränkt sich aber auf diese materielle Aufsicht. Das Gesetz verbietet es einer Ausgleichskasse nicht, sich an einer Referendumskampagne zu beteiligen, solange dazu nicht AHV-, sondern ausschliesslich kasseneigene Mittel eingesetzt werden. Bei den regelmässigen Kontrollen der Geschäftsführung der Kassen prüft das BSV u.a. auch die zweckgemässe Verwendung der AHV-Gelder und ergreift bei Verfehlungen die notwendigen Massnahmen.»

Sozialversicherung**04.3165 Interpellation Wehrli Reto,
19.3.04: Jedem Sozialversicherungszweig seine eigene Organisation?**

Nationalrat Reto Wehrli (CVP, SZ) hat folgende Interpellation eingereicht:

«Das System der sozialen Sicherheit basiert auf zehn Sozialversicherungszweigen (AHV, IV, EO, ALV, BV, UV, KV, MV, FZ und EL) und wird durch die kantonal geregelte Sozialhilfe ergänzt. Die Durchführung der Sozialversicherungen obliegt gemäss ATSG den Versicherungsträgern. Die Aufsicht kommt dem Bund zu.

In 17 Kantonen (Aargau, Appenzell-Innerrhoden, Baselland, Freiburg, Genf, Glarus, Graubünden, Jura, Nidwalden, Obwalden, Schaffhausen, Schwyz, St.Gallen, Tessin, Uri, Zug und Zürich) wurde in den letzten zehn Jahren entschieden, rechtlich und/oder faktisch kantonale Sozialversicherungsanstalten (SVA) zu schaffen. Den Bürgerinnen und Bürgern, Kundinnen und Kunden soll in den Kantonen eine fach- und entscheidungskompetente Anlaufstelle für möglichst viele Fragen der Sozialversicherung offen stehen.

In den übrigen Kantonen bestehen ebenfalls enge Verbindungen der Sozialversicherungsträger im Bereich AHV/IV. Die kantonalen Sozialversicherungsanstalten befassen sich mit den Aufgaben aus verschiedenen Versicherungszweigen. Ausgangspunkte sind dabei jeweils die AHV/IV, die EO, der Beitragsbezug für die ALV sowie die eidgenössischen und kantonalen Familienzulagenordnungen. In den meisten Kantonen befassen sie sich mit den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV sowie der Prämienverbilligung gemäss KVG. In einigen Kantonen sind die Aufgaben der kantonalen Arbeitslosenkasse ebenfalls in die SVA integriert.

Diese Organisationen in der Form von selbstständigen öffentlich-rechtlichen Non-Profit-Unternehmen des kantonalen Rechtes haben sich aus der Sicht der Kantone als erfolgreich, weil kundengerecht erwiesen. Die Organisation ist flach, kundennah, kostengünstig und gut steuerbar. Für die Versicherten und die KMU sind nicht nur Ansprechpartner, sondern fach- und entscheidungskompetente Partnerinstitutionen geschaffen worden. Der national harmonisierte Vollzug der Einzelgesetzgebungen ist durch die starken Aufsichtsinstrumente des Bundes sichergestellt.

Auch der Bund hat seine AHV-/IV-Institutionen Zentrale Ausgleichsstelle, Schweizerische Ausgleichskasse für Versicherte im Ausland, Eidgenössische Ausgleichskasse für Bundesangestellte und die IV-Stelle für Versicherte im Ausland faktisch in der Form einer SVA organisiert.

Nun bestehen auf Stufe Bund Bestrebungen, das bewährte Prinzip der kantonalen Anlaufstellen vor Ort für die Fragen der Volksversicherungen infrage zu stellen. So wird im Rahmen der angekündigten 5. IV-Revision die Schaffung einer sektoriellen neuen Bundesorganisation für den Vollzug der IV vorgeschlagen.

Ich bitte deshalb den Bundesrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie beurteilt er die Entwicklung der Sozialversicherungsanstalten in den Kantonen?
2. Erachtet er es als staats- und sozialpolitisch sinnvoll, dass den Bürgerinnen und Bürgern jedes Kantons eine fach- und entscheidungskompetente Anlaufstelle für die Fragen der Volksversicherungen zur Verfügung stehen soll?
3. Hat er durch die Schaffung dieser Institutionen Nachteile beim Vollzug der Sozialwerke des Bundes festgestellt?
4. Ist er der Ansicht, dass gerade bei der IV die Kenntnisse vor Ort ein zentrales Arbeitsinstrument bilden (z.B. Bestimmung des IV-Grades), welche durch eine nationale Organisation verloren gehen würden?
5. Verfügt er über Vergleichszahlen betreffend Verwaltungskosten, die bei den Sozialversicherungsanstalten einerseits und bei den andern grossen Gruppen von Versicherungsträgern (vor allem Krankenkassen, Pensionskassen, Unfallversicherer, ALV-Organe) sowie den beiden Versicherungsorganisationen des Bundes (Militärversicherung und Suva) anfallen?
6. Erachtet er es als seine neue Zielsetzung, das Bundessozialversicherungsrecht durch neue Bundesstellen durchführen zu lassen?
7. Erachtet er es mit dem bundesverfassungsmässigen Subsidiaritätsprinzip vereinbar, den bisherigen Grundsatz des dezentralen Vollzuges in den Kantonen durch den Grundsatz des – technisch gezwungenermassen – dezentralen Vollzuges durch neue Bundesstellen abzulösen?»

Antwort des Bundesrates vom 23. Juni 2004

«Die einschlägigen Bundesgesetze sehen für die Durchführung der AHV und der EO die Ausgleichskassen des Bundes, der Kantone

und der Verbände und für die Durchführung der IV IV-Stellen vor. Die jeweilige Umsetzung auf kantonalen Ebene haben die Kantone in entsprechenden Erlassen zu regeln. Dabei steht es ihnen frei, ob sie eine selbstständige kantonale Ausgleichskasse sowie eine selbstständige IV-Stelle mit der Durchführung der AHV bzw. IV betrauen, oder ob sie diese beiden Organe organisatorisch in einer so genannten Sozialversicherungsanstalt – welcher in Einzelfällen noch weitere Aufgaben übertragen oder unabhängige Stellen (wie z.B. eine Arbeitslosenkasse) angegliedert werden – zusammen fassen. Insbesondere in kleineren Kantonen werden zwar selbstständige Ausgleichskassen und IV-Stellen geführt, welche aber in derselben Örtlichkeit untergebracht sind und somit gegen Aussen als eine Einheit auftreten.

Zusätzlich zur Durchführung der AHV und EO können den Ausgleichskassen durch den Bund und auf Gesuch hin durch die jeweiligen Kantone so genannte «Übertragene Aufgaben» zugewiesen werden. Als Bundesaufgaben sind hier der Beitragsbezug für die Arbeitslosenversicherung sowie die Familienzulagenordnung in der Landwirtschaft zu erwähnen. Bei den durch die Kantone übertragenen Aufgaben handelt es sich oft um die Durchführung der EL, der kantonalen Familienzulagenordnung und teilweise um die Prämienverbilligung gemäss KVG.

Je nach kantonalen Situation gilt es somit, folgende Formen zu unterscheiden: selbstständige Ausgleichskasse (mit oder ohne übertragene Aufgaben), selbstständige IV-Stelle (an separatem oder gleichem Ort wie die Ausgleichskasse) und Sozialversicherungsanstalt (welche als Ausgleichskasse und IV-Stelle fungiert und unter Umständen noch weitere Aufgaben wahrnimmt).

1. Die Sozialversicherungsanstalten sind eine folgerichtige Anpassung der organisatorischen Strukturen

an die Aufgaben, welche den kantonalen Ausgleichskassen seit der Einführung der AHV übertragen worden sind. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Organisationsform keine systematischen Auswirkungen auf die Verwaltungskosten oder die Leistungsqualität zeitigt. Der Bundesrat bevorzugt deshalb kein bestimmtes Organisationsmodell. Entscheidend ist, dass die Vollzugsstellen gesetzeskonform, effizient und effektiv arbeiten.

2. Mit der Durchführung der AHV und IV durch eine selbstständige AHV-Ausgleichskasse und eine selbstständige IV-Stelle einerseits oder durch eine Sozialversicherungsanstalt andererseits stehen den Bürgerinnen und Bürgern fachkompetente Anlaufstellen zur Verfügung. Weil die Kantone eine ihren Strukturen entsprechende Organisationsform wählen können, ist gewährleistet, dass sich die jeweils vom Kanton bevorzugte Form in die kantonalen Gegebenheiten einfügt.

Der Bundesrat erachtet es grundsätzlich als sinnvoll, wenn die Durchführung der verschiedenen Sozialversicherungszweige in einer Organisationseinheit zusammengefasst wird («Guichet unique»). Er weist allerdings darauf hin, dass der Gesetzgeber unterschiedliche Versicherungsträger mit der Durchführung der einzelnen Sozialversicherungszweige beauftragt hat, weshalb die Schaffung einer einzigen Anlaufstelle für alle Zweige kaum realisierbar ist.

3. Nein.

4. Für den IVG-Vollzug ist es angezeigt, den Grundsatz der dezentralen Durchführung der Versicherung beizubehalten, damit die berufliche Eingliederung – unter Berücksichtigung der Wirtschaftsregionen – effektiv und effizient angegangen werden kann. Der IVG-Vollzug setzt allerdings voraus, dass die IV-Stellen für die

Abklärung des Leistungsanspruches und die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen über ein umfassendes Kompetenzspektrum verfügen. Die IV-Stellen müssen eine gewisse Mindestgrösse aufweisen: Ein Rentenentscheid beispielsweise sollte eine Person der IV-Stellenleitung, den zuständigen Mitarbeiter, den IV-Facharzt und den Wiedereingliederungsspezialisten einbeziehen. Die breite Palette der Gesundheitsbeeinträchtigungen (geistige, psychische, körperliche Leiden usw.) und der beruflichen Tätigkeitsbereiche der versicherten Personen setzen im Übrigen voraus, dass die IV-Stellen über multidisziplinäre Spezialistenteams verfügen, um alle Bereiche abzudecken.

5. Die verschiedenen Sozialversicherungszweige unterscheiden sich in der Organisation, Durchführung und Finanzierung wesentlich voneinander. Die Höhe der Verwaltungskosten ist abhängig vom Leistungskatalog jeder Versicherung. Während z.B. die Präventions- und Eingliederungsmassnahmen der UV und der IV personell einen hohen Aufwand erfordern, verursacht die Verwaltung laufender Renten verhältnismässig wenig Kosten. Ein Vergleich der in den Betriebsrechnungen oder in den Statistiken ausgewiesenen Verwaltungskosten ist deshalb nicht aussagekräftig. Konsolidierte Rechnungen und Vergleichszahlen liegen nicht vor.

- 6./7. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Praxis bei der Ausrichtung von IV-Leistungen harmonisiert werden muss. Die Bundeskompetenzen müssen verstärkt werden, damit eine gesamtschweizerisch einheitliche Gesetzesanwendung gewährleistet werden kann. Diese Massnahme soll ermöglichen, dass gleiche Leistungen überall nach denselben Regeln gewährt werden. Die Organisationsstruktur der IV hat zu ge-

währleisten, dass ihre Steuerungsinstrumente – Leistungsziele, Eckdaten, Standards, Qualitätsgarantie – in der ganzen Schweiz wirksam eingesetzt werden können. Der Grundsatz des dezentralen Vollzuges ist beizubehalten. Er setzt allerdings nicht zwingend eine kantonale Organisation der IV-Stellen voraus. Eine Bundeslösung (Einführung von Bundesstellen, welche die heutigen Aufgaben der IV-Stellen übernehmen würden) ist nicht vorgesehen, obwohl diese mit der Bundesverfassung vereinbar wäre. Die Optimierung der Organisation der IV soll die oben aufgeführten Ziele unterstützen, die Zunahme der Neurenten dämpfen sowie die Praxis harmonisieren. Sie soll zudem den Grundsatz der organisatorischen Unabhängigkeit der IV-Stellen sowohl gegenüber den Kantonen wie auch der Bundesverwaltung aufrechterhalten. Der Bundesrat wird seine Vorschläge zur Optimierung der Vollzugsstruktur im Rahmen der 5. IV-Revision vorlegen.»

Gesetzgebung: Vorlagen des Bundesrates, Stand 3. August 2004

Vorlage	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schlussabstimmung (Publ. im BBl)	In-Kraft-Treten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Neugestaltung des Finanzausgleichs	14.11.01	BBl 2002, 2291	Spez'kom. SR ...21.5., 28.5., 14.8., 5.9.02, 24.6., 20.8.03	SR 1./2.10.02 1.10.03	Spez'kom. NR 21.10., 21.11.02 13./14.+27./28.1., 27.2., 25.3.03	NR 13.+19.6., 29.9.03	3.10.03 (BBl 2003, 6591,6807)	Volksentscheid: 28.11.04
BG gegen Schwarzarbeit	16.1.02	BBl 2002, 3605	WAK-NR ...28.10., 18.11.02, 31.3./1.4.03, 26.1, 5.4.04 Subkommission 8.5., 2.+23.6., 8.9., 26.11.03	NR 16.6.04	WAK-SR 29.6.04			
BG über Partnerschaft gleichgeschlechtlicher Paare	29.11.02	BBl 2003, 1288	RK-NR 23.6., 25.8.03	NR 2./3.12.03 10.6.04	RK-SR 19.2., 22.4.04	3.6.04	18.6.04	
Revision der EO	26.2.03	BBl 2003, 2923	SiK-SR 27.3.03 SGK-SR 7.4., 19.5.03	SR 12.6.03	SGK-NR 3.7.03 SiK-NR 19.8.03	NR 17.9.03	3.10.03	Volksentscheid: 26.9.04
Verwendung Nationalbankgold + VI «Nationalbankgewinne für die AHV»	20.8.03	BBl 2003, 6133	WAK-NR 4.11.03, 26.1., 5.4.04	NR 1.3.04 9.6.04	WAK-SR 28.6.04			
Massnahmen gegen Unterdeckung in der BV	19.9.03	BBl 2003, 6399	SGK-SR 21.10., 17.11.03	SR 4.12.03	SGK-NR 30.10.03 15./16.1., 12.2.04	NR 1.3.04		
– Differenzbereinigung				SR 9.3.04 17.3.04	SGK-NR 2.4.04	NR 11.3.04 1./14.6.04	18.6.04	
VI «Für fairere Kinderzulagen»	18.2.04	BBl 2004, 1313	SGK-NR 29.4.04	NR Herbst 04 (geplant)				

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 / VI = Volksinitiative

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
13.9.04	«Massgeschneiderte Medikamente» – Chance oder Mythos?	BaZ CityForum, Aeschenplatz 7, 4000 Basel	TA-SWISS, Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung, 3003 Bern ta@swtr.admin.ch
14./15.9.04	Brennpunkte der Sozialhilfe	Interlaken, Kongresszentrum	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS Tel. 031 326 19 19 Fax 031 326 19 10 admin@skos.ch, www.skos.ch
14.–17.9.04	Studienreise nach Schweden	Stockholm	Innovation Zweite Säule, Pf, 3074 Muri/BE Tel. 031 950 25 50 Fax 031 950 25 51 info@izs.ch
21.9.04	Informationsveranstaltung zum Hochschulstudienzyklus Sozialversicherungsmanagement (Beginn Januar 2005)	Luzern, Hochschule für Wirtschaft HSW Luzern	IBR / HSW Luzern Tel 041 228 41 50 ibr@hsw.fhz.ch www.ibr-luzern.ch
21./22.9.04	10. Einführungskurs in die Praxis der Sozialhilfe	Kartause Ittingen	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS Tel. 031 326 19 19 Fax 031 326 19 10 admin@skos.ch, www.skos.ch
23./24.9.04	5. Freiburger Sozialrechtstage. Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?	Freiburg, Universität	Weiterbildungsstelle Universität Freiburg Tel. 026 300 73 47 formcont@unifr.ch www.unifr.ch/formcont
15./16.10.04	Leistungen der Sozialhilfe. Fachkurs	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 062 286 01 14 Fax 062 286 01 91 christina.corso@fhso.ch www.fhso.ch
21.10.04–12.3.05	Nachdiplomkurs Sozialhilferecht (s. Hinweis)	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 062 286 01 14 Fax 062 286 01 91 christina.corso@fhso.ch www.fhso.ch
25.10.04	Koordination der IV-Renten von IV, UVG und BVG (1-Std-Seminar auf dem Weg nach Hause)	Zürich, Hauptbahnhof, Restaurant au Premier	www.koordination.ch
28.10.04	Tagung medizinische Gutachten	Luzern, Hotel Schweizerhof	Zentrum für Sozialversicherungsrecht Uni Luzern, Pf 7460, 6000 Luzern 7, Tel. 041 228 77 54 luzeso@unilu.ch
29./30.10.04	Die rechtlichen Rahmenbedingungen der Beratung	Olten, Fachhochschule Solothurn/Nordwestschweiz	FHSO, Olten Tel. 062 286 01 14 Fax 062 286 01 91 christina.corso@fhso.ch www.fhso.ch
3./10./17./24./25.11.04	Schulung Einführung in die berufliche Vorsorge (Basiskurs)	Zug, Institut für Finanzdienstleistungen	VPS-Verlag, Luzern Tel. 041 317 07 07 daniel.schubert@vps.ch www.vps.ch
9./16./23.11.04	Schulung Grundzüge der Sozialvers. und berufl. Vorsorge	Zug, Institut für Finanzdienstleistungen	VPS-Verlag, Luzern Tel. 041 317 07 07 daniel.schubert@vps.ch www.vps.ch
14.1.05	Sind wir eine Gesellschaft von Einsamen? (Caritas Forum 05)	Bern, Kultur-Casino	Caritas Schweiz, Löwenstr. 3, 6002 Luzern Tel. 041 419 22 22 Fax 041 419 24 24 info@caritas.ch

Nachdiplomkurs Sozialhilferecht

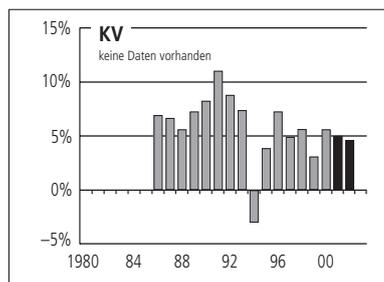
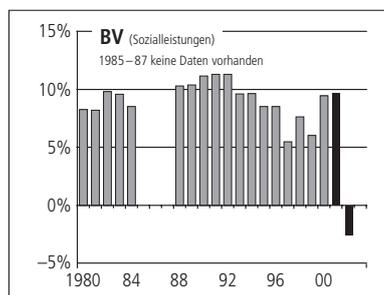
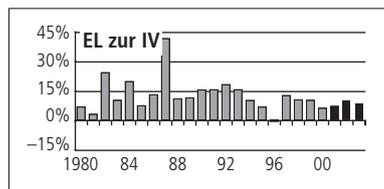
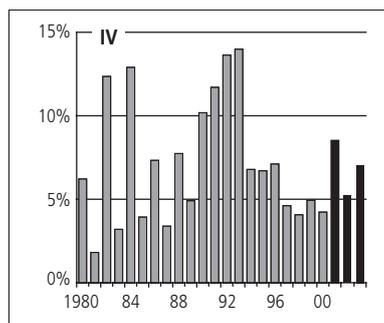
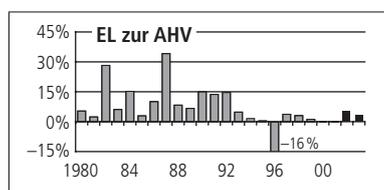
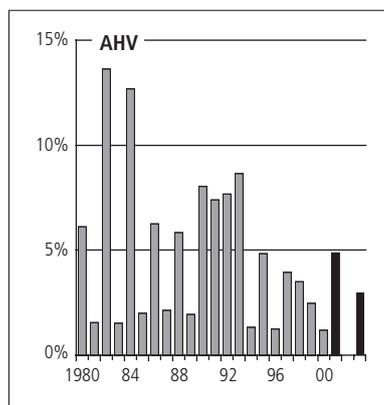
Am 21. Oktober 2004 beginnt der Nachdiplomkurs Sozialhilferecht. Er richtet sich insbesondere an Professionelle der Sozialen Arbeit, die sich intensiver mit den rechtlichen Fragen der Sozialhilfepraxis auseinandersetzen wollen.

Die Teilnehmenden erwerben Wissen und Können,

- um KlientInnen in Fragen des Sozialhilferechts kompetent zu beraten
- um als Mitarbeitende eines Sozialdienstes die korrekte Anwendung des Sozialhilferechts zu gewährleisten und
- um berechnete sozialhilferechtliche Ansprüche zu erkennen und durchzusetzen resp. unberechtigte Ansprüche rechtskonform zu verweigern.

Das Team der Dozierenden besteht aus Fachpersonen mit einem hohen Bezug zur Praxis. Der Nachdiplomkurs Sozialhilferecht ist Teil des Nachdiplomstudiums Sozialrecht, kann aber auch einzeln belegt werden. Weitere Infos zum Nachdiplomstudium Sozialrecht finden Sie unter www.sozialrecht.fhso.ch

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV		1980	1990	2001	2002	2003	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	10 896	20 355	29 620	28 903	31 958	10,6%
davon Beiträge Vers./AG		8 629	16 029	21 601	21 958	22 437	2,2%
davon Beiträge öff. Hand ²		1 931	3 666	7 750	7 717	8 051	4,3%
Ausgaben		10 726	18 328	29 081	29 095	29 981	3,0%
davon Sozialleistungen		10 677	18 269	28 980	29 001	29 866	3,0%
Saldo		170	2 027	538	-191	1 977	-1 133,6%
AHV-Kapitalkonto		9 691	18 157	23 259	23 067	25 044	8,6%
Bezüger/innen AHV-Renten ³⁾	Personen	1 030 003	1 225 388	1 547 515	1 547 930	1 584 795	2,4%
Bezüger/innen Witwen/r-Renten		69 336	74 651	81 592	87 806	89 891	2,4%
Beitragszahler/innen AHV, IV, EO		3 254 000	3 773 000	3 968 000	3 995 000	4 031 000	0,9%

EL zur AHV		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	343	1 124	1 442	1 525	1 573	3,1%
davon Beiträge Bund		177	260	317	343	356	3,8%
davon Beiträge Kantone		165	864	1 125	1 182	1 217	3,0%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	96 106	120 684	140 043	143 398	146 033	1,8%

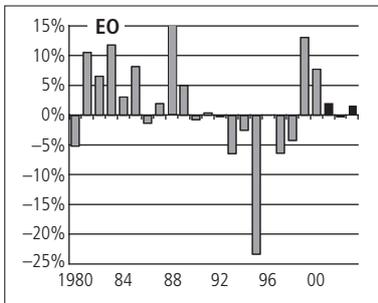
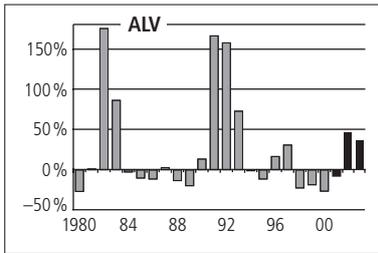
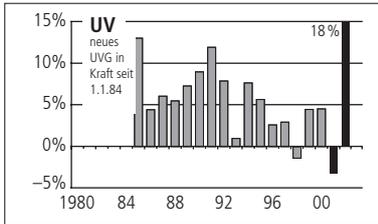
IV		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	2 111	4 412	8 458	8 775	9 210	5,0%
davon Beiträge Vers./AG		1 035	2 307	3 624	3 682	3 764	2,2%
davon Beiträge öff. Hand		1 076	2 067	4 733	4 982	5 329	7,0%
Ausgaben		2 152	4 133	9 465	9 964	10 658	7,0%
davon Renten		1 374	2 376	5 601	5 991	6 440	7,5%
Saldo		-40	278	-1 008	-1 189	-1 448	21,7%
IV-Kapitalkonto		-356	6	-3 313	-4 503	-4 450	-1,2%
Bezüger/innen IV-Renten ³⁾	Personen	123 322	164 329	241 952	258 536	271 039	4,8%

EL zur IV		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	72	309	909	1 003	1 009	9,5%
davon Beiträge Bund		38	69	195	220	244	10,8%
davon Beiträge Kantone		34	241	714	783	855	9,2%
Bezüger/innen	Personen, bis 1997 Fälle	18 891	30 695	67 800	73 555	79 282	7,8%

BV / 2. Säule		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	13 231	33 740	53 600	41 171	...	-21,3%
davon Beiträge AN		3 528	7 704	11 300	11 717	...	3,7%
davon Beiträge AG		6 146	13 156	17 400	16 677	...	-4,2%
davon Kapitalertrag		3 557	10 977	14 700	13 335	...	-9,3%
Ausgaben		...	15 727	36 000	34 810	...	-3,3%
davon Sozialleistungen		3 458	8 737	22 200	21 698	...	-2,3%
Kapital		81 964	207 200	455 000	423 100	...	-7,0%
Rentenbezüger/innen	Bezüger	326 000	508 000	785 000	803 064	...	2,3%

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	...	8 630	14 138	15 349	...	8,6%
davon Prämien (Soll)		...	6 954	13 997	15 355	...	9,7%
Ausgaben		...	8 370	14 928	15 573	...	4,3%
davon Leistungen		...	8 204	16 386	17 096	...	4,3%
davon Kostenbeteiligung		...	-801	-2 400	-2 503	...	4,3%
Rechnungssaldo		...	260	-790	-224	...	-71,7%
Kapital		...	...	6 408	6 266	...	-2,2%
Prämienverbilligung		...	332	2 672	2 848	...	6,6%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



UV alle UV-Träger		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	...	4 210	6 218	6 770	...	8,9%
davon Beiträge der Vers.		...	3 341	4 880	4 864	...	-0,3%
Ausgaben		...	4 135	6 251	7 378	...	18,0%
davon direkte Leistungen inkl. TZL		...	2 743	4 058	4 271	...	5,2%
Rechnungs-Saldo		...	75	-33	-608	...	1750,4%
Kapital		...	...	28 745	29 785	...	3,6%

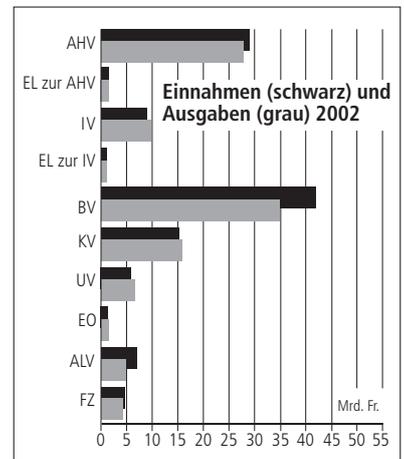
ALV Quelle: seco		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	474	786	6 852	6 969	5 978	-14,2%
davon Beiträge AN/AG		429	648	6 548	6 746	5 610	-16,8%
davon Subventionen		-	-	202	169	268	58,1%
Ausgaben		153	502	3 415	4 966	6 786	36,7%
Rechnungs-Saldo		320	284	3 437	2 004	-808	-140,3%
Ausgleichsfonds		1 592	2 924	279	2 283	1 475	-35,4%
Bezüger/innen ⁴	Total	...	58 503	194 559	252 192	313 371	24,3%

EO		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	648	1 060	813	662	932	40,8%
davon Beiträge		619	958	774	787	804	2,2%
Ausgaben		482	885	694	692	703	1,6%
Rechnungs-Saldo		166	175	120	-30	229	-861,7%
Ausgleichsfonds		904	2 657	3 575	3 545	2 274	-35,9%

FZ		1980	1990	2001	2002	2003	VR ¹
Einnahmen geschätzt	Mio. Fr.	...	3 049	4 609	4 811	...	4,4%
davon FZ Landw. (Bund)		69	112	135	135	...	-0,4%

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen 2002

Sozialversicherungszweig	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2001/2002	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2001/2002	Saldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV	28 903	-2,4%	29 095	0,0%	-191	23 067
EL zur AHV	1 525	5,7%	1 525	5,7%	-	-
IV	8 775	3,7%	9 964	5,3%	-1 189	-4 503
EL zur IV	1 003	10,4%	1 003	10,4%	-	-
BV (Schätzung)	42 171	-21,3%	34 810	-3,3%	7 361	423 100
KV	15 349	8,6%	15 573	4,3%	-224	6 266
UV	5 984	-3,8%	6 595	5,5%	-611	29 785
EO	662	-18,6%	692	-0,3%	-30	3 545
ALV	6 969	1,7%	4 966	45,4%	2 004	2 283
FZ (Schätzung)	4 811	4,4%	4 679	4,6%	133	...
Konsolidiertes Total	115 706	-8,4%	108 455	2,0%	7 251	483 543



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

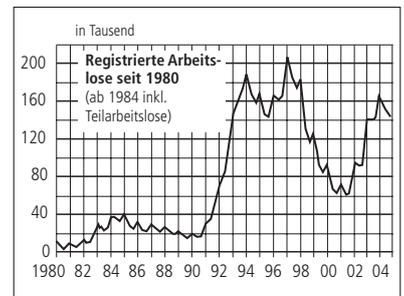
	1970	1980	1990	1999	2000	2001
Soziallastquote ⁵	13,5%	19,6%	21,4%	26,4%	26,0%	26,3%
Sozialleistungsquote ⁶	8,5%	13,2%	14,1%	20,6%	20,1%	20,8%

Arbeitslose

	Ø 2001	Ø 2002	Ø 2003	Mai 04	Juni 04	Juli 04
Ganz- und Teilarbeitslose	67 197	100 504	145 687	148 816	144 103	143 125

Demografie

	2000	2003	2010	2020	2030	2040
Jugendquotient ⁷	37,6%	36,4%	34,0%	32,0%	35,6%	37,1%
Altersquotient ⁷	25,0%	25,2%	28,2%	33,1%	40,8%	43,9%



1 Veränderungsrate zwischen den beiden letzten verfügbaren Jahren.
 2 Inkl. MWST (seit 1999) und Spielbankenabgabe (seit 2000).
 3 Vor der 10. AHV-Revision wurden Paar- und einfache Renten ausbezahlt. Für die Berechnung der BezügerInnen wurde die Anzahl Paarrenten, die es bis Ende 2000 gab, mit zwei multipliziert und zur Anzahl einfacher Renten dazugezählt.
 4 Daten zur Arbeitslosigkeit finden Sie weiter unten.
 5 Verhältnis Sozialversicherungseinnahmen zum Bruttoinlandprodukt in %.

6 Verhältnis Sozialversicherungsleistungen zum Bruttoinlandprodukt in %.
 7 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven.
 Altersquotient: Rentner/innen im Verhältnis zu den Aktiven.
 Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 65).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2004 des BSV; seco, BFS.
 Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Literatur

Sozialversicherungsrecht

Praktische Anwendungsfragen des ATSG. Referate der Tagung vom 25. November 2003 in Luzern. 183 Seiten. 2004. Fr. 68.–. ISBN 3-908185-48-3. Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Uni St.Gallen. Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) steht seit dem 1. Januar 2003 in Kraft. Es beeinflusst das materielle Recht, den Verfahrensbereich und koordinationsrechtliche Fragen in vielfältiger Art. Zu einer grossen Zahl von Fragen muss eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis erarbeitet werden. Erste Tendenzen und Entwicklungen stehen mittlerweile fest. Im November 2003 veranstaltete das Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis eine Tagung, die ganz auf die sich nun in der Praxis stellenden Fragen ausgerichtet war. Die hier vorliegenden Referate wurden im Hinblick auf die Drucklegung bereinigt und teilweise erweitert.

Alter

Selbständig bleiben im Alter – ein Ratgeber. Praxisorientierter Ratgeber für Menschen über 60. 2004. 176 Seiten. Fr. 26.–. Schweizerisches Rotes Kreuz, Bern. Bestelladresse: Schweizerisches Rotes Kreuz, Logistik Center, Werkstrasse 18, 3084 Wabern; logistikCH@redcross.ch

Die Altersjahre voll geniessen können – dies wünschen sich wohl alle Menschen. Mit dem neuen Ratgeber «Selbständig bleiben im Alter» wollen das Schweizerische Rote Kreuz und die Interessengemeinschaft für praktische Altersfragen eine konkrete Hilfestellung dazu bieten. Die Publikation bietet Informationen, Tipps und nützliche Adressen rund um diesen Lebensab-

schnitt: Alltagsgestaltung, Wohnen, Finanzen, Ernährung, soziale Beziehungen, Bewegung, aber auch Krankheit, Trauer u.v.m. «Selbständig bleiben im Alter» ist als umfassender Ratgeber für Menschen über 60 gedacht. Ein bedeutender Teil des Ratgebers ist dem hohen Alter gewidmet, in dem die meisten Menschen mit Einschränkungen konfrontiert werden. Aber auch Personen, die mit älteren Menschen arbeiten, finden in der Publikation wertvolle Informationen.

Sozialpolitik

Kilian Künzi, Markus Schärfer: **Wer zahlt für die Soziale Sicherheit und wer profitiert davon?** Eine Analyse der Sozialtransfers in der Schweiz. 236 Seiten. 2004. Fr. 45.–. ISBN 3-7253-0778-4. Verlag Rüegger, Zürich. Wer erhält welche Einnahmen aus dem System der Sozialen Sicherheit in der Schweiz und wer entrichtet welche Zahlungen in das System? Über welche Kanäle laufen die verschiedenen Einnahmen und Ausgaben und welche Umverteilungseffekte ergeben sich dabei? Diesen Fragen versucht das Buch, das die Resultate eines Forschungsprojekts im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Probleme des Sozialstaats» darstellt, anhand der Daten der grossen Einkommens- und Verbrauchserhebung 1998 nachzugehen, welche auf der Ebene der einzelnen Haushalte detaillierte Angaben zum Einkommen, zum Konsum, zu den Sozialtransfers und zu den Abgaben und Steuern liefert.

Entstanden ist eine vielfältige Auslegeordnung der auf der Haushaltsebene fliessenden finanziellen Ströme im Bereich der Sozialen Sicherheit. Damit trägt das Buch dazu bei, die Kenntnisse über die «soziale Realität» zu erhöhen, Lücken in der statistischen Berichterstattung zu schliessen und die Transparenz darüber zu verbessern, wer mit wem in

Solidarität steht und wer in welchem Ausmass die Lasten trägt. Es zeigt aber auch, dass es auf die einfache im Titel gestellte Frage nur komplexe Antworten gibt.

Gesundheitswesen

Gerhard Kocher, Willy Oggier (Hrsg.): **Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006.** Eine aktuelle Übersicht. 2004. 336 Seiten. Fr. 39.90. ISBN 3-456-84080-2. Verlag Hans Huber, Bern. Das Schweizer Gesundheitswesen ist komplex und im Umbruch. Reformversuche und Sparmassnahmen jagen sich, oft ohne klare Ziele und ohne Koordination mit den anderen Sektoren. Gesundheitspolitik ist zu einem heiss umstrittenen Politikbereich geworden. In einer solchen Lage ist Transparenz wichtig. Dieses Buch gibt eine aktuelle und sachliche Gesamtübersicht in 37 Kapiteln von 49 Autorinnen und Autoren.

Daniel Finsterwald: **Managed Care – Pionierland Schweiz.** 2004. 267 Seiten. Fr. 52.–. ISBN 3-85707-75-3. Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Bern. Der Politikwissenschaftler Daniel Finsterwald beschreibt im zweisprachigen (deutsch und französisch) Buch, was in der Schweiz unter Managed Care zu verstehen ist und wie es hierzulande umgesetzt wurde. Er legt dar, wie es in einer Institutionen übergreifenden Koalition, bestehend aus progressiven Ökonomen, Krankenversicherern und Ärzten, gelang, gegen teils erheblichen Widerstand in den eigenen Reihen Managed-Care-Modelle aufzubauen. Das Buch versteht sich erstens als wissenschaftlicher Beitrag zum Thema und zweitens als Denkanstoss in der aktuellen Debatte um die richtige Förderung von Managed-Care-Modellen im zweiten Paket der KVG-Revision.

Internet

Neue Generikawebsite: **www.Okgenerika.ch.** Der diesjährige Tag der Apotheke war den Generika gewidmet. Der Schweizerische Apothekerverband SAV lancierte die neue Generika-Plattform **www.Okgenerika.ch.** Die Website bietet neben dem Preisvergleich auch eine qualitative Bewertung der auf dem Schweizer Markt erhältlichen rezeptpflichtigen Generika.

Neue Publikationen zur Sozialversicherung

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
«Zeit für Familien. Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht»	BBL ¹ 301.606 d/f/i Fr. 19.50
Merkblatt für Zahnärztinnen und Zahnärzte betr. Zahnbehandlung bei Personen mit Anrecht auf Ergänzungsleistungen	BBL ¹ 318.690.01 d/f/i
Taschenstatistik der Schweiz	BFS ² 021-0400 d/f/I/rum/e
Soziale Sicherheit in der Schweiz: Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder eines Vertragsstaates ausserhalb der EG/EFTA (Incoming)	AHV/IV Ausgleichs- kassenI ³
Soziale Sicherheit in der Schweiz und in Vertragsstaaten, die nicht Mitglied der EG oder der EFTA sind. Informationen für Staatsangehörige der Schweiz oder eines Vertragsstaates ausserhalb der EG/EFTA (Outcoming)	AHV/IV Ausgleichs- kassenI ³
Statistik der Ergänzungsleistungen zur AHV und IV 2003	BBL ¹ 318.685.03 d/f
Verzeichnis der registrierten Vorsorgeeinrichtungen. 2004	BBL ¹ 318.770 d/f

1 BBL, Bundesamt für Bauten und Logistik, Vertrieb Publikationen, 3003 Bern, www.bbl.admin.ch/bundespublikationen/d;verkauf.zivil@bbl.admin.ch

2 Bundesamt für Statistik, Espace de l'Europe 10, 2010 Neuchâtel. Tél. 033 713 60 60. Fax 032 713 60 61. www.statistik.admin.ch

3 Die Liste der kantonalen AHV-Ausgleichskassen und IV-Stellen ist im Internet verfügbar: www.ahv.ch

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

erscheint seit 1993 sechsmal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet.
Die Themen seit dem Jahr 2002:

- Nr. 1/02 Sechs Jahre KVG – Synthese der Wirkungsanalyse
Nr. 2/02 Auswirkungen der bilateralen Abkommen mit der Europäischen Union
auf die schweizerische Sozialversicherung
Nr. 3/02 Städte und Sozialpolitik
Nr. 4/02 Optimierung der interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen IV, ALV und Sozialhilfe
Nr. 5/02 Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vor der Einführung
Nr. 6/02 Entscheidungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der Sozialversicherungen
- Nr. 1/03 Die Situation behinderter Menschen in der Schweiz im EU-Jahr der Behinderten
Nr. 2/03 *Kein Schwerpunkt* (Interview mit dem abtretenden BSV-Direktor Otto Piller)
Nr. 3/03 Die längerfristige Zukunft der Altersvorsorge beginnt heute
Nr. 4/03 Armut – auch in der Schweiz eine Realität
Nr. 5/03 Freizügigkeitsabkommen mit der Europäischen Union – erste Zwischenbilanz
Nr. 6/03 Dauert das Verfahren der Invalidenversicherung zu lange?
- Nr. 1/04 Mehr Eigenverantwortung – ein Rezept für die Sicherung des Sozialstaates?
Nr. 2/04 Volksabstimmung vom 16. Mai 2004: 11. AHV-Revision und Finanzierung der AHV/IV
Nr. 3/04 Gleichstellung von Frau und Mann: 30 Jahre danach
Nr. 4/04 Ja zum bezahlten Mutterschaftsurlaub

Die Schwerpunkte sowie weitere Rubriken sind seit Heft 3/1999 im Internet unter www.bsv.admin.ch/publikat/uebers/d/index.htm zugänglich. Sämtliche Hefte sind heute noch erhältlich (die vergriffene Nummer 1/93 als Fotokopie). Normalpreis des Einzelhefts Fr. 9.–. Sonderpreis für Hefte 1993 bis 2002 Fr. 5.–. Preis des Jahresabonnements Fr. 53.– (inkl. MWST).

Bestellungen an: **Bundesamt für Sozialversicherung, CHSS, 3003 Bern, Telefon 031 322 90 11, Telefax 031 322 78 41, E-Mail: info@bsv.admin.ch**

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherung	Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV
Redaktion	Rosmarie Marolf E-Mail: rosmarie.marolf@bsv.admin.ch Telefon 031 322 91 43 Sabrina Gasser, Administration E-Mail: sabrina.gasser@bsv.admin.ch Telefon 031 325 93 13 Die Meinung BSV-externer AutorInnen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktionskommission	Adelaide Bigovic-Balzardi, Susanna Bühler, Géraldine Luisier Rurangirwa, Stefan Müller, Andrea Nagel, Pierre-Yves Perrin	Auflage	Deutsche Ausgabe 6500 Französische Ausgabe 2400
Abonnemente und Auskünfte	Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Effingerstrasse 20, 3003 Bern Telefon 031 322 90 11 Telefax 031 322 78 41 www.bsv.admin.ch	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Inland Fr. 53.– inkl. MWST, Ausland Fr. 58.–, Einzelheft Fr. 9.–
		Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
		Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Druck und Media Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG
			ISSN 1420-2670 318.998.4/04d