

Schwerpunkt

Reform Altersvorsorge 2020

Invalidenversicherung

Weiterentwicklung der IV – Lancierung eines neuen Reformprojekts

Gesundheit

Evaluation des Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Soziale Sicherheit

CHSS 2/2015



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Inhaltsverzeichnis Soziale Sicherheit CHSS 2/2015

Editorial 57

Chronik Februar / März 2015 58

Schwerpunkt

Übersicht (Christelle Brügger, Lara Fretz, Bundesamt für Sozialversicherungen) 63

Finanzierungsfragen (Anna Jost-Bosshardt, Thomas Borek, Bundesamt für Sozialversicherungen) 68

Frauen und Angestellte im Tieflohnbereich (Andrea Stange, Franziska Grob, Bundesamt für Sozialversicherungen) 73

Anpassungen bei den Hinterlassenenrenten der AHV (Bernadette Deplazes, Bundesamt für Sozialversicherungen) 77

Gleichbehandlung von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden in der AHV (Paul Cadotsch, Mylène Hader, Bundesamt für Sozialversicherungen) 81

Institutionelle Massnahmen in der beruflichen Vorsorge (Philipp Rohrbach, Bundesamt für Sozialversicherungen) 84

Sozialpolitik

Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? (Felix Wolfers, Sozialamt Stadt Bern und Oliver Reich, Helsana) 89

Invalidenversicherung

Weiterentwicklung der IV – Lancierung eines neuen Reformprojekts (Patrick Cudré-Mauroux, Bundesamt für Sozialversicherungen) 94

Preisliche Auswirkungen des Systemwechsels in der Hörgeräteversorgung (Patrick Koch, Christoph Hirter, Institut für Wirtschaftsstudien Basel) 99

Gesundheit

Evaluation des Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Christian Rüefli und Christian Bolliger, Büro Vatter, Politikforschung & -beratung) 102

Spitalklassifizierung: Neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich (Kris Haslebacher, Bundesamt für Gesundheit) 107

Vorsorge

Rechnungsergebnisse 2014 der AHV, IV und der EO (Aus dem Bereich Mathematik, Bundesamt für Sozialversicherungen) 111

Parlament

Parlamentarische Vorstösse 116

Gesetzgebung (Vorlagen des Bundesrats) 119

Daten und Fakten

Sozialversicherungsstatistik 120

Agenda (Tagungen, Seminare, Lehrgänge) 122

Literatur 123

Besuchen Sie uns unter www.bsv.admin.ch



Altersvorsorge 2020: eine ausgewogene, mehrheitsfähige Vorlage



Alain Berset
Bundesrat

Am 19. November 2014 hat der Bundesrat die Botschaft zur Reform Altersvorsorge 2020 ans Parlament überwiesen – fast auf den Tag genau ein Jahr, nachdem das umfassende Reformvorhaben zur 1. und 2. Säule in die Vernehmlassung geschickt wurde. Die Vorlage stiess auf reges Interesse; in der Vernehmlassung gingen 168 Stellungnahmen ein. Sowohl die Notwendigkeit als auch die Ziele des Projekts – die Erhaltung der Altersrenten auf dem bestehenden Niveau und die Sicherung des finanziellen Gleichgewichts von AHV und beruflicher Vorsorge – stiessen weitgehend auf Zustimmung. Der Ansatz, beide Säulen in ein und demselben Paket zu reformieren, wurde ebenfalls gut aufgenommen. Daher hat der Bundesrat den allgemeinen Kurs des Projekts beibehalten.

In den vergangenen fünfzehn Jahren stand die Altersvorsorge immer wieder im Zentrum des Interesses. Dass sich die demografische Entwicklung auf unser Versorgungssystem auswirkt und dringender Reformbedarf besteht, ist unbestritten. Ab 2020 wird sich die derzeit noch stabile Finanzlage der AHV verschlechtern. Alle demografischen Szenarien und Konjunkturchypothesen, selbst die optimistischsten, gehen davon aus, dass der Renteneintritt der Babyboomer und die demografische Alterung den Generationenvertrag belasten werden. Dabei fordert die steigende Lebenserwartung nicht nur die AHV, sondern auch die berufliche Vorsorge, die zusätzlich noch mit tiefen

Renditen kämpft. Die fragmentierten und partiellen Reformprojekte der letzten Jahre blieben allesamt erfolglos: Nachdem die erste Version der 11. AHV-Revision 2004 an der Urne deutlich gescheitert war, erlitt die Zweitauflage sechs Jahre später bereits im Nationalrat Schiffbruch. Geradezu wuchtig verwarf das Stimmvolk 2010 die Senkung des BVG-Mindestumwandlungssatzes. In der Analyse stellte sich die fehlende Gesamtsicht von Partialreformen als Hauptgrund für die Niederlagen heraus. Isolierte Vorschläge, die lediglich Teile von Versicherungen oder nur vereinzelte Leistungen betreffen, haben keinerlei Erfolgsaussichten. Im Zentrum der politischen Überlegungen müssen vielmehr die Versicherten und ihre Bedürfnisse stehen; bei den Rentenversprechen ist grösstmögliche Transparenz angezeigt.

Mit der Reform Altersvorsorge 2020 werden die AHV und die berufliche Vorsorge nun erstmals gemeinsam überarbeitet. Da die Altersleistungen aus beiden Säulen zusammen errechnet werden, ist eine getrennte Betrachtung heute nicht mehr sinnvoll. So hat sich die berufliche Vorsorge in den letzten dreissig Jahren neben der seit jeher und weithin geschätzten AHV zu einem wichtigen Faktor im Rentensystem entwickelt. Dieses soll nun so reformiert werden, dass das Rentenniveau garantiert und die materielle Sicherheit gewährleistet sind – die Schwerpunkttitel dieser «Sozialen Sicherheit CHSS» werden dies aufzeigen. Jede und jeder wird genau wissen, welche Leistungen, Herausforderungen und Auswirkungen sie und ihn erwarten. Damit wird das Vertrauen der Versicherten in die Reform als ausgewogenes Ganzes gestärkt. Dies ist für die nachhaltige finanzielle Sicherung des Rentensystems und damit auch für das Weiterbestehen der 1. und 2. Säule zentral.

Die Reform Altersvorsorge 2020 berücksichtigt die demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen, gewährleistet das Gleichgewicht zwischen den beiden Säulen, den Generationen sowie den Versicherten und stärkt das Vertrauen der Bevölkerung in eine sichere und verlässliche Altersvorsorge. Damit bringt die Reform die besten Voraussetzungen mit, in der politischen und öffentlichen Auseinandersetzung zu bestehen.

Arbeit

Beschäftigungsbarometer im 4. Quartal 2014: Zunahme der Beschäftigung, hauptsächlich im dritten Sektor

Gemäss dem Bundesamt für Statistik (BFS) zeigen die vierteljährlichen Indikatoren des Beschäftigungsbarometers im 4. Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal ein Beschäftigungswachstum von 1,0 Prozent. Das Wachstum ist hauptsächlich im tertiären Sektor (+1,3%) zu beobachten. Die Anzahl der offenen Stellen (-0,4%) und der Indikator der Beschäftigungsaussichten (-0,4%) haben leicht abgenommen, während die Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung (+1,2%) gegenüber dem Vorjahresquartal angestiegen sind (www.statistik.admin.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb).

Dialog über Arbeits- und Beschäftigungsfragen zwischen der Schweiz und China

Eine tripartite Delegation aus Sozialpartnern und des Leiters der Direktion für Arbeit des Staatssekretariats für Wirtschaft hat sich vom 9. bis 15. März 2015 zu einem Arbeitsbesuch in China aufgehalten. Die Schweiz und China haben damit ihren Dialog über Arbeits- und Beschäftigungsfragen vertieft (www.seco.admin.ch).

Entwicklung der mittleren Einkommensgruppen in der Schweiz: aktualisierte Indikatoren

Insgesamt betrachtet blieb der Bevölkerungsanteil in der mittleren Einkommensgruppe von 1998 bis 2012 weitgehend stabil. Anteilsmässig am stärksten vertreten war sie 2009 mit 61,3 Prozent der Bevölkerung, am schwächsten 1998 mit 57,0 Prozent der Bevölkerung. 2012 erreicht der Anteil der mittleren Einkommensgruppe mit 57,1 Prozent der Bevölkerung knapp wieder den Stand von 1998 (www.statistik.admin.ch → Themen → 20

– Wirtschaftliche und soziale Situation der Bevölkerung → Lebensstandard, soziale Situation und Armut).

Grenzgängerstatistik 2014: Wachstum der Anzahl Grenzgänger/innen etwas gedämpft

Die Anzahl der in der Schweiz tätigen ausländischen Grenzgängerinnen und Grenzgänger hat im Jahr 2014 um 8600 Personen (+3,1%) zugenommen. Etwas mehr als die Hälfte der Grenzgänger/innen (52,4%) hat den Wohnsitz in Frankreich, rund ein Viertel (23,7%) in Italien und ein Fünftel in Deutschland (20,4%). Im Tessin ist der Anteil der Grenzgänger an allen Erwerbstätigen mit 26,2 Prozent am höchsten. Dies zeigen die Ergebnisse der vierteljährlich durchgeführten Grenzgängerstatistik des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 03 – Arbeit und Erwerb).

Lage auf dem Arbeitsmarkt im Februar 2015

Gemäss den Erhebungen des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) waren Ende Februar 2015 149 921 Arbeitslose bei den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) eingeschrieben, 1 025 weniger als im Vormonat. Die Arbeitslosenquote verharrte bei 3,5 Prozent im Berichtsmonat. Gegenüber dem Vorjahresmonat erhöhte sich die Arbeitslosigkeit um 662 Personen (+0,4%) (www.seco.admin.ch).

Personenfreizügigkeit: Klare Regeln für Kurzaufenthalter auf Stellensuche

Ausländische Personen, die eine Kurzaufenthaltsbewilligung zum Zweck der Stellensuche in der Schweiz beantragen, müssen über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Die entsprechende Änderung der Verordnung über die Einführung des freien Personenverkehrs (VEP) ist am 1. April 2015 in Kraft getreten (www.ejpd.admin.ch).

Studien- und Lebensbedingungen an Schweizer Hochschulen: Hohe Erwerbstätigkeit der Studierenden

Drei Viertel der Studierenden gehen neben dem Studium einer Erwerbstätigkeit nach. Im Durchschnitt machen die Einkünfte aus Erwerbstätigkeit knapp 40 Prozent der Einnahmen aus. Die Studierenden verfügen im Jahr 2013 über ein Median-Einkommen von 2000 Franken pro Monat. Ihre durchschnittlichen Studienkosten betragen 1321 Franken pro Semester im Jahr 2013. Mehr als die Hälfte der Studierenden, die einen Mobilitätsaufenthalt im Ausland absolvierten, haben hierfür ein EU-Programm wie beispielsweise Erasmus genutzt. Dies sind Ergebnisse der Erhebung 2013 zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden, die nach 2005 und 2009 zum dritten Mal vom Bundesamt für Statistik (BFS) durchgeführt wurde (www.statistik.admin.ch → Themen → 15 – Bildung, Wissenschaft).

Berufliche Vorsorge

Versicherte sollen das Risiko ihrer frei gewählten Anlagestrategie selber tragen

Der Bundesrat hat die Botschaft zur Anpassung des Freizügigkeitsgesetzes ans Parlament überwiesen. Neu sollen Versicherte in der 2. Säule, welche für den überobligatorischen Teil ihres Vorsorgekapitals die Anlagestrategie selber wählen können, in jedem Fall nur den effektiven Wert des Vorsorgeguthabens erhalten. Dies gilt auch für den Fall, wenn zum Zeitpunkt des Austritts aus der Vorsorgeeinrichtung ein Anlageverlust resultiert (www.bsv.admin.ch).

Studie untersucht Pensionierungsverluste

Der gesetzlich vorgeschriebene Mindestumwandlungssatz von 6,8 Prozent in der obligatorischen beruf-

lichen Vorsorge verursacht den Vorsorgeeinrichtungen wegen der steigenden Lebenserwartung und den tiefen Anlagerenditen erhebliche Pensionierungsverluste. Diese führen zu einer systemfremden Umverteilung in der 2. Säule. Das zeigt exemplarisch eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen, in der die Mechanismen und Auswirkungen der Pensionierungsverluste bei 27 ausgewählten Pensionskassen untersucht wurden (www.bsv.admin.ch).

Bundesrat

Bundesrat Alain Berset ruft dazu auf, die gesellschaftliche Kohäsion weiter zu stärken

Bundesrat Alain Berset hat am 2. März 2015 den «Rat der Religionen» in Bern getroffen. Er versicherte den Religionsgemeinschaften, der Bundesrat teile ihre Besorgnis über die zunehmende Aggressivität gegen Muslime und Juden in Europa. In der kulturell heterogenen Schweiz sei das friedliche Zusammenleben eine ständige, kollektive Aufgabe (www.edi.admin.ch).

Geschäftsbericht 2014 des Bundesrates verabschiedet

Der Bundesrat hat seinen Geschäftsbericht 2014 verabschiedet. Dieser gibt Auskunft über die Erfüllung angestrebter Ziele, geht aber auch auf die Bewältigung unvorhergesehener Ereignisse ein. Im Vordergrund standen 2014 Strukturen und Regulierungen in der internationalen Finanzpolitik, Weichenstellungen in der Sicherheit und grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Migration, der OSZE-Vorsitz und die Europapolitik, das Grossprojekt Altersvorsorge, die koordinierte Planung von Siedlung, Landschaft und Verkehr sowie eine Stärkung der Berufsbildung (www.admin.ch → Der Bundesrat → Dokumentation → Publikationen).

Demografie

Auslandschweizergemeinde wächst weiter

Immer mehr Schweizerinnen und Schweizer wohnen im Ausland. 2014 ist die Zahl der Auslandschweizerinnen und Auslandschweizer gegenüber dem Vorjahr um 14 726 auf 746 885 Personen angestiegen, was einer Zunahme von rund 2 Prozent entspricht. Dies geht aus der neusten Auslandschweizerstatistik des Eidgenössischen Departements für auswärtige Angelegenheiten (EDA) hervor. Die Statistik erfasst jährlich alle Landsleute, die bei einer Botschaft oder einem Generalkonsulat im Ausland angemeldet sind. Sie leben in 200 Ländern und Gebieten rund um den Globus (www.eda.admin.ch).

Familien und Generationen 2013: Kinderwunsch bleibt hoch im Kurs

Fast zwei Drittel (63%) der kinderlosen Frauen und Männer im Alter von 20 bis 29 Jahren wünschen sich zwei Kinder. Ein Viertel (28%) gibt drei oder mehr Kinder als persönliches Ideal an. Am häufigsten bleiben Frauen mit einem Tertiärabschluss kinderlos (30%). Die Akzeptanz der Berufstätigkeit von Müttern mit kleinen Kindern hat seit den 90er-Jahren deutlich zugenommen. Das zeigen die ersten Ergebnisse der Erhebung zu Familien und Generationen 2013 des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 01 – Bevölkerung).

Provisorische Ergebnisse zur natürlichen Bevölkerungsbewegung 2014

Das Jahr 2014 war von einem Anstieg der Geburten, der Eheschliessungen und der neu eingetragenen Partnerschaften geprägt. Die Zahl der Scheidungen und der Todesfälle ging zurück. Dies sind die provisorischen Ergebnisse der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 01 – Bevölkerung).

Gesundheit

Gesundheit2020: zehn Prioritäten für 2015

Alain Berset hat den Bundesrat über die Fortschritte in der gesundheitspolitischen Agenda Gesundheit2020 informiert. 2014 wurden die zwölf prioritären Projekte umgesetzt oder auf den Weg gebracht. Für das Jahr 2015 hat das Eidgenössische Departement des Innern EDI zehn Prioritäten bestimmt. Unter anderem sollen ein Bericht zur Stärkung der Patientenrechte sowie Gesetzesvorlagen zu den Tabakprodukten und zur Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit vorgelegt werden (www.bag.admin.ch).

Krebsimpfung für Knaben und junge Männer empfohlen

Die Impfung gegen sexuell übertragbare humane Papillomaviren wird Mädchen und jungen Frauen seit Jahren empfohlen. Nun weitet das Bundesamt für Gesundheit die Empfehlung auf Knaben und junge Männer aus. Eine solche Impfung könne Penis- und Analkrebserkrankungen eindämmen. Knaben und junge Männer sollten sich gemäss der Empfehlung im Alter zwischen zwölf und 26 Jahren, vorzugsweise zwischen elf und 14 Jahren – vor Beginn der sexuellen Aktivität – impfen lassen (NZZ, 3. März 2015).

Gleichstellung

EKF und Frauenorganisationen fordern: mehr Frauen ins Parlament!

Die Eidgenössische Kommission für Frauenfragen EKF und eine breite Koalition von Frauenorganisationen engagieren sich dafür, dass am 18. Oktober 2015 mehr Frauen ins Parlament gewählt werden. Auf der Website «Frauen wählen! – Votez femmes! – Votez donne!» sagen prominente Politikerinnen, warum dies dringend

nötig ist. Eine gemeinsam von EKF, BAKOM und SRG/SSR bei der Universität Fribourg in Auftrag gegebene Studie wird zudem im Wahlkampf 2015 die Medienpräsenz von kandidierenden Frauen und Männern untersuchen (www.ekf.admin.ch).

20 Jahre nach der 4. Weltfrauenkonferenz: Schweiz zieht an UNO-Session Bilanz

Am 9. März 2015 hat in New York die 59. Sitzung der Kommission für die Stellung der Frau (CSW) des UNO-Wirtschafts- und Sozialrats (ECOSOC) stattgefunden. Im Zentrum stand die sogenannte «Beijing Deklaration/Aktionsplattform», die 1995 anlässlich der 4. Weltfrauenkonferenz in Peking verabschiedet worden war. An der diesjährigen Session wurde Bilanz gezogen, ob und wie sich die Stellung der Frauen in der Gesellschaft seither verbessert hat. Die Schweiz als stimmberechtigtes Mitglied dieser UNO-Kommission hat u.a. eine Bilanz ihrer Bemühungen im Inland präsentiert und verschiedene Anlässe veranstaltet (www.eda.admin.ch).

Invalidenversicherung

Hörgerätemarkt: grössere Auswahl, aber wenig Druck der Versicherten auf Anbieter

Eine neue Studie über die Preise der Hörgeräteversorgung stellt einen leicht gesteigerten Wettbewerb unter den Anbietern und etwas tiefere Hörgerätekosten für die IV- und AHV-Versicherten fest. Gleichzeitig ist aber auch die Bereitschaft der Hörbehinderten gestiegen, aus der eigenen Tasche an ein teures Hörgerät zu bezahlen. Die Studie hat die Preissituation vor und nach dem Wechsel von IV und AHV zur Ausrichtung von Pauschalbeiträgen an die Versicherten

analysiert. Die Versicherungen empfehlen neu angemeldeten Personen mit Hörproblemen weiterhin, verschiedene Anbieter und Angebote zu vergleichen (www.bsv.admin.ch).¹

Weiterentwicklung der IV: Bessere Eingliederung durch koordinierte Förderung

Die Invalidenversicherung ist dank der Revisionen seit 2004 deutlich erfolgreicher geworden bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung. Handlungsbedarf besteht aber bei Kindern und Jugendlichen mit Gesundheitsproblemen und für psychisch Kranke. Die Begleitung und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure müssen verbessert werden. Der Bundesrat hat die Leitlinien für den nächsten Reformschritt, die Weiterentwicklung der IV, abgesprochen und hat dem Departement des Innern EDI den Auftrag erteilt, ihm bis im Herbst eine Vernehmlassungsvorlage vorzulegen (www.edi.admin.ch).²

Migration

Bevölkerung nach Migrationsstatus: Ein Drittel der Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund

Im Jahr 2013 hatten 2,4 Millionen der 6,8 Millionen in der Schweiz lebenden Personen ab 15 Jahren einen Migrationshintergrund. Vier Fünftel davon kamen im Ausland zur Welt, während ein Fünftel in der Schweiz geboren wurde, jedoch im Ausland geborene Eltern hat. Ein gutes Drittel (35%) besass den Schweizer Pass. Die Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist jünger und verlangsamt die Alterung der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz. Diese und weitere Ergebnisse gehen aus einer Analyse des Bundesamtes für Statis-

tik (BFS) zum Migrationsstatus der ständigen Wohnbevölkerung hervor (www.statistik.admin.ch → Themen → 01 – Bevölkerung).

Erleichterte Einbürgerung für junge Ausländerinnen und Ausländer

Der Bundesrat befürwortete am 21. Januar 2015 in einer Stellungnahme die parlamentarische Initiative «Die Schweiz muss ihre Kinder anerkennen». Die Initiative verlangt, dass Ausländerinnen und Ausländer der dritten Generation, die in der Schweiz geboren und aufgewachsen sind, in einem erleichterten Verfahren eingebürgert werden können (www.bfm.admin.ch).

Potenzial der Migrationsbevölkerung nutzen und fördern: positive Zwischenbilanz

Die Partner im TAK-Integrationsdialog «Arbeiten – Chancen geben, Chancen nutzen» haben am 26. Januar 2015 eine positive Zwischenbilanz gezogen. Seit dem Start des Dialogs durch die tripartite Agglomerationskonferenz (TAK) im Oktober 2012 haben Staat, Arbeitgeberverbände und die Sozialpartner mehrerer Branchen verschiedene Projekte in Angriff genommen, um das Potenzial der hier lebenden Migrantinnen und Migranten besser zu nutzen und deren Integration am Arbeitsplatz zu fördern (www.bfm.admin.ch).

1 Dazu Koch, Patrick und Christoph Hirter, «Preisliche Auswirkungen des Systemwechsels in der Hörgeräteversorgung», in dieser *Sozialen Sicherheit CHSS*

2 Dazu Cudré-Mauroux, Patrick, «Weiterentwicklung der IV – Lancierung eines neuen Reformprojekts», in dieser *Sozialen Sicherheit CHSS*

Öffentliche Finanzen

Öffentliche Finanzen 2013–2015: steigende Verschuldung der Kantone

Die öffentlichen Finanzen 2013 dürften mit einem leichten Defizit schliessen. Bund, Kantone und Gemeinden liegen im defizitären Bereich, während die Sozialversicherungen Überschüsse ausweisen. 2014 dürfte sich die Lage für die öffentlichen Haushalte ähnlich präsentieren. Die Kantone müssen aufgrund von diversen Pensionskassensanierungen mit einer Verschlechterung der Rechnungsergebnisse rechnen. Die Schuldenquote der Kantone steigt 2013 an, dürfte sich in den kommenden Jahren jedoch stabilisieren. Dies zeigen die neuen Zahlen der Finanzstatistik (www.efv.admin.ch).

Sozialpolitik

Asylstatistik Februar 2015

Im Februar 2015 wurden in der Schweiz 1 424 Asylgesuche eingereicht, das entspricht einer Abnahme von 9 Prozent im Vergleich zum Vormonat (1 565 Gesuche) und einem Rückgang um 3 Prozent im Vergleich zum Februar 2014. Die Zahl der Gesuche sri-lankischer und kosovarischer Staatsangehöriger ging zurück, während die Zahl der Asylgesuche eritreischer und syrischer Staatsangehöriger leicht zunahm (www.bfm.admin.ch).

China und die Schweiz im Dialog über Menschenrechte

Vom 3. bis 4. März 2015 haben sich Delegationen der Schweiz und Chinas in Bern zur 13. Runde des bilateralen Menschenrechtsdialogs getroffen. Die konstruktive Atmosphäre und der vertrauliche Rahmen erlaubten eine offene und kritische Ausei-

nersetzung über unterschiedliche Auffassungen von Rechtsstaatlichkeit und Strafjustiz sowie über internationale Menschenrechtskooperation und den Einbezug der Zivilgesellschaft (www.eda.admin.ch).

EKR: Die Schweiz engagiert sich im Kampf gegen Rassismus

Der von der UNO ausgerufene internationale Tag gegen Rassismus, der 21. März, war 2015 für die Schweiz von besonderer Bedeutung, denn vor 20 Jahren nahm das Volk die Strafnorm gegen Rassendiskriminierung an, trat unser Land dem Internationalen Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung bei und setzte der Bundesrat die Eidgenössische Kommission gegen Rassismus EKR ein (www.edi.admin.ch → Themen → EKR).

Sozialhilfe: Bundesrat analysiert den Handlungsbedarf

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2015 einen Bericht zur Ausgestaltung der Sozialhilfe und der kantonalen Bedarfsleistungen verabschiedet. Dieser analysiert den Handlungsbedarf und zeigt auf, wo heute in der Sozialhilfe Koordinationsbedarf besteht. Da sich die Kantone gegen ein Rahmengesetz des Bundes für die Sozialhilfe ausgesprochen haben, überlässt es der Bundesrat ihnen, den notwendigen verbindlichen Rahmen für die Sozialhilfe zu definieren (www.edi.admin.ch).

Sozialhilfestatistik im Flüchtlingsbereich 2013

2013 wurden in der Schweiz 13 567 Personen im Flüchtlingsbereich mit Sozialhilfe unterstützt. Zwei Drittel der Sozialhilfebeziehenden im Flüchtlingsbereich sind Kinder oder Jugendliche und jüngere Personen im Alter zwischen 26 und 35 Jahren. Ein Fünftel aller Beziehenden ist erwerbstätig und

gut ein Drittel lebt in Familienhaushalten mit Kindern. Das sind die neuen Ergebnisse aus der Schweizerischen Sozialhilfestatistik im Flüchtlingsbereich des Bundesamtes für Statistik (BFS) (www.statistik.admin.ch → Themen → 13 – Soziale Sicherheit).

Syrienkonflikt: Bundesrat beschliesst zusätzliche Massnahmen für die Opfer

Der Bundesrat hat am 6. März 2015 Massnahmen zur weiteren Unterstützung der Opfer aus dem Syrienkonflikt beschlossen. Zusätzlich zu den bereits getätigten Anstrengungen von 128 Millionen Franken seit Ausbruch des Konflikts soll die Hilfe vor Ort um weitere 50 Mio. Franken verstärkt werden. Zudem will der Bundesrat in den nächsten drei Jahren im Grundsatz zusätzlich 3 000 schutzbedürftige Personen aus der Krisenregion die Einreise in die Schweiz ermöglichen (www.eda.admin.ch).

Zuwanderer erhalten keine Sozialhilfe

EU-Bürger, die sich zur Stellensuche in der Schweiz befinden, müssen über ausreichende finanzielle Mittel verfügen. Diesen Grundsatz, der eigentlich bereits heute gilt, hat der Bundesrat nun explizit in einer Verordnung festgehalten. Das Bundesgericht folgt ihm schon länger. In der Vernehmlassung war die Verschärfung positiv aufgenommen worden. Kurz vor der Abstimmung über die Zuwanderungsinitiative war bekannt geworden, dass die Kantone Grundsätze des Freizügigkeitsabkommens unterschiedlich anwenden. So zahlten einige Kantone Sozialhilfe an Personen, die sich zur Stellensuche in der Schweiz aufhielten, obwohl das Abkommen keinen Sozialhilfeanspruch für Stellensuchende vorsieht (NZZ, 14. März 2015).

Reform Altersvorsorge 2020



Bundesrat Alain Berset stellt die Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 vor.

© Keystone/Marcel Bieri

Anderthalb Jahre sind es her, seit wir Ihnen hier die Eckwerte der Reform Altersvorsorge 2020 vorgestellt haben. In der Zwischenzeit hat der Bundesrat die einzelnen Punkte der Paketlösung in eine sorgfältig austarierte Botschaft gegossen, die mittlerweile in den Kommissionen zur Beratung angelangt ist. Dass es sich beim Reformvorhaben um kein Planspiel handelt und unmittelbares, aber bedachtes Handeln gefordert ist, legt die Tatsache nahe, dass das Umlageergebnis der AHV für 2014 erstmals seit der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre negativ ausfällt.

Neben einer Übersicht über das Gesamtpaket und seine finanzielle Tragweite greifen unsere Schwerpunktartikel zentrale Punkte der Reform heraus. Dabei gehen sie auf die rentenstärkenden Massnahmen für Angestellte im Tieflohnbereich – häufig Frauen – ein. Sie erörtern die zielgerichteten Anpassungen bei den Hinterlassenenrenten und legen dar, weshalb und wie Selbstständige den Unselbstständigen in der AHV gleichgestellt werden sollen. Schliesslich hält ein Beitrag die institutionellen Massnahmen in der 2. Säule fest, welche die angemessene Einbindung der Lebensversicherer in die Sicherung der Alters- und Hinterlassenenvorsorge sicherstellen.

Die Reform gibt es nicht im Baukastensystem: Isoliert voneinander umgesetzt, würden die einzelnen Reformansätze nur punktuell greifen. Erst durch ihre gegenseitige Verknüpfung werden sie zum tragfähigen Ganzen, das die anstehenden demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen in ihrer gesamten Tragweite, als ineinandergreifendes Netz der staatlich getragenen und eigenverantworteten sozialen Sicherung aufzufangen vermag.

Übersicht

Der Bundesrat hat am 19. November 2014 die Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 ans Parlament überwiesen. Die Reform sichert mit einem umfassenden Ansatz und mit Fokus auf das Interesse der Versicherten die Erhaltung des Leistungsniveaus in der Altersvorsorge. Durch die Möglichkeit, den Altersrücktritt flexibel zu gestalten, wird den individuellen Bedürfnissen der Arbeitnehmenden und den Arbeitsmarkttendenzen Rechnung getragen.



Lara Fretz
Bundesamt für Sozialversicherungen



Christelle Brügger

Ausgangslage

Die Gesellschaft ist im Wandel, die Menschen leben länger und die Kapitalerträge der vergangenen Jahre verändern das wirtschaftliche Umfeld zusehends. All diese Veränderungen stellen unser Altersvorsorgesystem vor grosse Herausforderungen. Obwohl die Problematik seit Langem bekannt ist, konnten die AHV und die berufliche Vorsorge bisher noch nicht an die neuen Gegebenheiten angepasst werden. Seit Inkrafttreten der 10. AHV-Revision im Jahr 1997 und der letzten Etappe der 1. BVG-Revision im Jahr 2006 wurden lediglich punktuelle Revisionen für technische und strukturelle Änderungen oder – im Falle der AHV – für den Finanzierungsausbau vorgenommen. Alle Revisionsvorhaben, die den demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen gerecht geworden wären, sind gescheitert, weil sie die Interessen der Versicherten nicht genügend berücksichtigten oder weil sich kein politischer Konsens fand.

Bisher konnten die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung und der niedrigen Geburtenrate auf die finanzielle Lage der AHV grösstenteils durch die positiven Folgen der bilateralen Abkommen, die qualifizierte Arbeitskräfte in die Schweiz brachten, ausgeglichen werden. Die geburtenstarken Jahrgänge, zu denen die in den 1960er-Jahren geborenen Personen zählen, sind immer noch auf dem Arbeitsmarkt aktiv. Noch hat sich das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Pensionierten (Altersquotient) nicht verschoben. Zwischen 2020 und 2030, wenn die geburtenstarke Generation ins Rentenalter kommt, wird sich allerdings ein Ungleichgewicht einstellen. Der Altersquotient wird ansteigen und dazu führen, dass die Ausgaben der AHV schneller zunehmen als die Einnahmen – und dies selbst bei gleich bleibendem Wanderungssaldo. Zudem gefährdet die Zunahme der Lebenserwartung die Finanzierung der beruflichen Vorsorge. In Kombination mit den seit mehreren Jahren niedrigen Kapitalerträgen auf den Finanzmärkten ergibt sich ein Ungleichgewicht zwischen den zu erbringenden Leistungen und deren langfristiger Finanzierung.

Botschaft vom 19. November zur Reform der Altersvorsorge 2020

www.admin.ch → Bundesrecht → Bundesblatt
→ BBl 2015, 1
www.parlament.ch → Curia Vista → 14.088

Um in den kommenden Jahrzehnten die finanzielle Stabilität unseres Altersvorsorgesystems nicht aufs Spiel zu setzen und um allen Pensionierten eine angemessene Lebenshaltung gewährleisten zu können, ist eine Reform notwendig, die sich sowohl der demografischen als auch der wirtschaftlichen Herausforderungen annimmt. Deshalb schickte der Bundesrat am 20. November 2013 einen Vorentwurf zur Reform der Altersvorsorge in die Vernehmlassung. Darin schlägt er Massnahmen vor, die das Leistungsniveau der Altersvorsorge sichern und das finanzielle Gleichgewicht der AHV sowie der beruflichen Vorsorge gewährleisten. Gleichzeitig trägt die Reform der gesellschaftlichen Entwicklung Rechnung, indem der

Versicherungsschutz an die Gegebenheiten auf dem Arbeitsmarkt (Teilzeitarbeit, Mehrfachbeschäftigung) und die Leistungen an die heutigen Rahmenbedingungen angepasst werden. Zusätzlich soll das Vertrauen der Versicherten ins Geschäft der beruflichen Vorsorge gestärkt werden, indem mehr Transparenz geschaffen wird und die erzielten Erträge fair zwischen den Versicherten und den Versicherern verteilt werden. Eine überwiegende Mehrheit begrüsst die Stossrichtung der Reform, wobei über die zu ergreifenden Massnahmen unterschiedliche Auffassungen bestehen.¹ Nachdem er einige während des Vernehmlassungsverfahrens vorgebrachte kritische Rückmeldungen berücksichtigt hatte, verabschiedete der Bundesrat am 19. November 2014 die Botschaft zur Reform der Altersvorsorge.

Das Reformvorhaben macht die Änderung verschiedener Gesetze notwendig, erfordert aber auch einen separaten Bundesbeschluss für die Erhöhung der Mehrwertsteuersätze, die in der Verfassung verankert sind. Damit der gesamtheitliche Ansatz der Reform gewahrt bleibt, fasst der Bundesrat alle Gesetzesänderungen in einen Mantelerlass und verbindet diesen mit der Verfassungsänderung. Dabei kann der Bundesbeschluss zur Zusatzfinanzierung der AHV nur in Kraft treten, wenn die Grundsätze der Vereinheitlichung des Referenzalters von Frauen und Männern sowie einer Beschränkung des Anspruchs auf Witwen- und Witwerrenten auf Personen, welche Erziehungs- oder Betreuungsaufgaben wahrnehmen, im Gesetz verankert sind. Damit wird verhindert, dass das Gesetz geändert, seine Finanzierung jedoch abgelehnt wird oder umgekehrt die Reformen abgelehnt, aber zusätzliche Mittel eingestellt werden.

Vom ordentlichen Rentenalter zum Referenzalter

Aus der Notwendigkeit heraus, die Voraussetzungen für den Altersrücktritt zu flexibilisieren, gleichzeitig aber einen Referenzpunkt für die Berechnung der Altersrente und für die Koordination mit den Leistungen anderer Sozialversicherungen beizubehalten, wird der aktuelle Begriff «ordentliches Rentenalter» durch «Referenzalter» ersetzt. Das Referenzalter bezieht sich auf den Zeitpunkt, zu dem die Altersleistungen ohne Abzüge oder Zuschläge ausgerichtet werden. Damit ist der Begriff kein Synonym für den Rückzug aus dem Arbeitsmarkt. Das Referenzalter ist für Frauen und für Männer einheitlich bei 65 Jahren festgesetzt, sowohl für die AHV als auch für die berufliche Vorsorge. Für Frauen bedeutet dies ein Beitragsjahr mehr, um in der AHV eine ungekürzte Vollrente zu erhalten. Bei der beruflichen Vorsorge führt diese Harmonisierung zu einer Zunahme des Altersguthabens der Frauen und verbessert damit ihre Leistungen um 4 bis 5 Prozent. Diese Massnahme ist nicht für alle

Vorsorgeeinrichtungen neu, in einigen Reglementen wurde das reglementarische Rentenalter bereits geschlechtsunabhängig auf 65 Jahre festgesetzt.² Damit der Wechsel nicht abrupt erfolgt, wird das Referenzalter der Frauen im Rahmen der Übergangsbestimmungen über einen Zeitraum von sechs Jahren schrittweise angehoben. Auch wenn bestimmte Kreise für eine generelle Erhöhung des Referenzalters auf über 65 Jahre sind, erachtet der Bundesrat diese Möglichkeit angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage als ungünstig. Es sind nur wenige Arbeitgeber bereit, ältere Arbeitnehmende zu beschäftigen.³ Unter diesen Umständen wäre eine Anhebung des Referenzalters auf über 65 Jahre rein theoretischer Natur und würde zu einer Verlagerung der Kosten auf andere Sozialversicherungen wie der Arbeitslosenversicherung, der IV oder sogar der Sozialhilfe führen.

Mehr Flexibilität beim Rentenbezug

Mit der Altersvorsorge 2020 werden die Bedingungen für einen flexiblen Bezug der Altersleistungen sowohl in der AHV als auch in der beruflichen Vorsorge deutlich verbessert. Alle Versicherten können frei entscheiden, ab wann zwischen 62 und 70 Jahren⁴ sie ihre Altersrente beziehen möchten. In der beruflichen Vorsorge wird das Mindestalter für den Bezug von Altersleistungen somit von 58 auf 62 Jahre erhöht, wobei Ausnahmen nach wie vor möglich sein werden, so beispielsweise aufgrund der öffentlichen Sicherheit oder bei betrieblichen Restrukturierungen. Neu sollen auch kollektiv finanzierte Rücktritte dazugehören. Durch die Einführung der Teilpensionierung kann der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden. Der Rentenanteil ist zwischen 20 und 80 Prozent frei wählbar. Der Bezug ist in drei Etappen möglich, wobei in der beruflichen Vorsorge für den Rentenbezug je nach Reglement der Vorsorgeeinrichtungen auch mehr Etappen zur Verfügung stehen werden. Ausserdem besteht die Möglichkeit, einen Rententeil vorzubeziehen und den anderen aufzuschieben. In der beruflichen Vorsorge setzt der Vorbezug voraus, dass die Erwerbstätigkeit im entsprechenden Umfang reduziert wird. Der Aufschub ist möglich, sofern die Erwerbstätigkeit im entsprechenden Umfang weitergeführt wird. Des Weiteren können

1 Zusammenfassung der Vernehmlassungsergebnisse: www.bsv.admin.ch → Altersvorsorge 2020 → Aktuell → Altersvorsorge 2020: Vernehmlassung bestätigt Notwendigkeit und Zielsetzung der grossen Reform

2 Aktuell betrifft dies rund 18 Prozent der in der beruflichen Vorsorge versicherten Frauen.

3 Trageser, Judith et al., *Altersrücktritt im Kontext der demografischen Entwicklung*. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/12, Bern.

4 Der Aufschub ist während höchstens fünf Jahren möglich. Solange das Referenzalter der Frauen nicht bei 65 Jahren liegt, gelten für den Aufschub ihrer Renten die Regeln der Übergangsbestimmungen zum Referenzalter.

die Witwen- und Witwerrenten der AHV sowie die IV-Teilrenten unter bestimmten Voraussetzungen mit einem anteiligen Vorbezug der AHV-Altersrente kumuliert werden. Wie bereits heute führt der Vorbezug der Altersrente zu einer nach versicherungstechnischen Grundsätzen berechneten Reduktion der Rente. Im umgekehrten Fall bewirkt der Aufschub des Rentenbezugs eine Erhöhung der Altersleistungen. Nichterwerbstätige, welche die ganze AHV-Altersrente vorbeziehen, sind mit dem Vorbezug nicht mehr AHV-beitragspflichtig. Bei der Rentenberechnung werden diese fehlenden Beitragsjahre als Beitragslücken betrachtet, damit die weiterhin beitragspflichtigen Personen nicht benachteiligt werden. Für Personen, die nach wie vor einer Erwerbstätigkeit nachgehen, bestehen neue Möglichkeiten zum Auffüllen der Beitragslücken und zur Verbesserung ihres AHV-Rentenbetrags. Die Beitragspflicht für die berufliche Vorsorge endet mit Erreichen des Referenzalters. Die Vorsorgeeinrichtungen können in ihren Reglementen allerdings die Möglichkeit der Beitragsentrichtung auch nach vollendetem 65. Altersjahr vorsehen.

Ausserdem sieht das Reformprojekt ein Modell zum Vorbezug der AHV-Rente für Personen mit langer Beitragsdauer, die ihr gesamtes Erwerbsleben lang ein niedriges Einkommen erzielt haben, vor. Diese Massnahme wird im Artikel «Frauen und Angestellte im Tieflohnbereich» genauer erläutert.

Der Weg zurück zum Kapitaldeckungsverfahren

Die Altersvorsorge der 2. Säule beruht auf dem Kapitaldeckungsverfahren. Für die Auszahlung einer Leistung in Rentenform muss somit ein entsprechendes Kapital vorhanden sein. In der obligatorischen beruflichen Vorsorge gilt für die Umrechnung des Kapitals in eine Rente ein Mindestumwandlungssatz. Dieser muss so festgelegt werden, dass unter Berücksichtigung der Lebenserwartung und der zu erwartenden Rendite eine ausreichende Finanzierung sichergestellt ist. Der aktuell

geltende Mindestumwandlungssatz beruht auf der Annahme einer erforderlichen Rendite von 5 Prozent. Das BSV hat in diesem Zusammenhang eine Studie mit makroökonomisch fundierten Szenarien erstellen lassen.⁵ Gemäss Schätzungen für ein dem Pictet-Index-25 plus angelegtes Portfolio liegt die zu erwartende Rendite im wahrscheinlichsten Szenario «Normalisierung» langfristig bei 3,6 Prozent. Berücksichtigt man dabei, dass die Lebenserwartung weiter ansteigen wird, erscheint eine Anpassung des Mindestumwandlungssatzes als unumgänglich, um die finanzielle Stabilität der 2. Säule zu erhalten und zu stärken.

Im Rahmen der Reform der Altersvorsorge wird deshalb vorgeschlagen, den Mindestumwandlungssatz innerhalb von vier Jahren um jährlich 0,2 Prozentpunkte von aktuell 6,8 Prozent auf 6 Prozent zu reduzieren.

Zusätzlich soll der Mindestumwandlungssatz als zentrale Grösse der beruflichen Vorsorge häufiger als bisher – alle fünf statt alle zehn Jahre – überprüft werden. Zudem erhält das Bundesamt für Statistik den Auftrag, gezielte versicherungstechnische Grundlagen zu erstellen, damit die Festlegung des Mindestumwandlungssatzes transparenter erfolgen kann. Um auch die Transparenz im Sparprozess zu erhöhen und die ungewünschte Quersubventionierung zwischen Spar- und Risikoprozess zu vermeiden, wird eine neue Prämie zur Finanzierung des Ausgleichs von Rentenumwandlungsverlusten eingeführt. Erhebt die Vorsorgeeinrichtungen einen entsprechenden Beitrag, kann dieser von der Austrittsleistung des Versicherten abgezogen werden.

Ausgleichsmassnahmen zur Erhaltung des Leistungsniveaus in der obligatorischen beruflichen Vorsorge

Durch die Anpassung des Mindestumwandlungssatzes sinkt das Leistungsniveau um ca. 12 Prozent. Um dies zu verhindern, müssen entsprechende Ausgleichsmassnahmen ergriffen werden. Dies soll langfristig durch einen Ausbau des Sparprozesses erfolgen.

Während im Vorentwurf des Bundesrates noch vorgeschlagen wurde, den Koordinationsabzug von aktuell 7% der maximalen AHV-Rente auf 25 Prozent des jährlichen

5 Eichler, Martin et al., *Gesamtwirtschaftliche Entwicklungsszenarien bis 2035 sowie Auswirkungen auf Finanzmärkte und Anlagerendite*; Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/14, Bern

Ausgleichsmassnahmen in der obligatorischen beruflichen Vorsorge

T1

	Altersgruppe	Geltende Regelung	Vernehmlassung	Botschaft
Koordinationsabzug		7% der max. AHV-Rente	¼ des AHV-Lohns	keinen
Altersgutschriftensätze	25–34	7%	7%	5%
	35–44	10%	11,5%	9%
	45–54	15%	17,5%	13%
	55–Referenzalter	18%	17,5%	13%

AHV-Lohnes festzusetzen und die Altersgutschriftensätze zu erhöhen, sieht die Botschaft die gänzliche Abschaffung des Koordinationsabzuges vor. Im Gegenzug werden die Altersgutschriftensätze entsprechend gesenkt. Im Grundsatz bleibt das Konzept unverändert, jedoch mit dem Vorteil, dass dadurch eine wesentliche Vereinfachung der beruflichen Vorsorge erreicht wird: Durch den Wegfall des Koordinationsabzuges entspricht der versicherte Lohn dem AHV-pflichtigen Lohn (max. oberer Grenzbetrag).

Mit der neuen Staffelung der Altersgutschriftensätze erfolgt ab Alter 45 keine Erhöhung mehr, wodurch auch die Beschäftigung älterer Arbeitnehmenden begünstigt werden soll.

Mit der vorgeschlagenen Verstärkung des Sparprozesses wird bei einer vollständigen Erwerbskarriere von 40 Jahren trotz Anpassung des Mindestumwandlungssatzes bei Erreichen des Referenzalters dasselbe Niveau der Altersrente erreicht wie heute.

Von diesen Massnahmen profitieren insbesondere junge Versicherte sowie Personen mit relativ niedrigem Einkommen, deren versicherter Lohn sich durch den Verzicht auf den Koordinationsabzug wesentlich erhöht. Für Versicherte, die bei Inkrafttreten der Reform 40 Jahre oder älter sind (sog. Übergangsgeneration) braucht es jedoch eine zusätzliche Massnahme: Alle Vorsorgeeinrichtungen, welche die obligatorische berufliche Vorsorge durchführen (sog. registrierte Vorsorgeeinrichtungen), müssen die BVG-Minimalleistungen, berechnet nach den heute geltenden Bestimmungen, garantieren. Für die Altersleistungen besteht eine nominale Garantie nur beim Bezug der Altersrente im Referenzalter oder später. Beim Bezug des Alterskapitals hingegen besteht keine Garantie, da in diesem Fall der Mindestumwandlungssatz nicht zum Tragen kommt. Zur Berechnung dieser Garantie muss eine doppelte Schattenrechnung geführt werden: einerseits auf der Grundlage des neu mit der Reform definierten Sparprozesses und andererseits auf der Grundlage des Sparprozesses vor Inkrafttreten der Reform. Im Leistungsfall ist jeweils die BVG-Leistung auf der Grundlage des Sparprozesses vor der Reform (garantierte Rente) mit der gemäss neuer Regelung auszurichtenden Rente zu vergleichen. Ist die garantierte Rente höher, ist diese auszurichten.

Für die zu garantierenden Todesfall- und Invaliditätsleistungen haben die Vorsorgeeinrichtungen die Finanzierung selbst zu regeln, indem sie angemessene Risikobeiträge festlegen. In Bezug auf die Altersleistungen hingegen erhalten Vorsorgeeinrichtungen, sofern sie eine zu garantierende Rente ausrichten müssen, eine Finanzspritze des Sicherheitsfonds. Diese Einmalzahlungen werden mittels Beiträgen aller registrierten Vorsorgeeinrichtungen finanziert, auch von jenen, die weit höhere Leistungen als gesetzlich vorgeschrieben versichern. Es wäre auch denkbar gewesen, die Finanzierung der Auto-

nomie der Vorsorgeeinrichtungen zu überlassen. Dies hätte jedoch dazu geführt, dass nur Vorsorgeeinrichtungen, deren Vorsorgepläne sich im BVG-Minimalbereich befinden, finanziell belastet worden wären. Diese Einrichtungen sind oft nicht in der Lage, die Kosten autonom zu tragen – sei es, weil sie eine ungünstige Altersstruktur aufweisen (Verhältnis Aktive/Rentner) oder weil die Arbeitgeber nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, um entsprechende Zuwendungen zu entrichten. Nur eine zentralisierte, solidarische Lösung vermag dieser Aufgabe gerecht zu werden.

Weitere Massnahmen der Altersvorsorge 2020

• Leistungs- und beitragsseitige Massnahmen:

- Anpassung der Hinterlassenenrenten in der AHV⁶
- Anpassung der Bestimmungen zu den AHV-Beiträgen: insbesondere Massnahmen zur Gleichbehandlung aller Erwerbstätigen im Bereich der AHV-Beiträge⁷ und Aufhebung des Freibetrags für erwerbstätige Altersrentnerinnen und -rentner an die AHV/IV/EO.
- Herabsetzung der BVG-Eintrittsschwelle.⁸
- Massnahmen für ältere Arbeitslose: Personen, die vor dem frühestmöglichen Alter für den Bezug von Altersleistungen aus der beruflichen Vorsorge ausscheiden, sollen vorhandenes Freizügigkeitsguthaben in Rentenform beziehen können, deren Auszahlung die Stiftung Auffangeinrichtung übernimmt. Zusätzlich soll sichergestellt werden, dass Personen, die nach Vollendung des 58. Altersjahres entlassen werden, die Beiträge an die freiwillige Versicherung bis zum Erreichen des Mindestalters für den Bezug von Altersleistungen steuerlich in Abzug bringen können.

• Zusatzfinanzierung für die AHV mittels Erhöhung der Mehrwertsteuersätze.⁹

- **Einführung eines zweistufigen Interventionsmechanismus in der AHV:** Die erste Stufe verpflichtet den Bundesrat, Stabilisierungsmassnahmen zu unterbreiten, wenn absehbar ist, dass der AHV-Ausgleichsfonds innerhalb von drei Jahren unter den Betrag von 70 Prozent einer Jahresausgabe der Versicherung sinkt. Auf der 2. Stufe werden automatische Massnahmen ausgelöst, sobald die Schwelle von 70 Prozent tatsächlich unterschritten wird und das Umlagedefizit während

6 Deplazes, Bernadette, «Anpassungen bei den Hinterlassenenrenten der AHV», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

7 Cadotsch, Paul und Mylène Hader, «Gleichbehandlung von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden in der AHV», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

8 Stange, Andrea und Franziska Grob, «Frauen und Angestellte im Tieflohnbereich», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

9 Jost, Anna und Thomas Borek, «Finanzierungsfragen», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

zwei aufeinanderfolgenden Jahren mehr als drei Prozent der Ausgaben beträgt. Diese Massnahmen sehen einerseits eine Erhöhung der Lohnbeiträge und andererseits eine begrenzte Einschränkung der Rentenanpassungen vor.

- **Vereinfachung der Zahlungsflüsse zwischen Bund und AHV.**¹⁰
- **Institutionelle Massnahmen in der beruflichen Vorsorge:** Mindestquote, Transparenz- und Aufsichtsmaßnahmen.¹¹
- **Parität:** Zur Verbesserung der Umsetzung der paritätischen Verwaltung der Vorsorgeeinrichtungen soll sichergestellt werden, dass alle versicherten Arbeitnehmenden das aktive und passive Wahlrecht erhalten.
- **Verbesserung der beruflichen Vorsorge für Selbstständigerwerbende ohne Personal.**¹²
- **Einkauf ins BVG-Altersguthaben:** Das Recht zum Einkauf in die reglementarischen Leistungen wird neu explizit im Gesetz verankert, wobei vorgängig Lücken im BVG-Altersguthaben zu füllen sind.
- **Teilliquidation:** Vorsorgeeinrichtungen sollen in Fällen unverhältnismässigen Aufwandes von der Durchführung einer Teilliquidation absehen können.
- **Risikobeiträge:** Festlegung der Risikobeiträge nach kollektiven Grundsätzen.
- **Gründungsvoraussetzungen für Freizügigkeitseinrichtungen:** Wie bereits für Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen, sollen auch für Freizügigkeitseinrichtungen spezielle Gründungsvoraussetzungen gelten.
- **Verschiedene Anpassungen betreffend Versicherungsunterstellung in der AHV:** Systematische Neuordnung der Versicherungsunterstellung, Aufhebung des Wohnsitzprinzips für Personen ohne Erwerbstätigkeit, Anpassung des Versicherungsobligatoriums für Spezialkategorien und Neuregelung der weiterführenden Versicherungen.
- **Einschränkung der Barauszahlungsmöglichkeit** der Freizügigkeitsleistung bei Geringfügigkeit.

Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»

Die Bundeskanzlei hat mit Verfügung vom 15. Januar 2014 das Zustandekommen der Volksinitiative «AHV-

plus: für eine starke AHV» festgestellt.¹³ Die Initiative fordert eine Erhöhung aller AHV-Altersrenten um 10 Prozent. Die Initianten sind der Ansicht, dass mit diesem Rentenzuschlag der allgemeine Lebensbedarf der Rentnerinnen und Rentner, die während ihres Erwerbslebens ein niedriges Einkommen erzielt haben, besser abgedeckt werden könnte. Ausserdem sei eine Anpassung der Renten alle zwei Jahre nicht ausreichend, um das Verhältnis zwischen AHV-Rente und letztem Lohn (AHV-Ersatzquote) zu erhalten.

Natürlich würden höhere AHV-Leistungen das Einkommen der AHV-Bezügerinnen und -Bezüger steigern und die Zahl der Rentnerinnen und Rentner, die auf Ergänzungsleistungen zur AHV angewiesen sind, senken. Bei einem Grossteil der Personen, auf welche die Initiative ausgelegt ist, würde sich die finanzielle Situation jedoch nicht wesentlich verändern. Für Rentnerinnen und Rentner, die Ergänzungsleistungen beziehen, hätte eine Erhöhung der AHV-Rente gar eine entsprechende Reduktion der Ergänzungsleistungen zur Folge. Bei einigen dieser Personen könnte aufgrund der Schwelleneffekte und der Besteuerung der AHV-Rente, die im Gegensatz zu den Ergänzungsleistungen nicht steuerbefreit ist, unter dem Strich sogar weniger Geld übrig bleiben. Ausserdem würde die Initiative das finanzielle Gleichgewicht der AHV gefährden. Würde die Initiative 2018 in Kraft treten, hätte dies zusätzliche AHV-Ausgaben von etwa 4,1 Milliarden Franken pro Jahr zur Folge. Zur Finanzierung wäre eine Erhöhung der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerbeiträge von je rund 0,42 Prozentpunkten nötig. Dies wäre mit einer grossen Belastung für die Wirtschaft und mit deutlichen Lohneinbussen verbunden. Zudem würde sich die Initiative direkt auf den Bundeshaushalt auswirken, da der Bund aktuell 19,55 Prozent der AHV-Ausgaben trägt. Für den Bund würde dies eine Zunahme des Bundesbeitrags um 800 Millionen Franken im Jahr 2018 bedeuten.

Der Bundesrat lehnt die Initiative ohne Gegenvorschlag ab, da er der Ansicht ist, dass die Altersvorsorge 2020 eine ausgewogene Lösung darstellt.¹⁴ Mit der Altersvorsorge 2020 werden das Leistungsniveau erhalten und die Altersvorsorge der Versichertenkategorien, die es am nötigsten haben, verbessert. Gleichzeitig ist auch die Finanzierung der 1. und der 2. Säule gesichert.

10 Jost, Anna und Thomas Borek, «Finanzierungsfragen», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

11 Rohrbach, Philipp, «Institutionelle Massnahmen in der beruflichen Vorsorge», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

12 Cadotsch, Paul und Mylène Hader, «Gleichbehandlung von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden in der AHV», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

13 *BBJ* 2014 961

14 *BBJ* 2014 9281

Christelle Brügger, MLaw, Juristin, Leistungen AHV/EO/EL, Geschäftsfeld AHV, berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: christelle.bruegger@bsv.admin.ch

Lara Fretz, MLaw, Juristin, Bereich Recht berufliche Vorsorge, Geschäftsfeld AHV, berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: lara.fretz@bsv.admin.ch

Finanzierungsfragen

Die Schweiz verfügt über eine solide Altersvorsorge. Trotzdem weisen 1. und 2. Säule aufgrund der Bevölkerungsentwicklung Konsolidierungsbedarf aus. So erschwert der demografische Wandel die Umlagefinanzierung der AHV, während die steigende Lebenserwartung und ungenügende Anlagerenditen der beruflichen Vorsorge zusetzen. Mit der Reform AV 2020 soll das Leistungsniveau der Altersvorsorge erhalten bleiben und das finanzielle Gleichgewicht beider Säulen gesichert werden.

Anna Jost-Bosshardt Thomas Borek
Bundesamt für Sozialversicherungen

Handlungsbedarf in der 1. Säule

Die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) wird im Umlageverfahren finanziert. Dabei finanzieren die jüngeren, aktiven Generationen die Renten der Pen-

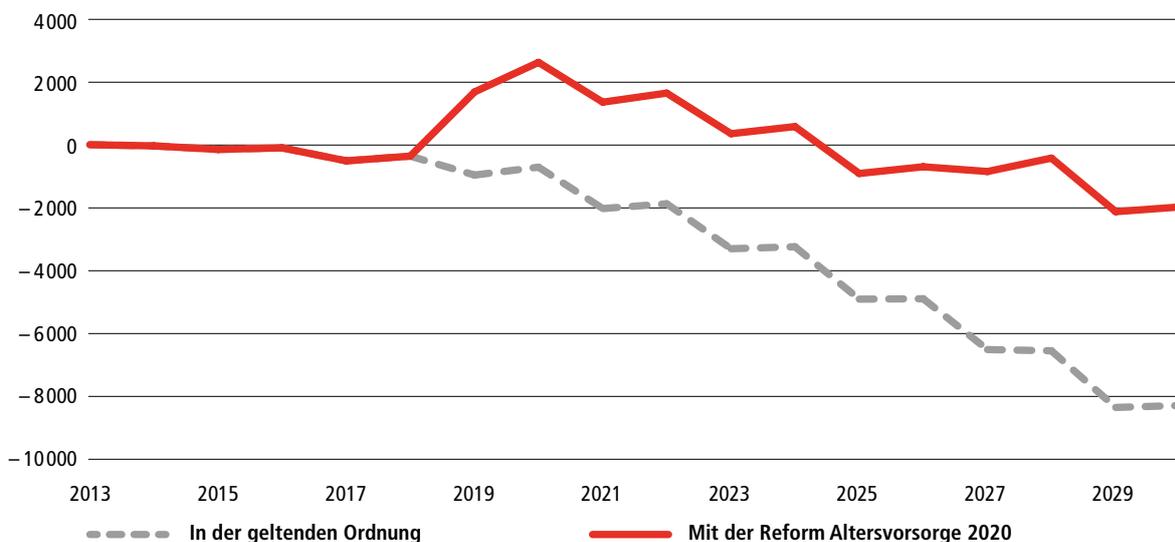
sionierten. Demzufolge reagiert sie sehr empfindlich auf Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung. Mit der geltenden Ordnung wird das jährliche Umlageergebnis (Einnahmen ohne Anlageertrag minus Ausgaben) der AHV voraussichtlich auf –8,3 Mrd. Franken im Jahr 2030 sinken (vgl. Grafik G1). Als Ursache ist vor allem die demografische Entwicklung zu nennen: Die Lebenserwartung steigt, während die Geburtenrate auf tiefem Niveau verharrt. Die daraus resultierende Zusatzbelastung konnte bisher durch den positiven Wanderungssaldo aufgefangen werden; er vermag aber den weiterhin steigenden Altersquotienten nicht mehr zu kompensieren (vgl. Grafik G2). Vielmehr wird dieser bis ins Jahr 2030 von aktuell rund 28 auf 40 Prozent wachsen. Das bedeutet, dass dann zumal rund zweieinhalb Personen im Erwerbsalter die Rente einer Person finanzieren müssten.

Finanzielle Folgen der leistungs- und beitragsseitigen Massnahmen

Die Reform sieht sowohl ausgaben- als auch beitragsseitige Massnahmen zur Entlastung und Stärkung der AHV-Rechnung vor. In Tabelle T1 ist die Entwicklung der erwarteten finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Massnahmen bis 2035 zusammengestellt. Im

Umlageergebnis der AHV (in Mio. Franken)

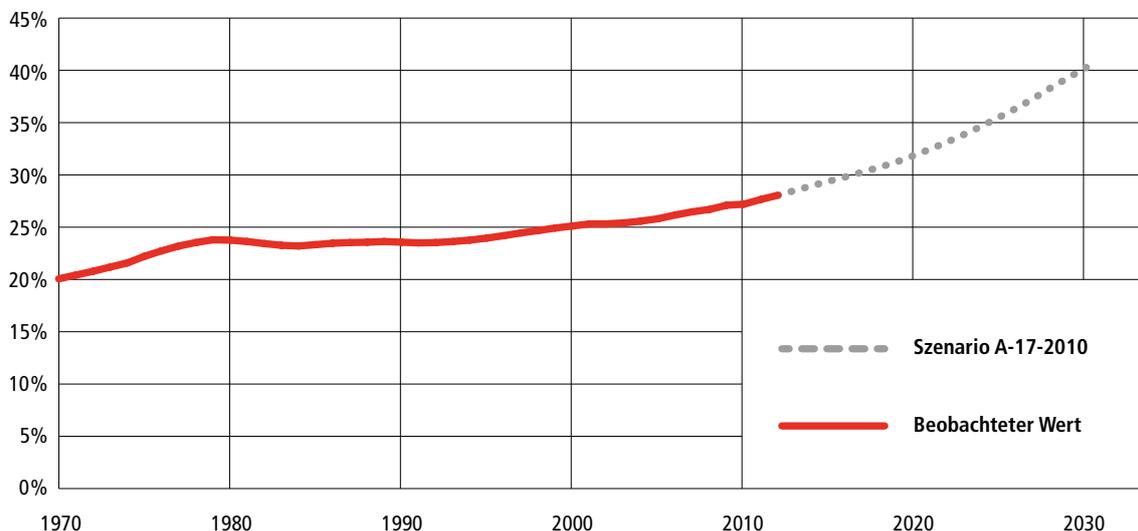
G1



Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020, eigene Darstellung

Entwicklung des Altersquotienten

G2



Quelle: BFS, eigene Darstellung

Leistungsbereich (Ausgaben) wird die AHV-Rechnung 2030 vor allem durch die Anhebung des Referenzalters der Frauen und die Einschränkungen bei den Hinterlassenenleistungen um 820 Mio. Franken entlastet. Der Beitragsbereich (Einnahmen) wird mit rund 580 Mio. Franken gestärkt. Hier wirkt sich vor allem die Vereinheitlichung der Beitragsbemessung zwischen Selbstständigerwerbenden und Arbeitnehmern aus. Da der Bundesbeitrag proportional zu den AHV-Ausgaben definiert ist, bewirken die reformbedingten Minderausgaben eine Senkung desselben um 160 Mio. Franken. Insgesamt verbessert sich das Umlageergebnis 2030 um rund 1 240 Mio. Franken.

Die Zusatzfinanzierung

Die Massnahmen im Leistungs- und Beitragsbereich reichen nicht aus, um die entstehende Finanzierungslücke zu schliessen. Deshalb ist eine Zusatzfinanzierung notwendig. Dafür kommen grundsätzlich verschiedene Quellen in Frage. Keine Lösung wäre eine höhere Beteiligung des Bundes an die AHV, denn dieser könnte die Mehrbelastung nicht ohne Zusatzeinnahmen verkraften. Das Problem würde in den Bundeshaushalt verlagert. Eine Finanzierung durch Lohnbeiträge würde eine Anhebung derselben um rund 1,6 Prozentpunkte verursachen. Die zusätzliche Belastung der Arbeitskosten für die AHV-Beiträge würde sich zu den Ausgleichsmassnahmen für die Senkung des Umwandlungssatzes in der 2. Säule dazuaddieren. Deshalb schlägt der Bundesrat eine Erhöhung der Mehrwertsteuer um maximal 1,5 Prozentpunk-

te vor. Die Finanzierung über die Mehrwertsteuer bewirkt, dass nicht nur die Erwerbstätigen, sondern auch die Rentner durch ihren Konsum an die Finanzierung beitragen. Die Erhöhung der Mehrwertsteuersätze soll proportional erfolgen. Das heisst, dass das heutige Verhältnis zwischen den Sätzen beibehalten wird und somit auch der Konsum von Gütern des täglichen Bedarfs weniger stark belastet wird. Eine erste Anhebung der Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt soll beim Inkrafttreten der Reform 2019 erfolgen, eine zusätzliche Erhöhung um einen halben Prozentpunkt um das Jahr 2027 herum. Damit kann die AHV mit Mehreinnahmen von 2,5 Mrd. Franken im Jahr 2019 bis hin zu 5,4 Mrd. Franken im Jahr 2030 rechnen.

Der Bundesbeitrag an die AHV

Heute beträgt der Beitrag des Bundes an die AHV 19,55 Prozent der Versicherungsausgaben. Die Koppelung an die Ausgaben hat zur Folge, dass der Bundesbeitrag mit diesen wächst, während die Bundeseinnahmen weniger stark zunehmen. Demnach geht ein immer grösserer Teil der Bundesausgaben (2013 12,3%) in die Mitfinanzierung der AHV. Nach den Regeln der Schuldenbremse müssen Mehrausgaben, denen keine Mehreinnahmen gegenüberstehen, mit Minderausgaben an anderer Stelle kompensiert werden, sodass sich eine Verdrängung anderer Aufgabengebiete einstellt.

Durch die in der Vorlage vorgeschlagene Senkung des Bundesbeitrags von 19,55 auf 18 Prozent der AHV-Ausgaben wird die erwähnte Koppelung etwas abgeschwächt.

Entwicklung der finanziellen Auswirkungen der Massnahmen im Leistungs- und Beitragsbereich

T1

Beträge in Mio. Franken, zu Preisen von 2014

Jahr	Veränderung der Ausgaben					Veränderung der Einnahmen				Bund	Umlage- ergebnis
	Renten- alter	Flexibler Rentenbezug	Sonderregel im Vorbezug	Hinter- lassene	Total Leis- tungen	Renten- alter	Flexibler Rentenbezug	SE Gleichbehan- dung Beiträge	Total Beiträge		
2019	0	53	161	-40	174	0	170	266	435	34	295
2020	-131	122	259	-39	211	11	161	270	442	41	272
2021	-269	196	304	-49	182	22	156	273	451	36	304
2022	-403	231	307	-57	79	34	156	276	466	15	403
2023	-560	256	323	-82	-63	47	159	279	484	-12	535
2024	-708	270	327	-100	-211	61	149	281	492	-41	661
2025	-887	296	343	-138	-386	76	151	284	511	-76	822
2026	-1064	310	346	-166	-573	93	153	287	533	-112	994
2027	-1114	311	361	-217	-659	97	158	289	544	-129	1074
2028	-1121	295	365	-253	-714	100	165	292	557	-140	1131
2029	-1143	284	383	-316	-792	102	172	294	568	-155	1205
2030	-1114	260	388	-359	-825	102	178	297	577	-161	1241
2031	-1128	247	408	-431	-904	103	183	300	585	-177	1313
2032	-1089	223	413	-483	-936	103	187	302	593	-183	1345
2033	-1093	208	434	-564	-1015	104	191	305	599	-198	1416
2034	-1048	184	438	-567	-993	103	193	307	604	-194	1403
2035	-1050	166	462	-597	-1018	103	196	310	609	-199	1428
2030*	-1110	260	390	-360	-820	100	180	300	580	-160	1240

*gerundet, SE: Selbstständigerwerbende
Stand: 1.9.2014

Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020

Im Gegenzug tritt der Bund seinen heutigen Anteil von 17 Prozent am Demografieprozent der Mehrwertsteuer, das seit 1999 erhoben wird, an die AHV ab. Da das Wachstum der AHV-Ausgaben viel höher ist als dasjenige der Mehrwertsteuer, ergibt sich daraus eine zusätzliche Entlastung des Bundesbudgets.

Tabelle T2 zeigt auf, wie sich der Bundesbeitrag aufgrund der reduzierten Versicherungsausgaben, der Übertragung des Anteils am Demografieprozent und der Senkung der prozentualen Beteiligung verringert.

Die Veränderung der AHV-Rechnung im Jahr 2030 insgesamt

Tabelle T3 fasst die finanzielle Wirkung aller Veränderungen im Jahr 2030 zusammen: die Massnahmen im

Veränderung des Bundesbeitrags (in Mio. Franken zu Preisen von 2014)

T2

Massnahme	2025	2030	2035
Reduktion der Ausgaben der AHV	-75	-161	-199
Abtretung des Anteils am Demografieprozent	579	609	647
Senkung der Bundesbeteiligung von 19,55% auf 18,0%	-823	-919	-1037
Veränderung des Bundesanteils insgesamt	-320	-470	-590

Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020

Veränderung der AHV-Rechnung im Jahr 2030 (in Mio. Franken zu Preisen von 2014)**T3**

Massnahme	Veränderung der Ausgaben	Veränderung der Einnahmen
Vereinheitlichung des Referenzalters bei 65 Jahren	-1 110	100
Flexibilisierung des Rentenbezugs	260	180
Vorbezug für tiefe bis mittlere Einkommen	390	
Neuregelung von Hinterlassenenrenten	-360	
Massnahmen zur Gleichbehandlung im Bereich der AHV-Beiträge		300
Bundesbeitrag infolge Veränderung der Ausgaben		-160
Total aus Massnahmen	-820	420
Ertragsanteil aus dem MWST-Demografieprozent an die AHV (17%)		610
Senkung des Bundesbeitrags auf 18% der Ausgaben		-920
Zusatzfinanzierung (proportionale Erhöhung der MWST um einen Prozentpunkt im Jahr 2019 und um 0,5 Prozentpunkte im Jahr 2027)		5 380
Total	-820	5 490

Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020

Leistungs- und Beitragsbereich, die Veränderung des Bundesbeitrags und die Mehreinnahmen durch die Anhebung der Mehrwertsteuer. Im Umlageergebnis entspricht dies einer Verbesserung von rund 6,3 Mrd. Franken.

Handlungsbedarf in der 2. Säule

Für die finanzielle Situation der im Kapitaldeckungsverfahren finanzierten beruflichen Vorsorge ist die Höhe des Umwandlungssatzes, mit dem das angesparte Altersguthaben in eine Rente umgewandelt wird, von zentraler Bedeutung. Ist der Umwandlungssatz zu hoch, reicht das angesparte Altersguthaben – samt den Vermögenserträgen darauf – nicht aus, um die Rente bis zum Lebensende zu finanzieren. Weil die Pensionskassen die Renten aber garantieren und auszahlen müssen, erleiden sie in diesem Fall Verluste. Die fehlenden Mittel müssen sich die Pensionskassen in der Folge beschaffen, indem sie beispielsweise Vermögenserträge der aktiven Versicherten zur Finanzierung laufender Renten verwenden oder Arbeitgeber und Versicherte mit überhöhten Risikoprämien belasten. Dies führt zu einer Umverteilung, die dem Finanzierungssystem der 2. Säule (jede/r spart für die eigene Rente) entgegenläuft. Sie belastet einseitig die aktiven Versicherten, führt zu tieferen Nettolöhnen, vor

allem aber zu tieferen Altersguthaben und deshalb tieferen späteren Renten. Darüber hinaus gefährdet sie die finanzielle Stabilität der Pensionskassen, vor allem von solchen, die keine oder kaum überobligatorische Leistungen versichern.

Das Gesetz (BVG) schreibt gegenwärtig einen Mindestumwandlungssatz von 6,8 Prozent fest. Dieser ist für den obligatorischen Teil der beruflichen Vorsorge verbindlich. Für die Finanzierung von Renten der obligatorischen beruflichen Vorsorge ist somit eine Rendite von rund 5 Prozent erforderlich. In den letzten gut zehn Jahren haben die Pensionskassen diese Rendite wegen der tiefen Zinsen auf den Kapitalmärkten in aller Regel nicht erreicht. Nach derzeitiger Kenntnislage¹ wird dies längerfristig auch so bleiben. Der aktuelle Mindestumwandlungssatz ist also zu hoch und muss gesenkt werden. Die Einführung von Negativzinsen hat die Situation und den Handlungsbedarf weiter verschärft. Zusätzlich erhöht auch die steigende Lebenserwartung den Druck, den Mindestumwandlungssatz zu senken.

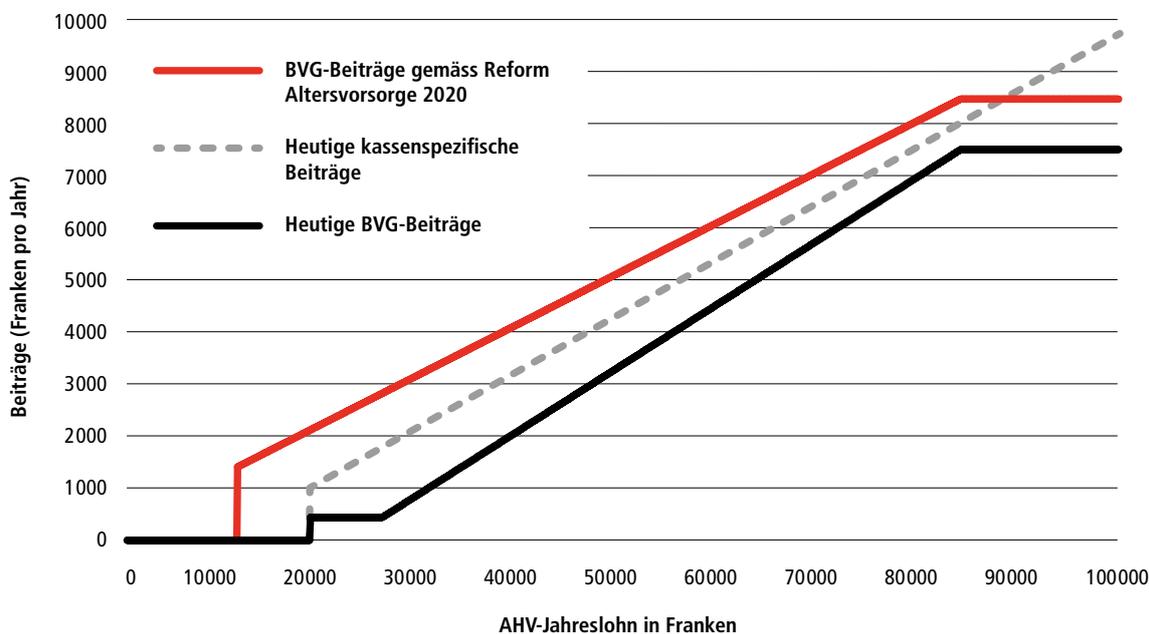
Erhöhung der BVG-Beiträge als Ausgleichsmassnahme zur Senkung des Mindestumwandlungssatzes

Aufgrund des beschriebenen Handlungsbedarfs sieht die Reform Altersvorsorge 2020 vor, den Mindestumwandlungssatz von 6,8 auf 6,0 Prozent zu senken. Ein tieferer Umwandlungssatz hat einen tieferen Rentenbeitrag zur Folge. Zu den Hauptzielen der Reform Altersvorsorge 2020 gehört aber die Erhaltung des Leistungs-

¹ Vgl. Kübler, Thomas und Martin Eichler, «Wirtschaftsentwicklung, Finanzmärkte und Anlagerenditen bis 2035», in *Soziale Sicherheit CHSS* 6/2014, S. 346–351

Erhöhung der BVG-Beiträge und Zusammenhang mit kassenspezifischen Beiträgen

G3



Quelle: Eigene Darstellung

niveaus auf dem heutigen Stand auch in der 2. Säule. Um das Rentenniveau trotz Senkung des Mindestumwandlungssatzes zu erhalten, muss das Altersguthaben aufgestockt werden. Das geschieht, indem der Sparprozess durch höhere BVG-Beiträge gestärkt wird.

Von der Erhöhung der BVG-Beiträge werden nicht alle Versicherten gleich stark betroffen sein. Viele Pensionskassen weisen bereits heute Leistungen und Beiträge auf, die deutlich über das gesetzliche Minimum hinausgehen. Diese Kassen werden ihre Beiträge nur wenig oder gar nicht erhöhen müssen (vgl. Grafik G3). Insgesamt wird geschätzt, dass sich das von Versicherten und Arbeitgebern gemeinsam getragene Beitragsvolumen um rund 2,3 Mrd. Franken bzw. rund 5 Prozent erhöht.

Zusätzliche Massnahme für die Übergangsgeneration

Der Sparprozess in der beruflichen Vorsorge ist über die Dauer eines Erwerbslebens angelegt, die Altersguthaben werden über Jahre aufgebaut. Das führt dazu, dass auch die Erhöhung der BVG-Beiträge zum Ausgleich des tieferen Umwandlungssatzes erst auf längere Sicht ihre volle Wirkung entfaltet. Jüngere Versicherte, die in der Mitte oder erst am Anfang des Sparprozesses stehen,

werden den tieferen Umwandlungssatz mit den vorgesehenen Ausgleichsmassnahmen vollständig kompensieren können. Den älteren Versicherten, die bei Inkrafttreten der Reform bereits älter als 40 Jahre sind, reicht die Zeit bis zur Pensionierung hingegen nicht aus, um selber genügend zusätzliches Altersguthaben anzusparen. Deshalb ist vorgesehen, den Versicherten dieser Übergangsgeneration die heutige Rentenhöhe explizit zu garantieren und diese Garantie solidarisch innerhalb der 2. Säule zu finanzieren. Die entsprechenden Kosten werden im Jahr 2030 schätzungsweise rund 360 Mio. Franken betragen. Sie nehmen danach kontinuierlich ab, weil mit jedem weiteren Jahr die frisch Pensionierten länger Zeit gehabt haben werden, selber zusätzliches Altersguthaben anzusparen und damit den tieferen Umwandlungssatz auszugleichen.

Anna Jost-Bosshardt, dipl. Math. ETH, Bereich Mathematik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: anna.jost@bsv.admin.ch

Thomas Borek, Dr. sc. math., Bereich Mathematik, Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, BSV
E-Mail: thomas.borek@bsv.admin.ch

Frauen und Angestellte im Tieflohnbereich

Einige in der Reform Altersvorsorge 2020 vorgesehene Massnahmen sind vor allem für Frauen und Tieflohnbezüger relevant. So wird das Referenzalter für Frauen auf 65 Jahre angehoben. Neben den Hinterlassenenleistungen der AHV werden auch die AHV-Beiträge im Rentenalter angepasst. Darüber hinaus wird Versicherten mit tiefen und mittleren Einkommen ein besonderes Vorbezugsmodell in der AHV ermöglicht, während in der 2. Säule die Eintrittsschwelle gesenkt und der Koordinationsabzug aufgehoben wird.



Franziska Grob
Bundesamt für Sozialversicherungen



Andrea Stange

Tiefe Löhne lassen sich einerseits auf geringe berufliche Qualifikation zurückführen. So bilden weniger gut qualifizierte in der Regel die Bevölkerungsschicht mit dem tiefsten Einkommen. Der Grund für einen tiefen Lohn kann aber auch in der Teilzeitarbeit liegen. 34,7 Prozent der Erwerbsbevölkerung sind teilerwerbstätig. Bei den Frauen sind es 58,6 Prozent. Die in der Reform der Altersvorsorge 2020 vorgesehenen Massnahmen, welche die Renten von Tieflohnbezügern stärken, kommen damit insbesondere den Frauen zu.

¹ Annahme: 18 Prozent Altersgutschriften und 1,75 Prozent Verzinsung

Referenzalter 65 statt Rentenalter 64

Die geltenden Vorgaben in der AHV und der beruflichen Vorsorge definieren ein ordentliches Rentenalter von 64 Jahren für Frauen und 65 Jahren für Männer. Mit der Reform Altersvorsorge 2020 soll nun ein einheitliches Referenzalter von 65 Jahren festgelegt werden. Damit die Versicherten ihre Altersvorsorge früh genug planen können und keine plötzlichen Änderungen ihres Vorsorgeplans in Kauf nehmen müssen, sind Übergangsbestimmungen notwendig. Der Bundesrat schlägt vor, das Referenzalter der Frauen sowohl im AHVG wie auch im BVG jährlich um zwei Monate auf 65 Jahre anzuheben. Die Erhöhung setzt frühestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Reform ein. Nach einer sechsjährigen Übergangszeit wäre das vorgesehene Referenzalter erreicht.

Auf die Höhe der AHV-Altersrente hat die Anhebung des Frauenrentenalters keinen Einfluss, wohl aber auf die Altersrente der beruflichen Vorsorge, die wesentlich vom Altersguthaben abhängt, das die Versicherten bis zur Pensionierung ansparen. Letzteres wird für die Frauen höher ausfallen, denn sie zahlen künftig ein Jahr länger – also gleich lang wie die Männer – Beiträge an die 2. Säule. Ausserdem wird ihr Altersguthaben ein Jahr länger verzinst.

Wirkung des Referenzalters 65 für Frauen auf das BV-Guthaben am Beispiel

Eine Frau mit einem versicherten Jahreslohn von 50 000 Franken verfügt bei Erreichen des 64. Altersjahres im Jahr 2014 über ein Altersguthaben von 300 000 Franken. Bleibt sie bis zum Erreichen des 65. Altersjahres im Jahr 2015 versichert, wird sie aufgrund längerer Verzinsung und Beitragsdauer über ein rund 14 000 Franken höheres Altersguthaben verfügen.¹

Da die Reform einen flexiblen Rentenbezug vorsieht, ist eine frühere Pensionierung trotz des neu konzipierten Referenzalters möglich. Dazu besteht neu die Möglichkeit, sich auf die Leistungen im Alter 65 einzukaufen.

Zielgerichtete Leistungen für Witwen mit Unterstützungspflichten

Die Witwenrenten der AHV werden neu nur noch jenen Frauen ausgerichtet, die beim Tod des Mannes Kinder haben, die eine Waisenrente erhalten oder pflegebedürftig sind. Nach einer Übergangsfrist von zehn Jahren erhalten Witwen, die diese Bedingungen nicht erfüllen, keine Witwenrenten der AHV mehr. Für Frauen über 50 ist eine Sonderregelung vorgesehen, bereits bestehende Witwenrenten werden nicht aufgehoben.²

In Anbetracht des veränderten Familien- und Rollenverständnisses, das mit dem gesellschaftlichen Wandel einhergeht, kann kinderlosen Frauen heute eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden. Wenn sie freiwillig darauf verzichten, soll deshalb nicht die Allgemeinheit das damit verbundene finanzielle Risiko tragen müssen.

Frauen sind gut beraten, ihre soziale Absicherung direkt über eine eigene Erwerbstätigkeit zu begründen als indirekt über einen Ehemann oder eine gesetzlich anerkannte Partnerin. So erwerben sie sich auch eigene Leistungsansprüche in den anderen Sozialversicherungen, insbesondere in der beruflichen Vorsorge, was zu einer besseren Altersvorsorge führt.

Berücksichtigung von AHV-Beiträgen im Rentenalter und Aufhebung des Freibetrags

Nach geltendem Recht bezahlen erwerbstätige AHV-Rentnerinnen und -rentner auch nach Erreichen des ordentlichen Rentenalters Beiträge in die 1. Säule. Diese werden bei der Rentenberechnung jedoch nicht berücksichtigt. Allerdings können die erwerbstätigen Rentnerinnen und -rentner für jedes Arbeitsverhältnis einen Freibetrag von 1400 Franken pro Monat oder 16800 Franken pro Jahr geltend machen.

Die Reform sieht neu vor, für die Rentenberechnung auch jene AHV-Beiträge zu berücksichtigen, die nach Erreichen des Referenzalters bezahlt werden. Im Gegenzug wird der derzeitige Freibetrag aufgehoben, wobei für jährliche Einkommen unter 2300³ Franken weiterhin eine Befreiung geltend gemacht werden kann.

Die Berücksichtigung der AHV-Beiträge, die nach dem Referenzalter entrichtet werden, kann einerseits das zur Rentenberechnung massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen verbessern und zu einer höheren Rente führen. Andererseits können die Beiträge unter gewissen Voraussetzungen zur Schliessung allfälliger Beitrags- und Versicherungslücken herangezogen werden. Die neue Regelung dient all jenen Versicherten, die Beitragslücken aufweisen oder nicht das Maximum des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens⁴ erreichen. Somit würden insbesondere Personen

mit tiefem bis mittlerem Einkommen – häufig Frauen – von dieser Regelung profitieren.

Sonderregelung beim Vorbezug der AHV-Rente

Wer die Altersrente der AHV vorbezieht, erhält für die Dauer des gesamten Rentenbezugs eine gekürzte Rente. Die Kürzung wird nach versicherungstechnischen Grundsätzen berechnet. Um den Rentenvorbezug für Personen mit tiefen bis mittleren Einkommen, die lange gearbeitet haben, trotzdem zu ermöglichen, soll mit der Reform ein Vorbezugsmodell eingeführt werden. Dabei soll (siehe **T1**) bei einem Vorbezug mit 62 oder 63 Jahren ein reduzierter Kürzungssatz zur Anwendung kommen und bei einem Vorbezug mit 64 Jahren von einer versicherungstechnischen Rentenkürzung abgesehen werden.

Anpassung der Kürzungssätze für Personen mit tiefen und mittleren Einkommen **T1**

Bezug der Altersrente	Reduzierter Kürzungssatz in %	Ordentlicher Kürzungssatz in %
mit 62 Jahren	6,1	11,4
mit 63 Jahren	2,1	7,9
mit 64 Jahren	0,0	4,1

Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 (14.088)

Zum Kreis der Begünstigten gehören Personen, die über Jugendjahre verfügen (AHV-Beitragszeiten zwischen dem 1. Januar nach Vollendung des 17. Altersjahres und dem 31. Dezember vor Vollendung des 21. Altersjahres), eine vollständige Beitragskarriere (die Vorbezugszeit ausgenommen) zurückgelegt und einen Jahreslohn von maximal 49 140 Franken haben. Das Einkommen entscheidet, ob ein, zwei oder drei Jugendjahre angerechnet werden. Die Abstufung des Maximaleinkommens erfolgt dabei nicht nach einem fixen Frankenbetrag, sondern bezieht sich auf die jährliche Minimalrente. Dadurch können allfällige Rentenanpassungen an die Preis- und Lohnentwicklung in den Maximaleinkommen berücksichtigt werden.

² Zu den Detailregelungen vgl. Deplazes, Bernadette, «Anpassungen bei den Hinterlassenenrenten der AHV» in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

³ Stand 2014

⁴ Stand 2014: 84 240 Franken

Anrechenbare Jugendjahre nach Maximaleinkommen T2

Bis zum entsprechenden Maximaleinkommen von ...-mal der jährlichen Minimalrente	Maximale Anzahl anrechenbare Jugendjahre
2,5 [Fr. 35 100.-]	3 (36 Beitragsmonate)
3,0 [Fr. 42 120.-]	2 (24 Beitragsmonate)
3,5 [Fr. 49 140.-]	1 (12 Beitragsmonate)

Quelle: Botschaft zur Reform der Altersvorsorge 2020 (14.088)

Um zu verhindern, dass Personen begünstigt werden, die ein tiefes Einkommen aufgrund eines reduzierten Arbeitspensums erzielt haben, werden zusätzlich Filterkriterien eingeführt:

- Anspruchsberechtigt ist, wer in den letzten zehn Jahren vor dem Rentenbezug erwerbstätig gewesen ist und in diesen zehn Jahren während mindestens fünf Jahren AHV-Beiträge auf einem Lohn entrichtet hat, der mindestens 1,5-mal (21 060 Franken) und höchstens 3,5-mal höher (49 140 Franken) gewesen ist als die Minimalrente gemäss Art. 34 Abs. 5 AHVG.
- Der Lohn in den zehn besten Beitragsjahren darf nicht mehr als 1,5-mal höher gewesen sein als der Lohn in den zehn Jahren vor dem Rentenbezug.
- Das Einkommen des (Ehe-)Partners bzw. der (Ehe-)Partnerin, addiert mit dem Einkommen der vorbeziehenden Person, darf nicht mehr als doppelt so hoch sein wie der vorgesehene Höchstbetrag.

Diese Massnahme soll jährlich rund 5 000 Tieflohnbezügern zugutekommen, drei Viertel davon Frauen. Da diese vor der Pensionierung häufig über ein kleineres Einkommen verfügen als Männer, liegt eine vorzeitige Pensionierung mit ordentlichen Kürzungssätzen finanziell meist ausser Reichweite. Mit der vorgeschlagenen Regelung können die betroffenen Personen ihre AHV-Rente bei einem Vorbezug deutlich verbessern.

Der Gesetzgeber kann diese Regelung auf Verordnungsebene auf arbeitslose, ausgesteuerte oder erwerbsunfähige Personen ausdehnen, wenn diese die vorausgesetzten Erwerbsjahre vor dem Rentenbezug nicht erreichen.

Massnahmen im BVG: Senkung der Eintrittsschwelle und Aufhebung des Koordinationsabzugs

Gegenwärtig ist in der obligatorischen beruflichen Vorsorge versichert, wer bei einem einzelnen Arbeitgeber einen Jahreslohn von mehr als 21 060 Franken erzielt (Eintrittsschwelle). Versichert ist ausserdem nicht das gesamte, sondern nur das um den Koordinationsabzug von 24 570 Franken verminderte Einkommen,⁵ mindestens aber 3 510 Franken.⁶ Eintrittsschwelle und Koordinationsabzug gelten unabhängig vom Beschäftigungsgrad und pro Arbeitgeber. Wer nur für einen Arbeitgeber arbeitet, ist dadurch besser versichert als eine Person, die zwar insgesamt den gleichen Lohn erzielt, aber für mehrere Arbeitgeber tätig ist.

Wirkung der Massnahmen im BVG am Beispiel

Eine Arbeitnehmerin, die aus einem Arbeitsverhältnis 23 000 Franken Jahreslohn erzielt und aus einem weiteren 15 000 Franken, ist heute nur für das erste Arbeitsverhältnis obligatorisch in der beruflichen Vorsorge versichert. Der versicherte Jahreslohn beläuft sich auf 3 510 Franken.⁷ Nach der Reform würde der versicherte Jahreslohn massiv auf 38 000 Franken ansteigen, weil aufgrund der tieferen Eintrittsschwelle beide Arbeitsverhältnisse der obligatorischen Versicherung unterstehen und mit der Abschaffung des Koordinationsabzugs der volle Lohn zu versichern ist.

Mit der Reform soll die Eintrittsschwelle gesenkt und gleichzeitig der Koordinationsabzug abgeschafft werden. Mit der Senkung der Eintrittsschwelle werden künftig bereits Personen obligatorisch versichert, deren Jahreslohn pro Arbeitgeber mehr als 14 040 Franken beträgt. Wer diesen Lohn durch Anstellungen bei mehreren Arbeitgebern erzielt, kann sich wie unter geltendem Recht freiwillig versichern. Um die Vorsorge solcher Mehrfachbeschäftigter zu verbessern, wird zusätzlich die auf Verordnungsebene enthaltene Regelung betreffend Versicherung von Nebenerwerbstätigkeiten zu überprüfen sein. Dank des Verzichts auf den Koordinationsabzug wird ausserdem das gesamte Einkommen versichert.

5 Beispiel: Bei einem effektiven Jahreslohn von 40 000 Franken sind 15 430 Franken in der beruflichen Vorsorge versichert.

6 Grenzwerte Stand 2014

7 Entspricht dem mindestversicherten Verdienst 2014

Würdigung: Verbesserungen und Modernisierung

Das tiefere Frauenrentenalter lässt sich heute sozialpolitisch nicht mehr begründen. Vielmehr stellt es ein geschlechtsspezifisches Privileg dar, das sich nicht rechtfertigen lässt. Mit der Umstellung auf das Referenzalter müssen die Frauen zwar ein Jahr länger arbeiten, gleichzeitig aber wird mit anderen Massnahmen ihre unter geltendem Recht bestehende Benachteiligung beim Aufbau der beruflichen Vorsorge eliminiert.

Witwenrenten für kinderlose Frauen sind das Überbleibsel einer überholten geschlechtsspezifischen Rollen- und Aufgabenteilung. Ihre Abschaffung ist gesellschaftlich vertretbar und den Betroffenen zumutbar. Gleichzeitige Anpassungen bei der Höhe der Hinterlassenenrenten sorgen dafür, dass die Leistungen – an Betreuungsaufgaben orientiert – bedürfnisgerechter ausgerichtet werden.

Ein auf niedrige und mittlere Einkommen ausgerichtetes Vorbezugsmodell, das sich nicht nur auf versiche-

rungstechnischen Grundsätze stützt, sorgt dafür, dass eine vorzeitige Pensionierung auch in diesen Einkommensklassen und insbesondere auch für Frauen möglich ist, die häufig in atypischen Arbeitsverhältnissen und im Tieflohnbereich tätig sind. Dies gewichtet umso mehr, als das Referenzalter der Frauen auf 65 Jahre erhöht wird und vor allem Frauen von diesem Vorbezugsmodell profitieren können. Die Senkung der BVG-Eintrittsschwelle und Abschaffung des Koordinationsabzugs werden gleichzeitig zur Stärkung ihrer Altersguthaben beitragen.

Franziska Grob, Dr. iur., Juristin Recht Berufliche Vorsorge,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: franziska.grob@bsv.admin.ch

Andrea Stange, Rechtsanwältin, Bereich Leistungen AHV/EO/EL,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: andrea.stange@bsv.admin.ch



© Jerzy Sawluk/pixelio.de

Anpassungen bei den Hinterlassenenrenten der AHV

Mit Blick auf den gesellschaftlichen Wandel schlägt der Bundesrat im Rahmen der Reform Altersvorsorge 2020 auch eine Anpassung der Hinterlassenenrenten in der 1. Säule vor. Diese sollen künftig zielgerichteter und bedürfnisorientierter ausgerichtet werden. Der folgende Beitrag verschafft einen Überblick über die geplanten Neuerungen und vergleicht diese mit den geltenden Vorschriften.



Bernadette Deplazes
Bundesamt für Sozialversicherungen

Hinterlassenenrenten dem gesellschaftlichen Wandel anpassen

Die gegenwärtigen Anspruchsvoraussetzungen für eine Witwenrente stimmen mehrheitlich noch mit den Vorschriften überein, die 1948 bei der Einführung der AHV festgelegt wurden. Seither wurden sie nur wenig verändert, letztmals 1997. Nach dem damals üblichen Familienmodell kümmerten sich die Frauen ausschliesslich um die Familie und traten oft gar nicht erst in den Arbeitsmarkt ein oder blieben ihm während Jahren fern. Dementsprechend schwierig war es für sie, nach dem Tod

ihres Ehemannes eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Die Witwenrente diente daher der Existenzsicherung der hinterbliebenen Frau und Mutter. Doch unterdessen hat ein gesellschaftlicher Wandel stattgefunden. So hat das höhere Bildungsniveau der Frauen zu einer Zunahme der weiblichen Erwerbsbeteiligung geführt, was sich wiederum auf die Rollenaufteilung innerhalb der Familien ausgewirkt hat. Eine erste Anpassung an diesen Wandel erfolgte mit der Einführung der Witwenrente 1997. Weitergehende Schritte hin zur Gleichbehandlung der Geschlechter wurden damals aus finanziellen Gründen nicht in Betracht gezogen und schienen angesichts des nach wie vor verbreiteten traditionellen Rollenverständnisses auch nicht gerechtfertigt. Fast 70 Jahre nach der Einführung der Witwenrente soll eine eingehende Anpassung der Hinterlassenenleistungen dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung tragen.

Gezieltere Ausrichtung der Hinterlassenenleistungen in der AHV

Ein grosser Teil der verheirateten Frauen trägt heute mit einem eigenen Erwerbseinkommen zum Familienunterhalt bei. Es ist immer seltener, dass Frauen ohne Erziehungsaufgaben bzw. nach der Kinderbetreuungsphase nicht erwerbstätig sind. Demzufolge gibt es auch immer weniger verwitwete Frauen, die über kein Erwerbseinkommen verfügen: Eine Forschungsarbeit der Universität Genf¹ zur wirtschaftlichen Stellung der Witwer und Witwen stellte fest, dass die Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit ein wichtiger Bestandteil im Einkommen Verwitweter sind, insbesondere dann, wenn keine Kinder zu betreuen sind. Angesichts dieser Veränderungen bei der Rollenverteilung in der Familie und im Erwerbsverhalten hält der Bundesrat eine gezieltere Ausrichtung der Hinterlassenenleistungen für angebracht. Eine Witwenrente soll sich künftig weniger am Zivilstand «verwitwet» als vielmehr am Umstand der eingeschränkten Erwerbsmöglichkeiten orientieren, die eine Witwe wegen familiärer Aufgaben erfährt. Demzufolge beabsichtigt die Reform, die Hinterlassenenrenten kinderloser Frauen und jener Witwen zu streichen, deren Kinder erwachsen sind und eigenständig leben. Mit dem vorgesehenen Übergangskonzept einer schrittweisen Aufhebung wird den Betroffenen genügend Zeit eingeräumt, sich auf die Änderungen einzustellen. Ausserdem sind Todesfallleistungen aus der beruflichen Vorsorge² und der 3. Säule nach wie vor möglich.

¹ *Wirtschaftliche Lage der Witwen und Witwer*, Bericht des Bundesrates vom 4. April 2012 in Erfüllung des Postulats der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) vom 3. April 2008 (08.3235); www.bsv.admin → Altersvorsorge 2020 → Grundlagenarbeit

² Die bestehenden Regelungen in der obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG) und der Unfallversicherung (UVG) werden beibehalten.

Regelungen für Hinterlassene in der 1. Säule

T1

Geltende Regelungen	Reform Altersvorsorge 2020
<p>Witwen haben Anspruch auf eine Rente, wenn sie beim Tod ihres Ehemannes</p> <ul style="list-style-type: none"> → mindestens ein Kind haben. 	<p>Witwen haben Anspruch auf eine Rente, wenn sie beim Tod ihres Ehemannes</p> <ul style="list-style-type: none"> → mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind haben oder ein Kind pflegen, das ihnen Anspruch auf eine Betreuungsgutschrift gibt.
<p>Witwen, die beim Tod des Ehemannes kein(e) Kind(er) haben, aber mindestens 45 Jahre alt sind und während mindestens 5 Jahren verheiratet waren, haben ebenfalls Anspruch auf eine Rente.</p>	<p>Witwen, die beim Tod des Ehemannes</p> <ul style="list-style-type: none"> → kein(e) Kind(er) oder → erwachsene, nicht waisenrentenberechtigende Kinder haben, und auch → kein Kind pflegen, das ihnen einen Anspruch auf eine Betreuungsgutschrift gibt, <p>haben keinen Anspruch auf eine Witwenrente</p>
<p>Witwer haben Anspruch auf eine Rente, solange sie ein Kind unter 18 Jahren haben.</p>	<p>Witwer haben Anspruch auf eine Rente, solange sie ein waisenrentenberechtigtes Kind unter 18 Jahren haben oder ein minderjähriges Kind pflegen, das ihnen Anspruch auf eine Betreuungsgutschrift gibt.</p>
<p>Personen in eingetragener Partnerschaft erhalten unter den gleichen Voraussetzungen wie Witwer eine Rente, wenn der Partner oder die Partnerin stirbt.</p>	<p>Personen in eingetragener Partnerschaft erhalten unter den gleichen Voraussetzungen wie Witwer eine Rente, wenn der Partner oder die Partnerin stirbt.</p>
<p>Geschiedene Frauen haben beim Tod des ehemaligen Ehemannes Anspruch auf eine Witwenrente</p> <ul style="list-style-type: none"> → wenn sie (ein) Kind(er) haben und die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat, oder → wenn sie bei der Scheidung älter als 45 Jahre waren und die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat, oder → wenn das jüngste Kind sein 18. Lebensjahr vollendet, nachdem die geschiedene Mutter 45 Jahre alt geworden ist, oder → solange sie ein Kind unter 18 Jahren haben. 	<p>Geschiedene Frauen haben unter der Voraussetzung, dass die Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat oder das jüngste Kind das 18. Altersjahr vollendet, nachdem die geschiedene Mutter 45 Jahre alt geworden ist, Anspruch auf eine Rente, wenn sie beim Tod ihres ehemaligen Ehemannes</p> <ul style="list-style-type: none"> → mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind haben oder ein Kind pflegen, das ihnen Anspruch auf eine Betreuungsgutschrift gibt. <p>In jedem Fall haben sie Anspruch auf eine Rente, solange sie ein waisenrentenberechtigtes Kind unter 18 Jahren haben.</p>
<p>Geschiedene Männer, deren ehemalige Ehefrau verstorben ist, haben Anspruch auf eine Rente, solange sie ein Kind unter 18 Jahren haben.</p>	<p>Geschiedene Männer, deren ehemalige Ehefrau verstorben ist, haben Anspruch auf eine Rente, solange sie ein waisenrentenberechtigtes Kind unter 18 Jahren haben. Einen Anspruch hat der geschiedene Mann auch, wenn er ein minderjähriges Kind pflegt, das ihm Anspruch auf eine Betreuungsgutschrift gibt, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die geschiedene Ehe mindestens 10 Jahre gedauert hat oder sein jüngstes Kind das 18. Altersjahr vollendet, nachdem er 45 Jahre alt geworden ist.</p>
<p>Der Betrag der Witwen- oder Witwerrente beläuft sich auf 80 Prozent der entsprechenden Altersrente und derjenige der Waisenrente auf 40 Prozent der Altersrente.</p>	<p>Der Betrag der Witwen- oder Witwerrente beläuft sich auf 60 Prozent der entsprechenden Altersrente und derjenige der Waisenrente auf 50 Prozent der Altersrente.</p>

Die Reform sieht vor, Hinterlassenenleistungen nur noch zu gewähren, wenn diese wirklich notwendig sind. Daher soll die finanzielle Absicherung durch Hinterlassenenrenten künftig in erster Linie auf die Phase der Kindererziehung bis zur Volljährigkeit bzw. zum Ausbildungsende der Kinder beschränkt werden. Zudem wird neu die Witwen- und die Witwerrente nur noch 60 Prozent (statt wie bisher 80%) der entsprechenden Altersrente betragen. Gleichzeitig wird eine Waisenrente von heute 40 auf 50 Prozent der entsprechenden Altersrente angehoben. Damit wird bis zur Volljährigkeit bzw. bis zum Ausbildungsende der Kinder ein angemessenes Haushaltseinkommen garantiert. Im Gegensatz zur Witwerrente erlischt die Witwenrente nicht, sobald die Kinder ihren eigenen Weg gehen. Sie sichert den betroffenen Frauen weiterhin eine finanzielle Unterstützung und verhindert deren Abgleiten in die Armut, sollten sie kein genügendes Einkommen zu erzielen vermögen. Mit beruflichen Einschränkungen sehen sich auch Eltern konfrontiert, die ein pflegebedürftiges Kind betreuen. Der Rentenanspruch wird daher erweitert auf Witwen und Witwer, die sich um ein pflegebedürftiges Kind kümmern und aus diesem Grund Anspruch auf Betreuungsgutschriften haben.³ Für nach der Reform neu Verwitwete führt die Rentenreduktion zu einer finanziellen Einbusse, zumindest dann, wenn weniger als zwei Waisenrenten hinzukommen. Daher soll während einer längeren Übergangszeit eine Betragsgarantie den Witwen weiterhin eine Rente sichern, die bei 80 Prozent jener Altersrente «eingefroren» wird, die im Jahr vor Inkrafttreten der Reform gültig war.

Das neue System im Detail

Rente für Witwen mit waisenrentenberechtigten oder pflegebedürftigen Kindern

Hat eine Ehefrau zum Todeszeitpunkt ihres Ehemannes ein Kind, das Anrecht auf eine Waisenrente hat, weil es minderjährig oder in Ausbildung und noch nicht 25-jährig ist, erhält sie wie bisher eine unbefristete Rente. Eine Witwe hat ausserdem Anspruch auf eine unbefristete Rente, wenn sie zum Zeitpunkt der Verwitwung ein Kind betreut, welches sie zu Betreuungsgutschriften berechtigt. Wie schon heute erlischt ihre Rente mit einer Wieder-

verheiratung oder dem Beginn des Anspruchs auf eine Invaliden- oder Altersrente, falls diese höher ist.

Keine Hinterlassenenleistung der AHV für Witwen ohne Kinderbetreuungsaufgaben

Frauen, die beim Tod ihres Ehemannes keine der Bedingungen für eine Witwenrente erfüllen, werden künftig keinen Anspruch mehr auf eine Hinterlassenenleistung der AHV haben. Es handelt sich einerseits um kinderlose Witwen, andererseits um solche, deren Kinder erwachsen und nicht mehr waisenrentenberechtigt sind oder keine Pflege benötigen, die zu Betreuungsgutschriften berechtigt. Diese Umstellung erfolgt schrittweise und räumt den Betroffenen genügend Zeit ein, auf die Änderung zu reagieren und ihre Vorsorge für den Todesfall des Partners anzupassen. Für die über 50-jährigen Frauen ist zudem eine Spezialregelung vorgesehen (siehe Abschnitt zur Übergangsregelung).

Rente für Witwer mit Kindern unter 18 Jahren

Verheiratete Männer, deren Ehefrau verstirbt, erhalten weiterhin eine Witwerrente, sofern sie ein minderjähriges, waisenrentenberechtigtes Kind haben. Kümmert sich der Mann bei der Verwitwung um ein pflegebedürftiges Kind, welches ihn zu Betreuungsgutschriften berechtigt,⁴ kann er ebenfalls eine Witwerrente beanspruchen. In jedem Fall aber erlischt die Witwerrente, sobald das jüngste Kind des Witwers das 18. Altersjahr vollendet.

Gleichstellung der Geschiedenen mit Verwitweten unter bestimmten Voraussetzungen

Falls eine geschiedene Ehe mindestens zehn Jahre gedauert hat oder eine geschiedene Person bei Vollendung des 45. Altersjahres noch ein minderjähriges Kind gehabt hat, steht ihr zu den gleichen Bedingungen eine Hinterlassenenrente zu wie Eheleuten, die verwitwen. Erfüllt die geschiedene Person die obgenannten Voraussetzungen nicht, kann sie nur eine Witwen- oder Witwerrente beanspruchen, solange sie ein minderjähriges, waisenrentenberechtigtes Kind hat. Auch die Erlöschensgründe sind die gleichen wie bei den Verwitweten. Das bedeutet beispielsweise, dass die Rente des geschiedenen Vaters ebenfalls erlischt, wenn das jüngste Kind 18-jährig wird. Keine Gleichstellung der Geschiedenen mit den Verwitweten erfolgt demgegenüber beim Verwitwetenzuschlag (BGE 128 V 5).

Erhöhung der Waisenrente – Reduktion der Witwen- und Witwerrente

Ein wesentlicher Reformpunkt ist die Anpassung der Rentenbeträge. Während die Waisenrenten von 40 auf 50 Prozent der entsprechenden Altersrente angehoben

³ Betreuungsgutschriften in der AHV sind fiktive Einkommen in der Höhe der dreifachen minimalen Altersrente und werden als Zuschläge zum rentenbildenden Erwerbseinkommen verbucht. Eltern oder Grosseltern haben Anspruch darauf, wenn sie ein pflegebedürftiges Kind oder Stiefkind betreuen, das eine Hilflosenentschädigung mittleren oder schweren Grades bezieht.

⁴ Bis zum 16. Altersjahr berechtigten Kinder zu Erziehungsgutschriften und erst anschliessend, wenn sie pflegebedürftig sind, zu Betreuungsgutschriften.



© A. Reinkober/pixelio.de

werden, erfolgt eine Reduktion der Witwen- und Witwerrenten von 80 auf 60 Prozent der entsprechenden Altersrente.

Übergangsregelung: Besitzstand und sanfter Übergang zum neuen System

Besitzstand für die derzeitigen Rentenbezügerinnen und -bezüger

Die Hinterlassenenrenten, die bereits bei Inkrafttreten der Reform ausgerichtet werden, sind von den Neuerungen in keiner Weise betroffen. Die Berechtigten erhalten ihre Rente unverändert nach bisherigem Recht.

Übergangsregelung für Witwen, die einen Rentenanspruch nach neuem Recht haben

Nach neuem Recht beträgt die Witwenrente 60 Prozent und die Waisenrente 50 Prozent der entsprechenden Altersrente. Mit zwei waisenrentenberechtigten Kindern ergibt sich wie bisher ein Familieneinkommen von 160 Prozent der Altersrente. Kommt aber zu einer Witwenrente nur eine Waisenrente hinzu, sinkt das Familieneinkommen gegenüber der bisherigen Regelung (110 statt wie bisher 120 Prozent der Altersrente). Um eine solche Schlechterstellung zu vermeiden, werden betroffene Renten bis zu jener Betragsgarantie (80 Prozent der entsprechenden Altersrente bei Systemwechsel) angehoben, die der Übergangsgeneration zugesagt wird. Diese endet,

sobald die neue Witwenrente infolge der ordentlichen Anpassungen an die Lohn- und Preisentwicklung gleich hoch ausfällt wie die «eingefrorene» Rente.

Übergangsregelung für die Witwen, die künftig keinen Rentenanspruch haben

Für Witwen, die nach bisherigem Recht noch einen Rentenanspruch gehabt hätten, nach neuem Recht jedoch nicht mehr, erfolgt die Umstellung stufenweise. Ist die Frau bei Inkrafttreten der Reform noch nicht 50-jährig, erfolgt die Umstellung innert zehn Jahren nach dem Inkrafttreten: Verwitwet sie im ersten Jahr des Inkrafttretens, erhält sie noch eine Witwenrente von 60 Prozent der entsprechenden Altersrente. Verwitwet sie in den darauffolgenden Jahren, sinkt der Betrag mit jedem Jahr um fünf Prozent, bis im neunten Jahr nach Inkrafttreten nur noch eine einmalige Entschädigung in der Höhe einer Jahresrente ausbezahlt wird. Hat die Frau bei Inkrafttreten der Reform jedoch schon das 50. Altersjahr vollendet, erhält sie weiterhin eine nach altem Recht berechnete Witwenrente (80% der entsprechenden Altersrente), die solange «eingefroren» bleibt, bis sie gleich hoch ist wie eine nach der neuen Regel berechnete Rente. Ab diesem Zeitpunkt würde dann auch dieser «eingefrorene» Rentenbetrag wieder an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst.

Bernadette Deplazes, Juristin, Bereich Leistungen AHV/EO/EL,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: bernadette.deplazes@bsv.admin.ch

Gleichbehandlung von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden in der AHV

Die Reform der Altersvorsorge 2020 strebt mehr Beitragsgerechtigkeit an: In der AHV sollen die Beitragssätze von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden vereinheitlicht und die sinkende Beitragsskala, von der heute Selbstständigerwerbende mit tiefen bis mittleren Einkommen profitieren, abgeschafft werden. Ausserdem sollen Selbstständigerwerbende Einkäufe in eine Vorsorgeeinrichtung nicht mehr vom AHV-pflichtigen Einkommen in Abzug bringen können.



Paul Cadotsch
Bundesamt für Sozialversicherungen



Mylène Hader

Worum geht es?

Ein kleines Beispiel, wenn auch ein extremes, verdeutlicht die Ausgangslage:

X macht sich selbstständig und erwirtschaftet in den ersten fünf Jahren ein Roheinkommen von je 15 000 Franken. Dafür bezahlt er jedes Jahr 630 Franken in die AHV ein, insgesamt 3 150 Franken. Nachdem er sich am Markt durchgesetzt hat, erzielt er in den nächsten fünf Jahren 250 000 Franken pro Jahr. Darauf entrichtet er jährlich einen Beitrag von 19 500 Franken, total 97 500 Franken. Bisher hat er sich um die berufliche Vorsorge nicht gekümmert, also auch keine 3. Säule einbezahlt. Deshalb möchte er eine freiwillige berufliche Vorsorge aufbauen und zahlt dafür im elften Jahr 500 000 Franken ein. Im selben Jahr erzielt er ein Einkommen von 600 000 Franken. Davon kann er die Hälfte des Einkaufsbetrags, näm-

lich 250 000 Franken in Abzug bringen, womit er bloss noch auf 350 000 Franken AHV-Beiträge bezahlt, was einer Summe von 27 300 Franken entspricht.

Ein Unselbstständigerwerbender erzielt jeweils ein gleich hohes Einkommen wie der Selbstständigerwerbende. Zusammen mit seinem Arbeitgeber bezahlt er darauf in den ersten fünf Jahren 6 300 Franken in die AHV ein, also doppelt so viel wie der Selbstständigerwerbende. In den kommenden fünf Jahren werden 105 000 Franken an Beiträgen überwiesen, also 7 500 Franken oder 7,7 Prozent mehr als für den Selbstständigen. Im elften Jahr schuldet der Unselbstständigerwerbende den vollen Beitrag auf 600 000 Franken, konkret 50 400 Franken oder 185 Prozent mehr als der Selbstständigerwerbende.

AHV-Beitragssatz

Alle Erwerbstätigen – seien es Frauen oder Männer, Alte oder Junge, solche im Kanton Zug oder im Kanton Jura – entrichten gleich hohe Anteile ihres Bruttoeinkommens an die AHV. Diese kennt bloss eine Ausnahme: Für Arbeitnehmende liegt der Beitragssatz mit 8,4 Prozent höher als für Selbstständigerwerbende, für die ein Satz von 7,8 Prozent gilt. Der Bundesrat schlägt in seiner Botschaft zur Reform Altersvorsorge 2020 vor, den Beitragssatz der Selbstständigerwerbenden demjenigen der Unselbstständigerwerbenden anzugleichen, d.h. ihn für erstere um 0,6 Prozentpunkte anzuheben.

Bei der Einführung der AHV waren die Beitragssätze für beide Personenkategorien identisch. Erst mit der 7. AHV-Revision, welche auf den 1. Januar 1969 in Kraft trat, wurde eine Differenzierung vorgenommen, indem der Satz für Selbstständigerwerbende weniger stark erhöht wurde. Seit dem Jahr 1979 gelten die heutigen Ansätze von 7,8 bzw. 8,4 Prozent, wobei der Satz für Unselbstständigerwerbende hälftig auf Arbeitgeber und Arbeitnehmende aufgeteilt wird. Die Differenzierung der Beitragssätze wurde vorwiegend damit begründet, dass die berufliche Vorsorge Selbstständigerwerbenden verschlossen war. Inzwischen können sich diese der 2. Säule freiwillig anschliessen und ihr Handlungsspielraum im Rahmen der 3. Säule ist weit grösser als für die Unselbstständigerwerbenden. Auch in anderen Sozialversicherungen sind Selbstständigerwerbende nicht benachteiligt. Bei der 2005 eingeführten Mutterschaftsentschädigung sind sie den Unselbstständigerwerbenden gleich-

gestellt, sodass beide Anspruch auf die gleichen Leistungen haben. Mit der Revision des Familienzulagengesetzes, die am 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurden ferner den Selbstständigerwerbenden die gleichen Mindestansprüche auf Familienzulagen wie den Arbeitnehmenden gewährt und somit ihre Sozialversicherungsdeckung noch verstärkt. Ausserdem kennen weder die IV noch die EO bezüglich maximalem Beitragssatz eine Vorzugsbehandlung der Selbstständigerwerbenden.

Eine vollständige oder teilweise Angleichung der Beitragssätze von Selbstständigerwerbenden und Unselbstständigerwerbenden hat der Bundesrat schon verschiedentlich angestrebt, so im Rahmen der 9. AHV-Revision, der 10. AHV-Revision, der Sanierungsmassnahmen 1994 sowie im ersten Anlauf der 11. AHV-Revision. Gegen eine Erhöhung des Beitragssatzes für die Selbstständigerwerbenden wurden häufig wirtschaftspolitische Überlegungen vorgebracht: KMU und generell die selbstständige Erwerbstätigkeit seien zu fördern. Solche wirtschaftspolitischen Überlegungen darf man anstellen. Zu fragen ist aber, ob die AHV dafür das richtige Instrument ist. Sie als Versicherung in den Dienst wirtschaftspolitischer Ziele zu stellen, kann sie leicht in Konflikt mit ihren eigenen Zielen bringen. Insbesondere aber wurde immer wieder diskutiert, mit welchem Satz eine Gleichbehandlung tatsächlich hergestellt wäre. Da die Selbstständigerwerbenden ihre Beiträge vollumfänglich selber bezahlen, also kein Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge übernehme, sei ein Satz von 8,4 Prozent zu hoch. Wolle man die beiden Gruppen vergleichbar machen, müsse der Arbeitgeberanteil von 4,2 Prozent mit der Formel

$$8,4\% : (104,2 \times 100)$$

mathematisch herausgerechnet werden. So komme man auf einen Beitragssatz von 8,06 Prozent. Doch: Ist dies tatsächlich der richtige, weil mathematisch korrekt berechnete Beitragssatz?

Die Antwort ist eine unterschiedliche, je nach eingenommener Perspektive: Niemand bestreitet die Richtigkeit der Rechnung. Die entscheidende Frage ist jedoch, ob bei den Selbstständigerwerbenden ein solcher «virtueller» Arbeitgeberanteil überhaupt zu berücksichtigen ist. Art. 112 Abs. 3 lit. a der Bundesverfassung hält fest, dass die Arbeitgebenden für ihre Arbeitnehmenden die Hälfte der Beiträge bezahlen. Selbstständigerwerbende haben indessen – schon der Name sagt dies – eben gerade keinen Arbeitgeber. Die Sicht der AHV kann nur diejenige einer Versicherung sein: Für einen bestimmten Rentenbetrag muss die Versicherung entsprechende Beiträge erhalten. Diese Beiträge müssen gleich hoch sein, unabhängig davon, ob es sich um Unselbstständigerwerbende oder Selbstständigerwerbende handelt. Das ist heute nicht der Fall: Für ein Einkommen von 100 000 Franken mit einem ebensolchen Eintrag im Individuellen Konto erhält die AHV aktuell für einen Unselbstständigerwerbenden 8400, für einen Selbstständigerwerbenden

aber nur 7800 Franken. Nehmen wir zwei Erwerbstätige, die im Jahr 2015 65-jährig ins Rentenalter kommen und je ein massgebendes mittleres Einkommen von 100 000 Franken aufweisen: Für eine identische Rente erhält die AHV für den Unselbstständigerwerbenden über die ganze Karriere (Skala 44) 302 676 Franken,¹ für den Selbstständigerwerbenden jedoch nur 278 261 Franken oder 8,1 Prozent weniger. Unter Anwendung der sinkenden Beitragsskala wäre die prozentuale Differenz noch höher; beim untersten Satz der Skala würde sie 50 Prozent betragen. Die AHV privilegiert damit die Selbstständigerwerbenden bzw. diskriminiert die Unselbstständigerwerbenden. Selbstständigerwerbende mit hohem Einkommen, welche zu einer Maximalrente führen, bezahlen damit weniger Solidaritätsbeiträge als Unselbstständigerwerbende; gleichzeitig ist der Eigenfinanzierungsgrad der Rente von Selbstständigerwerbenden mit tiefen Einkommen wesentlich geringer als von Unselbstständigerwerbenden. Die bestehende Ungleichbehandlung könnte an sich auch dadurch behoben werden, dass der unterschiedliche Beitragssatz zwar beibehalten, konsequenterweise jedoch die Eintragungen im individuellen Konto der Selbstständigerwerbenden entsprechend gesenkt würden. Es würde dann nicht mehr das tatsächlich erzielte Einkommen, sondern das dem tieferen Beitragssatz entsprechende eingetragen, nach dem obigen Beispiel noch 92 847 statt 100 000 Franken. Das liefe tendenziell auf eine Leistungssenkung bei den Selbstständigerwerbenden hinaus. Mit dem Erhalt des Leistungsniveaus als eines der Hauptziele der Reform, entschied sich der Bundesrat für eine Beitragserhöhung.

Aus vergleichender Perspektive ist im Übrigen zu beachten, dass wirtschaftlich gesehen der Arbeitgeberanteil in den globalen Lohnkosten von Arbeitgebern eingeschlossen ist, was sich auf das Lohnniveau auswirkt. Auch bei einer Erhöhung des Beitragssatzes für Selbstständigerwerbende werden ihre Beiträge weiterhin auf der Veranlagung der direkten Bundessteuern beruhen. Damit wird das beitragspflichtige Einkommen auch künftig beispielsweise durch Abschreibungen, Rückstellungen und Gewinnungskosten beeinflusst und es bestehen bis zu einem gewissen Grad Möglichkeiten der Einkommenssteuerung, die Arbeitnehmenden nicht zur Verfügung stehen.

Sinkende Beitragsskala

Für Einkommen von aktuell weniger als 56 400 Franken ermässigt sich der Beitragssatz der Selbstständigerwerbenden für die AHV nach einer speziellen Skala, der sogenannten sinkenden Beitragsskala, von 7,8 bis auf 4,2

¹ Für die Berechnung wurden der aktuelle Aufwertungsfaktor, ein über die ganze Periode identisches Einkommen sowie die historischen Beitragssätze verwendet.

Prozent (für Einkommen unter 17200 Franken). Die gleiche Abstufung gilt für die Beiträge an die IV und an die EO. Im Jahr 2008 kamen fast 60 Prozent der Selbstständigerwerbenden, welche mehr als den Mindestbeitrag bezahlten, in den Genuss der sinkenden Beitragsskala.

Je tiefer die Einkommen der Selbstständigerwerbenden, desto stärker werden sie gegenüber den Unselbstständigerwerbenden bevorteilt. Selbstständigerwerbende mit geringen Einkommen profitieren stärker von der Solidarität der übrigen Beitragspflichtigen als Unselbstständigerwerbende, denn auch Tieflohnbeziehende müssen Beiträge zum vollen Satz entrichten. Ausserdem ist zu beachten, dass viele hauptberuflich Unselbstständigerwerbende einen selbstständigen Nebenerwerb ausüben. Auch sie kommen für ihr Einkommen aus dem selbstständigen Nebenerwerb in den Genuss von tieferen Beiträgen. Selbstständigerwerbenden in finanziellen Schwierigkeiten können zudem auf Gesuch die persönlichen Beiträge bei Unzumutbarkeit herabgesetzt werden. Härtefällen kann also Rechnung getragen werden.

Die bereits für den generell tieferen Beitragssatz angeführten Argumente gelten auch hier und noch ausgeprägter. Insbesondere stellt sich abermals die Frage, inwieweit die AHV Strukturpolitik betreiben soll. Auch die Befürchtung von Arbeitsplatzverlusten ist zu relativieren: Das Unternehmertum liegt nicht nur bei den Selbstständigerwerbenden, sondern schwergewichtig bei den juristischen Personen. Letztere beschäftigen rund 80 Prozent der Angestellten in der Privatwirtschaft. Demgegenüber weisen 60 Prozent der Einzelunternehmen, der häufigsten Rechtsform unter den Selbstständigerwerbenden, gar keine Angestellten aus.

Einkäufe in die 2. Säule

Nach dem Gesetz können Selbstständigerwerbende die «persönlichen Einlagen» in eine freiwillige berufliche Vorsorge vom Roheinkommen abziehen, soweit sie dem üblichen Arbeitgeberanteil entsprechen. Das Bundesgericht legte die Bestimmung im Verlaufe der Jahre so aus, dass Selbstständigerwerbende auch die Hälfte von Einkaufssummen in Abzug bringen können (BGE 129 V 293 und 136 V 16). Für Unselbstständigerwerbende würde Gleiches nur gelten, wenn sie einen reglementarischen Anspruch auf entsprechende Einkäufe durch den Arbeitgeber hätten, was jedoch kaum vorkommt. Selbstständigerwerbende sind also auch hier bevorteilt. Der Bundesrat möchte daher die Abzüge für persönliche Einlagen auf die laufenden Beiträge an die 2. Säule beschränken (soweit sie dem üblichen Arbeitgeberanteil entsprechen). Einkaufssummen sollen nicht mehr abzugsfähig sein. Von der Massnahme sind praktisch ausschliesslich sehr gut verdienende Selbstständigerwerbende betroffen, da in

der Regel nur sie sich solche Einkäufe in eine freiwillige berufliche Vorsorge leisten können. Nicht betroffen vom Reformvorschlag sind Beiträge an die 3. Säule.

Mehreinnahmen für die Sozialversicherungen

Die Aufhebung der sinkenden Skala und die Anhebung des Beitragssatzes bringen der AHV im Jahr 2030 Mehreinnahmen von 297 Mio. Franken. Die Aufhebung der sinkenden Skala in der IV generiert 21 Mio., in der EO 8 Mio. Franken. Die Neuregelung der Einkäufe führt zu geschätzten Mehreinnahmen für die AHV/IV/EO von 30 Mio. Franken.

Mehr Versicherungsmöglichkeiten in der 2. Säule für Selbstständigerwerbende ohne Angestellte

Im Sinne des Postulats der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (12.3981) sieht die Reform der Altersvorsorge 2020 für Selbstständigerwerbende ohne Angestellte mehr Möglichkeiten vor, sich einer 2. Säule anzuschliessen.

Aktuell besteht keine klare gesetzliche Grundlage, aufgrund derer sich Selbstständigerwerbende ohne Angestellte einer anderen Vorsorgeeinrichtung als jener ihres Branchenverbands oder der Auffangeinrichtung anschliessen können (Art. 44 BVG).

Mit der Revision von Artikel 44 BVG würde eine Alternative zur Versicherung bei der Auffangeinrichtung geschaffen: Selbstständigerwerbende könnten sich unter bestimmten Voraussetzungen einer anderen Vorsorgeeinrichtung anschliessen, wenn deren reglementarische Bestimmungen dies vorsehen. Die Erweiterung der Versicherungsmöglichkeiten stellt in keiner Weise eine À-la-carte-Vorsorge dar; die Grundsätze der beruflichen Vorsorge, insbesondere die Kollektivität, sind jederzeit einzuhalten. Die Möglichkeit, dass sich Selbstständigerwerbende ohne Angestellte unter Einhaltung der zuvor genannten Voraussetzungen einer Sammeleinrichtung anschliessen können, wird zurzeit noch kontrovers diskutiert.

Paul Cadotsch, Leiter Bereich Beiträge AHV/IV/EO,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: paul.cadotsch@bsv.admin.ch

Mylène Hader, Leiterin Bereich Recht Berufliche Vorsorge,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: mylene.hader@bsv.admin.ch

Institutionelle Massnahmen in der beruflichen Vorsorge

In der beruflichen Vorsorge spielen private Lebensversicherer eine wichtige Rolle. Als Sozialversicherungszweig muss diese transparent organisiert sein und den fairen Interessenausgleich zwischen Versicherern und Versicherten gewährleisten. Entsprechend hoch sind die regulatorischen Anforderungen. Optimierungspotenzial besteht in Bezug auf die Mindestquote und die Transparenz der Risikoprämien. Es soll im Rahmen der Reform Altersvorsorge 2020 ausgeschöpft werden.



Philipp Rohrbach
Bundesamt für Sozialversicherungen

Das BVG-Geschäft der Lebensversicherungsgesellschaften

Die meisten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Schweiz sind im Rahmen der beruflichen Vorsorge gegen die Risiken Alter, Tod und Invalidität versichert und einer entsprechenden Vorsorgeeinrichtung angeschlossen. Diese paritätisch geführten Einrichtungen wiederum sind relativ frei, wie sie ihre Leistungen finanzieren. Während viele, vor allem grosse, firmeneigene Pensionskassen und autonome Sammel- und Gemeinschaftseinrichtungen sämtliche Risiken der beruflichen Vorsorge selber tragen, geben andere diese ganz (Vollversicherung) oder teilweise an private Lebensversicherungsgesellschaften ab. Diese Rückdeckung ermöglicht die Externalisierung von Risiken, die ansonsten vom Versichertenkollektiv und den Arbeitgebern getragen werden müssten. Gerade für kleine und mittlere Unternehmen ist diese Abwälzung von Risiken wesentlich. Umgekehrt ist das BVG-Geschäft aber auch für die Ver-

sicherer wichtig. Jedenfalls haben sie das entsprechende Geschäftsvolumen in den letzten Jahren stark ausgeweitet und können dadurch auch von Skaleneffekten profitieren. Die eingenommenen Sparprämien stiegen von 15,8 Mrd. Franken im Jahr 2005 auf 21 Mrd. Franken im Jahr 2013 (+33%). Im gleichen Zeitraum nahmen die versicherungstechnischen Rückstellungen von 122 Mrd. auf 154 Mrd. Franken zu (+26%). Die betriebswirtschaftliche Bedeutung zeigt sich auch bei einem Blick in die Geschäftsberichte für das Jahr 2013 der beiden grossen Anbieter Swiss Life und AXA, die zusammen rund zwei Drittel des Marktes abdecken.¹ Bei der Swiss Life steuerte das BVG-Geschäft 84 Prozent der Einnahmen des Segments Schweiz bei, bei der AXA Leben AG entfielen 86 Prozent der verbuchten Bruttoprämien auf das Kollektivlebensgeschäft. Man kann also festhalten, dass die Lebensversicherer und die berufliche Vorsorge voneinander profitieren.

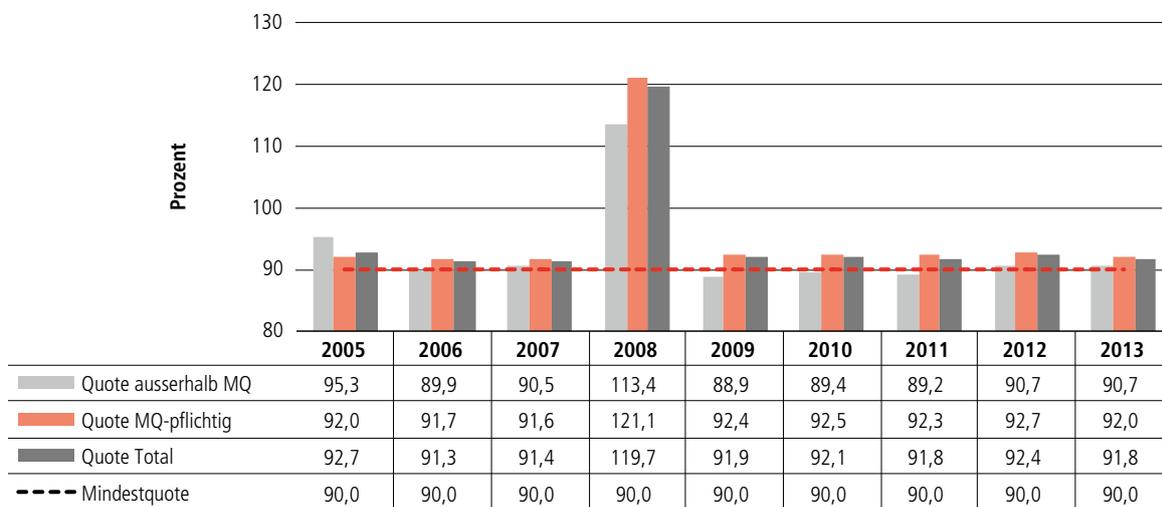
Reform der Altersvorsorge 2020

Ohne Frage haben die Lebensversicherungsgesellschaften einen Anspruch auf eine betriebswirtschaftlich angemessene Entschädigung ihrer Funktion als Risikoträger. Es gilt aber auch zu berücksichtigen, dass die berufliche Vorsorge eine Sozialversicherung ist. Aus Sicht des einzelnen Versicherten ist sie eine Zwangsversicherung und auf Stufe Arbeitgeber herrscht ein Versicherungszwang. Es gelten deshalb zu Recht hohe regulatorische Anforderungen in Bezug auf die Transparenz und einen fairen Interessenausgleich zwischen Versicherern und Versicherten. Im Rahmen der Revision des Bundesgesetzes über die direkte Lebensversicherung LeVG (das dabei in das Versicherungsaufsichtsgesetz, VAG, integriert wurde) erhielt das Kollektivlebensgeschäft im Bereich der beruflichen Vorsorge auf den 1. April 2004 besondere Transparenzvorschriften (Art. 37 Abs. 2 VAG). Unter anderem wurde mit der Einführung einer gesonderten Betriebsrechnung für den Geschäftszweig Berufliche Vorsorge die Transparenz hinsichtlich der Mittelflüsse erhöht. Man kann die Revision des LeVG und seine Überführung in das VAG als privatversicherungsaufsichtrechtliche Etappe der dreiteiligen 1. BVG-Revision verstehen. Im Rahmen dieser Revision wurde auch die Mindestquotenregelung (Art. 37 Abs. 4 VAG) eingeführt,

¹ Online: www.swisslife.com und www.axa-winterthur.ch

Ausschüttungsquoten zugunsten der Versicherten

G1



Datenquelle: Offenlegung der Betriebsrechnung (Finma)

die einen Rahmen setzt für die Aufteilung der Erträge zwischen Versicherern und Versicherten. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass in einigen Regulierungsbereichen weiterer Handlungsbedarf besteht, insbesondere in Bezug auf die Mindestquote (MQ) und die Bestimmungen rund um die Risikoprämien.

Mindestquote

Als Entschädigung für seine Funktion als Risikoträger kann der Versicherer – ein positives Ergebnis vorausgesetzt – einen Teil des Prämien- und Anlageertrags für sich beanspruchen. Art. 37 Abs. 4 VAG sieht vor, dass der Versicherer mindestens 90 Prozent der Erträge zugunsten der Versicherten verwenden muss. Seine Entschädigung beträgt demnach maximal 10 Prozent hiervon. Die tatsächlichen Ausschüttungsquoten werden jeweils im Offenlegungsbericht der Finanzmarktaufsicht (Finma) publiziert.² Grafik G1 zeigt diese Quoten für die letzten neun Jahre, getrennt nach Verträgen, die der Mindestquotenregelung unterstellt sind (MQ-pflichtig), und solchen, die diese nicht berücksichtigen müssen (ausserhalb MQ).

Die Mindestquote blieb seit ihrer Einführung im Jahr 2004 unverändert. Die tatsächlichen Ausschüttungsquoten zeigen jedoch, dass bezüglich Partizipation der Versicher-

ten ein gewisses Anpassungspotenzial gegen oben besteht. Nach dem Willen des Bundesrats soll dieses explizit nicht zulasten der Solvenz der Lebensversicherungsgesellschaften oder der Sicherheit der Versicherungsansprüche ausgeschöpft werden. Um das Potenzial besser auszuloten, wurden im Rahmen der Vorarbeiten zur Reform Altersvorsorge 2020 zwei Expertengutachten in Auftrag gegeben.³ Ihre Ergebnisse sind gemischt. Während das eher theoretisch ausgerichtete Gutachten Schmeiser sich tendenziell gegen eine Erhöhung der Mindestquote ausspricht, unterstützt das empirisch ausgerichtete Gutachten Keller ihre Anhebung. Der Bundesrat schlägt deshalb vor, die Mindestquote moderat auf 92 Prozent heraufzusetzen. Dieser Wert wäre in der Vergangenheit für die Versicherer verkraftbar gewesen. Die Solvenz wird damit nicht gefährdet, zumal kein direkter Zusammenhang zwischen der Mindestquote und dem Solvenzkapital gemäss schweizerischem Solvenzttest (SST) besteht. Man sollte an dieser Stelle ebenfalls nicht unerwähnt lassen, dass im Rahmen der Reform auch geplant ist, den Mindestumwandlungssatz für das BVG-Obligatorium zu senken,⁴ was sich positiv auf die Risikoerwartung auswirken wird. Darüber hinaus enthält der Gesetzesentwurf eine Bestimmung, wonach der Bundesrat die Mindestquotensätze temporär auf maximal 90 Prozent begrenzen kann, um das Solvenzkapital der Versicherer zu garantieren. Damit wird sichergestellt, dass auf Ausnahmesituationen angemessen reagiert werden kann.

Ein Blick auf die Betriebsergebnisse der Betriebsrechnungen (Grafik G2) zeigt, dass diese in den letzten neun Jahren sehr stabil ausgefallen sind. Das Betriebsergebnis ist jener Betrag, den der Versicherer netto als Entschädigung für die Bereitstellung des Solvenzkapitals für sich

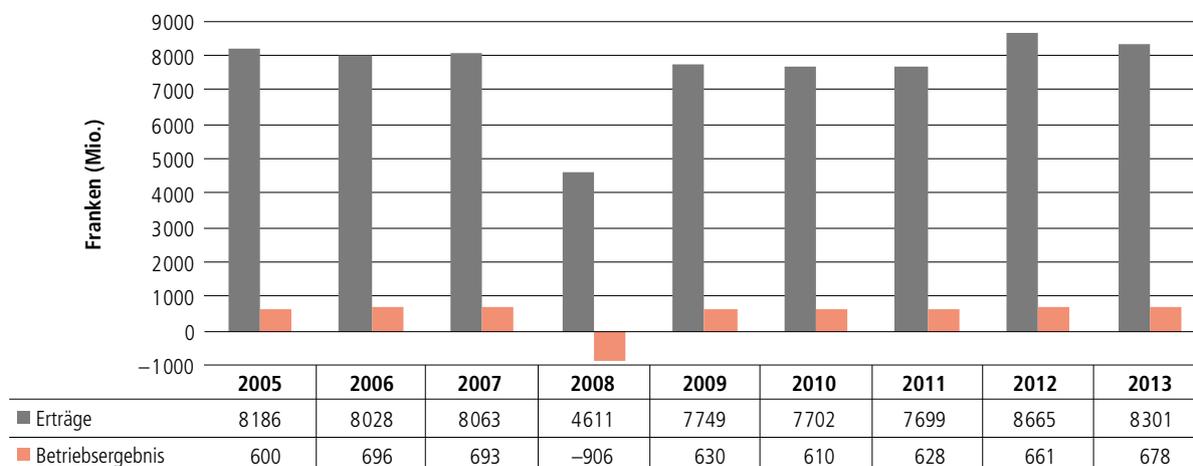
2 Online: www.finma.ch

3 Schmeiser, Hato, *Zur Mindestquote der Lebensversicherer im Bereich der 2. Säule*. Gutachten im Auftrag des eidgenössischen Finanzdepartements, [St. Gallen 2014], sowie Keller, Jürg, *Bestimmung der Mindestquote der Lebensversicherer in der beruflichen Vorsorge*, [Winterthur 2014]; beide unter: www.bsv.admin.ch → Dokumentation → Publikationen → Studien, Gutachten, ... → Alters- und Hinterlassenenvorsorge

4 Vgl. dazu Brügger, Christelle und Lara Fretz, «Überblick», in der vorliegenden *Sozialen Sicherheit CHSS*

Erträge und Betriebsergebnisse

G2



Datenquelle: Offenlegung der Betriebsrechnung (Finma)

beanspruchen kann. Netto bedeutet in diesem Zusammenhang nach Abgeltung von Abschluss-, Betriebs- und Verwaltungskosten, die über Kostenprämien finanziert werden. Im Gutachten Keller werden die Verwaltungskosten pro aktiven Versicherten auf 425 bis 681 Franken geschätzt, wobei die Versicherer interne Kosten (Vollkosten) verrechnen können. Der Kostenprozess ist bei einigen Versicherern seit Längerem defizitär und damit Teil der Quersubventionierungsproblematik, die im folgenden Kapitel zu den Risikoprämien thematisiert wird.

Mit einer Erhöhung der Mindestquote wird das Betriebsergebnis tendenziell etwas reduziert. Die Stabilität der Ergebnisse vorausgesetzt, dürfte dies verkraftbar sein, wie es auch das Gutachten Keller nahelegt. Als Gegenargument wird oft der Einbruch des Betriebsergebnisses im Jahr 2008 bzw. die Verlustbeteiligung der Versicherer herangezogen. Auf den ersten Blick einleuchtend, ist es aber nur auf aggregierter Ebene korrekt. AXA, Allianz, Zürich, Basler, Nationale und Helvetia haben 2008 alle ein positives Betriebsergebnis ausgewiesen. Die AXA mit einem Plus von 151 Mio. Franken. Der Verlust von 906 Mio. in der Gesamtbetrachtung ist faktisch ausschliesslich durch den Verlust von 1 083 Mio. bei der Swiss Life begründet.⁵

Methoden zur Bestimmung der Mindestquote

Die Aufsichtsverordnung (AVO) nennt mit der ergebnis- und ertragsbasierten zwei mögliche Methoden zur Ermittlung der Mindestquote. Bei der Ersteren setzt die Mindestquote am Ergebnis an, also dem Gesamtertrag vermindert um den Gesamtaufwand. Die Versicherten würden 90 Prozent vom Ergebnis bzw. Gewinn erhalten, die Versicherer 10. Dieser Ansatz käme dann zur Anwendung, wenn zum einen die Vermögensrendite hoch wäre (6% des Deckungskapitals) und gleichzeitig der Mindest-

zinsatz tief (zwei Drittel oder weniger der Vermögensrendite). Solche Bedingungen waren bisher noch nie erfüllt und das dürfte angesichts des historisch tiefen Zinsniveaus auf absehbare Zeit auch so bleiben. Für den Regelfall gibt die AVO die ertragsbasierte Methode vor. Ertragsbasiert heisst, dass die Bemessungsgrundlage für die Mindestquote der Gesamtertrag ist, also die Summe aus Ertrag im Sparprozess (Nettovermögenserträge), Risikoprozess (Risikoprämien) und Kostenprozess (Kostenprämien). Wenn der Gesamtaufwand 90 Prozent des Gesamtertrags oder weniger ausmacht, kann der Versicherer demzufolge maximal 10 Prozent davon für sich beanspruchen. Sein Anspruch verringert sich entsprechend, wenn der Gesamtaufwand 90 Prozent übersteigt.

Die parlamentarischen Beratungen zur Revision des LeVG beziehungsweise der ersten BVG-Revision waren geprägt von der sogenannten Rentenklau-Debatte. Vor diesem Hintergrund waren auch die Verordnungsbestimmungen zur Ermittlung der Mindestquote, mit denen der Bundesrat die ertragsbasierte Methode als Regelfall und die ergebnisbasierte Methode als Ausnahmefall gewählt hat, seit ihrem Inkrafttreten politisch umstritten. Die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates hat sich in der Folge dieser Thematik angenommen und die Entstehung der Mindestquotenregelung eingehend untersucht.⁶ Sie stellte fest, dass kein klar formulierter Wille des Gesetzgebers in Bezug auf die Methode zur Ermittlung der Mindestquote zu finden sei. In beiden Räten seien die

⁵ Verluste ausgewiesen haben auch Generali (–48 Mio. Franken), Mobiliar (–12 Mio.) und Pax (–23 Mio.).

⁶ Untersuchung zur Berechnungsgrundlage der Legal Quote. Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates vom 23. November 2007: www.parlament.ch → Dokumentation → Berichte der Aufsichtskommissionen → Geschäftsprüfungskommission GPK → Berichte 2007

Diskussionen primär um die Frage gekreist, ob überhaupt eine Mindestquote im Gesetz verankert werden sollte. Die Ermittlungsgrundlage sei allenfalls am Rande angesprochen worden. Es liege in der Kompetenz des Gesetzgebers, allfällige gesetzliche Veränderungen in Bezug auf die Berechnungsgrundlage der Mindestquote vorzunehmen. Der Bundesrat betonte in seiner Stellungnahme, dass der Aufbau und die Verzinsung des Solvenzkapitals sichergestellt sein müssten.⁷ Eine Änderung des Systems der Mindestquote, weder im Sinne einer Lockerung noch einer Verschärfung, erachte er so lange nicht als vertretbar, als mangels Erfahrung mit den Regelungen deren Auswirkungen nicht analysiert und ein allfälliges Verbesserungspotenzial nicht bestimmt werden könne.

Im Rahmen der Reform der Altersvorsorge 2020 hat der Bundesrat das Thema Mindestquote nun erneut aufgegriffen und die bereits erwähnte Erhöhung vorgeschlagen. In der Frage der Ermittlungsmethode, die weiterhin auf Verordnungsstufe geregelt werden soll, hält er aber an der ertragsbasierten Methode fest. Keine der beiden Studien hat eine Abkehr von der ertragsbasierten Methode nahegelegt. Mit der ertragsbasierten Methode konnten seit rund zehn Jahren Erfahrungen gesammelt werden. Bei einem Wechsel würde die Diskussion um die Höhe der Quote wieder bei Null beginnen, die bereits gesammelten empirischen Erfahrungen wären hinfällig. Das würde neue Unsicherheiten schaffen, die es zu vermeiden gelte. Inwieweit und für wen ein Wechsel zur ergebnisbasierten Methode einen Nutzen darstellen würde, ist ebenfalls fraglich. In Bezug auf die Transparenz jedenfalls gibt es keinen, im Gegenteil. Die ertragsbasierte Methode ist relativ einfach zu handhaben. Hinsichtlich Partizipation der Versicherten ist ebenfalls kein Nutzen eines Methodenwechsels ersichtlich, da ein Mittelfluss genauso gut mit einer ergebnis- wie mit einer ertragsbasierten Quote abgebildet werden kann. Wichtig ist also vor allem die Quote, nicht die Methode. Letztlich ist es unerheblich, ob der Versicherer 10 Prozent von 100 Franken oder 1 Prozent von 1 000 Franken für sich beanspruchen kann. Auch hinsichtlich allfälliger Anreizprobleme ist die ergebnisbasierte Methode der ertragsbasierten nicht überlegen. Der Versicherer ist, unabhängig von der Methode, immer an einem möglichst hohen Ertrag interessiert, unabhängig davon ob dieser durch Wettbewerb oder Regulierung begrenzt wird. Deshalb möchte der Bundesrat nicht nur die Mindestquote erhöhen, sondern auch mit verschärften Bestimmungen gegen den möglichen Missbrauch von Prämien in Zusammenhang mit dem Todesfall- und Invaliditätsrisiko vorgehen.

⁷ Untersuchung zur Berechnungsgrundlage der Legal Quote, Bericht vom 23. November 2007 der Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates, Stellungnahme des Bundesrates, 7.3.2008: www.news.admin.ch → Dokumentation → Medienmitteilungen → 7.3.2008 → Berechnungsgrundlage der Legal Quote: Bundesrat nimmt Stellung zu GPK-Bericht

Risikoprämien

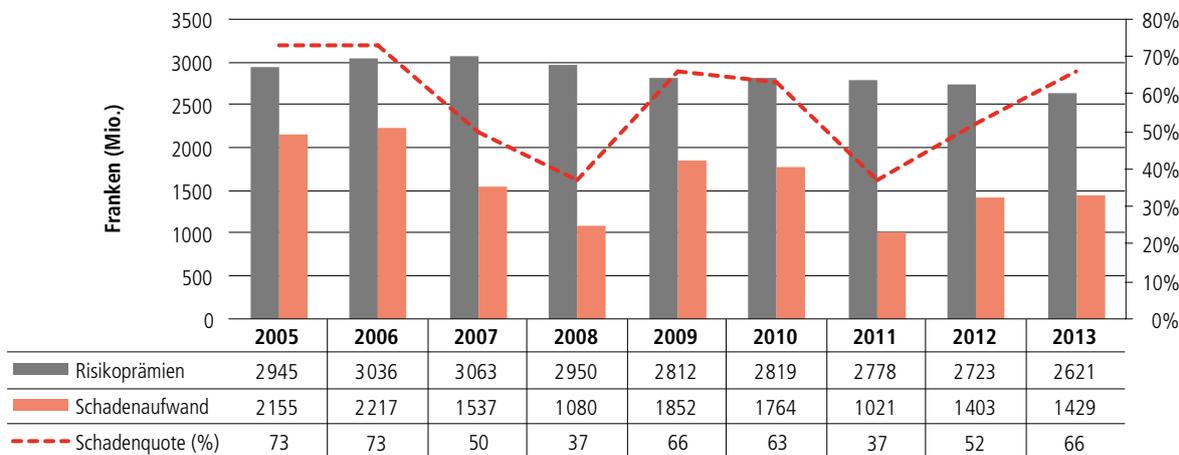
Die Berechnung der Risikoprämien bezeichnet man in der Fachsprache als Tarifierung. Dabei hat der Versicherer die Tarife im Geschäftsplan auszuweisen, der von der Finma geprüft wird. Die Lebensversicherer verwenden für die Tarifierung sowohl Daten aus ihren eigenen Beständen als auch Gemeinschaftsmessungen. Die Tarifierung darf nicht alleine auf Erwartungswerten beruhen, sondern muss auch möglichen Schwankungen Rechnung tragen: Für die Risiken Tod und Invalidität sind Zuschläge für das Schwankungs- und Irrtumsrisiko einzurechnen. Zudem müssen allfällige Trends in geeigneter Weise berücksichtigt werden. Die Finma prüft im Genehmigungsverfahren, ob sich die vorgesehenen Prämien in einem Rahmen halten, der sowohl die Solvenz der einzelnen Versicherer als auch den Schutz der Versicherten vor Missbrauch gewährleistet. Im Missbrauchsfall wäre die Finma von Gesetzes wegen verpflichtet, die Versicherungsnehmer entsprechend zu schützen. Die Definition von Missbrauch findet sich in der AVO. Als Missbrauch gelten demnach Benachteiligungen von Versicherungsnehmern, wenn sie sich wiederholen oder einen breiten Personenkreis betreffen. Auch die Benachteiligung eines Versicherungsnehmers durch eine unbegründete Ungleichbehandlung wird dem Missbrauch zugeordnet.

Um die Versicherten besser zu schützen, schlägt der Bundesrat im Rahmen der Reform Altersvorsorge 2020 eine Präzisierung des Missbrauchstatbestandes auf Gesetzesstufe vor. Missbräuchlich wären Tarife insbesondere dann, wenn die daraus resultierenden Prämien den Schaden, der aufgrund der Schadenstatistik erwartet wird, um mehr als 100 Prozent übersteigen. Damit bleibt die Tarifautonomie der Versicherer zwar erhalten, gleichzeitig wird aber eine konkrete und transparente Schranke gesetzt. Das heisst jedoch nicht, dass jede Risikoprämie unterhalb dieser Vorgabe per se zulässig ist. In begründeten Fällen kann die Finma auch hier Prämien als überhöht einstufen. Es gilt in diesem Kontext zu berücksichtigen, dass überhöhte Risikoprämien nicht nur nachhaltig das Vertrauen in die berufliche Vorsorge als Ganzes beschädigen, sondern sich auch volkswirtschaftlich ungünstig auswirken. Natürlich fliesst ein Teil überhöhter Prämien im Rahmen der Überschussbeteiligung an die Versicherten zurück. Dennoch ist es wertvoller, wenn die angeschlossenen KMU die entsprechenden Mittel produktiv einsetzen und die Versicherten über höhere Nettolöhne verfügen.

Der Risikoprozess hat in den letzten neun Jahren regelmässig Überschüsse von weit mehr als einer Mrd. Franken pro Jahr generiert. Einen Teil davon verwenden die Versicherer für die Verrechnung mit dem Sparprozess und dem noch immer häufig defizitären Kostenprozess, ein weiterer wird nach der geltenden Überschussregelung zwischen Versicherern und Versicherten aufgeteilt. Hier setzen zwei weitere wichtige Reformpunkte an, die im Folgenden kurz dargelegt werden.

Risikoprozess der Betriebsrechnung

G3



Datenquelle: Offenlegung der Betriebsrechnung (Finma)

Die einzelnen Prozesse, also der Spar-, Risiko- und Kostenprozess, sollten grundsätzlich jeder für sich genommen ausgeglichen sein. Die ökonomischen und demografischen Entwicklungen der letzten Jahre haben jedoch im Sparprozess lange zu einem strukturellen Defizit geführt. Das heisst, dass die Lebensversicherer genau wie die autonomen Pensionskassen mit nicht unerheblichen Rentenumwandlungsverlusten konfrontiert sind. Wie oben erwähnt, wird dieses Defizit auch mit Überschüssen aus dem Risikoprozess finanziert. Diese Quersubventionierung ist jedoch äusserst intransparent, was den Bundesrat dazu veranlasst hat, die Einführung einer neuen Prämienart anzuregen, mit welcher der Rückstellungsbedarf für die Rentenumwandlung transparent finanziert bzw. tarifiert werden muss. Durch die gleichzeitig vorgeschlagene Senkung des BVG-Mindestumwandlungssatzes wird der künftige Rückstellungsbedarf reduziert, sodass die neue Prämienart mittel- bis langfristig an Bedeutung verlieren dürfte. In der Übergangsphase reduziert sie jedoch erheblich den Druck auf den Risikoprozess.

Schliesslich schlägt der Bundesrat eine Gesetzesanpassung vor, mit der intransparente Umverteilungen innerhalb des Versichertenbestandes aufgrund ungleicher Kriterien und Gewichtungen bei der Prämienberechnung und der Überschusszuteilung künftig verhindert werden sollen. Angesichts der hohen Überschüsse, die nicht nur im Risikoprozess generiert werden, ist eine solche Regelung zentral. Die Überschüsse sollen jenen zufließen, die diese durch ihre Prämienzahlung vorfinanziert haben. Andernfalls werden Überschüsse intransparent und willkürlich umverteilt, denn Abschläge wie Zuschläge können erheblich vom tatsächlichen

Schadenverlauf abweichen. Einzelne Risikoklassen würden dann gegenüber anderen bevorzugt oder benachteiligt, indem sie relativ zur Überschusszuteilung zu tiefe oder zu hohe Prämien entrichten.

Die vorangehend beschriebenen Massnahmen sind Teil einer umfassenden Reform der Altersvorsorge, die alle Anspruchsgruppen im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die Reform einbindet. Nur ein solcher Ansatz schafft die nötige Ausgewogenheit, die es ermöglicht, politische Mehrheiten zu schmieden. Zu diesen Anspruchsgruppen gehören auch die Lebensversicherer beziehungsweise ihre Anteilseigner. Während das Zinsniveau und damit die zu erwartenden Leistungen zugunsten der Versicherten im letzten Jahrzehnt kontinuierlich gesunken sind, sind die Betriebsergebnisse der Lebensversicherer (vgl. Grafik G2) sehr stabil geblieben. Die entsprechende Rendite ist also relativ zum allgemeinen Zinsniveau tendenziell gestiegen, gleichzeitig haben aber auch die Kapitalanforderungen an die Lebensversicherer zugenommen. Zusammenfassend lässt sich deshalb festhalten, dass der Bundesrat mit der moderaten Erhöhung der Mindestquote und den Massnahmen in Bezug auf die Risikoprämien eine ausgewogene Lösung vorschlägt, mit der sich auch die Lebensversicherer in angemessener Art und Weise in die Sicherung der Altersvorsorge einbinden lassen.

Philipp Rohrbach, Msc Economics, wissenschaftlicher Mitarbeiter
Bereich Finanzierung Berufliche Vorsorge,
Geschäftsfeld AHV, Berufliche Vorsorge und EL, BSV
E-Mail: philipp.rohrbach@bsv.admin.ch

Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe?

Armut und Arbeitslosigkeit machen krank. Es erstaunt deshalb nicht, dass Personen in der Sozialhilfe (SH) überdurchschnittliche Gesundheitskosten verursachen. Eine Studie des Sozialamts der Stadt Bern und von Helsana zeigt, dass Helsana-Versicherte, die in der Stadt Bern Sozialhilfe beziehen, deutlich häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als die nicht unterstützte Vergleichsgruppe. Dementsprechend höher sind die Inanspruchnahme ambulanter Angebote und die Hospitalisierungsrate.



Felix Wolffers
Sozialamt Stadt Bern



Oliver Reich
Helsana

Eine gute Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für die Arbeits- und Selbstsorgefähigkeit und damit für die erfolgreiche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt. Gesundheitliche Probleme sind oft eine wichtige Ursache für den Bezug von Sozialhilfe. Dementsprechend haben Gesundheitsfragen für die Sozialhilfe einen

hohen Stellenwert. Erstaunlicherweise gibt es aber in der Schweiz fast keine empirisch gesicherten Daten zur Gesundheitssituation von unterstützten Personen. Bereits 2011 stellte das Sozialamt der Stadt Bern in einer Untersuchung fest, dass die Gesundheitskosten in der Sozialhilfe höher waren als in der städtischen Gesamtbevölkerung.¹ Ab dem 18. Altersjahr lagen die Gesundheitskosten sowohl bei Frauen als auch bei Männern in der Sozialhilfe im Durchschnitt deutlich über den Werten der nicht unterstützten Personen. Wegen fehlender Daten konnten jedoch die Gründe für die Kostenunterschiede nicht geklärt werden. In einer Folgestudie² haben das Sozialamt der Stadt Bern und Helsana deshalb schweiz-

weit erstmalig untersucht, welche chronischen Krankheiten bei Personen in der Sozialhilfe besonders häufig vorkommen und welche medizinischen Leistungen überdurchschnittlich beansprucht werden.

Die Untersuchung basiert auf den Daten von 391 Personen unter 65 Jahren, welche 2012 vom Sozialamt der Stadt Bern unterstützt wurden und bei der Helsana grundversichert waren. Ihre Angaben wurden vollumfänglich anonymisiert und mit den Daten der restlichen 13 101 Personen unter 65 Jahren verglichen, welche 2012 ebenfalls in der Stadt Bern lebten und bei der Helsana grundversichert waren. Die Studienergebnisse lassen Rückschlüsse auf die Stadt Bern zu. Weil von der Sozialhilfe unterstützte Personen in den grösseren Schweizer Städten in Bezug auf Alter, Ausbildung, Familiensituation, Nationalität und Unterstützungsdauer aber eine hohe Übereinstimmung aufweisen,³ dürften die Ergebnisse zumindest in den urbanen Räumen der ganzen Schweiz Geltung haben. Ob die Verhältnisse auch auf ländliche Regionen übertragbar sind, ist offen und müsste in weiteren Studien untersucht werden.

Psychische Erkrankungen besonders häufig

Unter allen Personen, die 2012 in der Stadt Bern bei Helsana grundversichert waren, untersucht die Studie die Verteilung ausgewählter chronischer Krankheiten. Dabei zeigen sich zwischen den beiden Vergleichsgruppen grosse Unterschiede bereits bei der Anfälligkeit auf chronische Krankheiten. Während bei den Versicherten, die keine SH erhalten, rund die Hälfte (50,1%) mindestens eine chronische Erkrankung hat, sind es

1 Vgl. Wolffers, Felix, «Hohe Gesundheitskosten als Herausforderung für die Sozialhilfe», in *Soziale Sicherheit CHSS* 3/2012, S. 164–167

2 Reich, Oliver et al., «Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012: Evidence From Switzerland», in *Global Journal of Health Science* Vol. 7, No. 4, 2015, S. 1–11

3 Vgl. hier die Kennzahlenberichte der Städteinitiative Sozialpolitik (www.staedteinitiative.ch → Kennzahlen Sozialhilfe → Kennzahlenbericht aktuell)

Grundversicherte von Helsana unter 65 Jahren in der Stadt Bern⁴ und ihre Verteilung nach SH-Bezug 2012

T1

Grundversicherte	Mit SH	Anteil an allen Grundversicherten	Ohne SH	Anteil an allen Grundversicherten
13 492	391	2,9%	13 101	97,1%

Quelle: Lit. Reich et al.

Anteil Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit und durchschnittliche Anzahl chronischer Erkrankungen 2012

T2

	Grundversicherte	Mit SH	Ohne SH
Anzahl n	13 492	391	13 101
Anteil Personen mit mind. einer chronischen Erkrankung	50,6%	66,8%	50,1%
Durchschnittliche Anzahl chronischer Erkrankungen	2,5	3,0	2,4

Quelle: Lit. Reich et al.

bei den von der SH unterstützten zwei Drittel (66,8%). Erstere weisen im Schnitt 2,4 chronische Erkrankungen auf, während es bei der unterstützten Vergleichsgruppe deren drei sind (vgl. Tabelle T2).

Bei verschiedenen chronischen Erkrankungen (vgl. Tabelle T3) zeigt die Gruppe mit SH signifikant höhere Werte als jene, die keine Unterstützung erhält. Der anteilmässig grösste Unterschied besteht bei den Schmerzen, an welchen 39,9 Prozent der unterstützten Personen gegenüber 21,7 Prozent der nicht unterstützten leiden. Besonders verbreitet sind mit einem Anteil von 45,3 Prozent bei den Unterstützten auch rheumatische Erkrankungen, welche in der Vergleichsgruppe bei 28,5 Prozent aller Personen vorkommen. Ein Viertel der unterstützten Personen (25,3%) leidet unter Magenproblemen, unter den restlichen Helsana-Versicherten ist es nur jede siebte (14,7%). 25,1 Prozent der Personen in der Sozialhilfe müssen 2012 wegen psychischer Erkrankungen medikamentös behandelt werden, während ihr Anteil bei den nicht unterstützten Personen 13,3 Prozent beträgt. Signifikant höhere Krankheitsraten bei unterstützten Personen zeigen sich u.a. auch bei Nieren-, Darm- und Atemwegserkrankungen.

Bei anderen Krankheiten wiederum zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen. So liegt das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Sozialhilfe mit 14,6 Prozent nur unwesentlich über den 12,4 Prozent

Anteile chronischer Erkrankungen in den Vergleichsgruppen

T3

Chronische Krankheit nach PCG	Grundversicherte	Mit SH	Ohne SH
	13 492	391	13 101
<i>Säurebedingte Erkrankungen/Magenprobleme</i>	15%	25,3%	14,7%
Knochenerkrankungen	6%	1%	0,6%
Krebs	9%	1,3%	0,8%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	12,4%	14,6%	12,4%
Demenz	8%	5%	0,8%
Diabetes mellitus	2,7%	3,6%	2,6%
Epilepsie	2,1%	5,1%	2%
Glaukom	0,9%	0,8%	0,9%
Nierenerkrankungen	0,6%	1%	0,5%
HIV	0,4%	0,5%	0,4%
Hyperlipidämie	5,4%	6,4%	5,4%
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	0,4%	0,8%	0,4%
Eisenmangel, Anämie	3,6%	5,1%	3,5%
Migräne	1,1%	1,5%	1,1%
<i>Schmerzen</i>	22,2%	39,9%	21,7%
Parkinson	0,2%	0,5%	0,2%
<i>Psychische Störungen</i>	13,7%	25,1%	13,3%
Psychosen	2,4%	9%	2,2%
Atemwegserkrankungen	7,3%	10%	7,2%
<i>Rheumatische Erkrankungen</i>	29%	45,3%	28,5%
Schilddrüsenerkrankungen	3%	1,5%	3%
Tuberkulose	0,1%	0%	0,1%

PCG: Pharmaceutical Cost Groups; kursiv: statistisch signifikante Anteilsunterschiede
Quelle: Lit. Reich et al.

⁴ Im weiteren Text bezeichnet als Grundversicherte, Gesamtheit der Versicherten oder Grundgesamtheit.

nicht unterstützter Personen. Bei HIV sind die Werte der Erkrankten fast gleich gross: 0,5 Prozent bei den Sozialhilfebezüglern gegenüber 0,4 Prozent in der anderen Vergleichsgruppe. Dieses Ergebnis ist angesichts der in der Sozialhilfe relativ häufig unterstützten Personen mit Suchtproblemen eher überraschend und deutet darauf hin, dass die verschiedenen Massnahmen zur AIDS-Prävention und die kontrollierte Abgabe von Suchtmitteln erfolgreich sind.

Hohe Hospitalisierungsrate in der Sozialhilfe

Die durchschnittlichen Gesundheitskosten der Personen in der Sozialhilfe liegen mit 5596 Franken pro Jahr deutlich über denjenigen der nicht Unterstützten, welche Kosten von durchschnittlich 2768 Franken aufweisen (vgl. Tabelle T4). Sowohl bei den ambulanten Behandlungen

als auch bei den stationären Spitalaufenthalten und den Medikamenten kommen Erstere die Prämienzahlenden deutlich teurer zu stehen. Zu beachten ist jedoch, dass Personen in der Sozialhilfe weitaus häufiger mit einer Minimalfranchise versichert sind als nicht unterstützte Personen, die öfters höhere Franchisen wählen. Weil bei höheren Franchisen vorweg ein Teil der Kosten von den Versicherten selbst getragen wird, er bei den Kostenberechnungen aber nicht berücksichtigt wurde, sind die effektiven Kostenunterschiede geringer als es die Zahlen in Tabelle T4 nahelegen, aber dennoch statistisch signifikant.

Auffallend sind die Unterschiede bei den stationären Behandlungen: Bei unterstützten Personen müssen pro Jahr durchschnittlich 2037 Franken für Spitalaufenthalte aufgewendet werden, bei den nicht unterstützten lediglich 656 Franken. Sozialhilfeempfänger weisen eine fast doppelt so hohe Hospitalisierungsrate auf als

die übrige, nicht unterstützte Bevölkerung und verweilen im Durchschnitt 9,3 Tage in einem Akutspital (übrige: 7,4 Tage). Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede bei den stationären psychiatrischen Behandlungen. Die Wahrscheinlichkeit eines Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik ist für unterstützte Personen mehr als siebenmal grösser als bei nicht unterstützten: 36 Prozent (gegenüber 10% in der Vergleichsgruppe) aller stationären Behandlungen erfolgen in der Psychiatrie.

Auch im Bereich der ambulanten Behandlungen liegen die Zahlen sowohl der Konsultationen bei einem ärztlichen Grundversorger wie auch der Behandlungen bei Spezialärzten bei Personen in der Sozialhilfe höher als in der Vergleichsgruppe. Dieselbe Tendenz zeigt sich auch bei den Medikamenten mit 9,1 Verschreibungen bei Personen in der Sozialhilfe und 6,7 Verschreibungen bei den nicht Unterstützten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Sozialhilfeempfänger verglichen mit den nicht unterstützten Personen im Durchschnitt deutlich mehr Konsultationen bei Ärzten ausweisen, deutlich mehr verschiedene Wirkstoffe beziehen und eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit haben, hospitalisiert zu werden. Dies auch, wenn der Effekt der Patientenselektion herausgefiltert wird, indem Merkmalsunterschiede zwischen den beiden Gruppen bei Alter, Geschlecht, Franchisenklasse usw. statistisch kontrolliert werden.

Gesundheitskosten von Sozialhilfebezüglern steigen im jungen Erwachsenenalter deutlich

Die Studie bestätigt frühere Erhebungen des Sozialamts der Stadt Bern, wonach beide Geschlechter in der Sozialhilfe deutlich höhere Krankheitskosten haben als nicht unterstützte Personen. Gemäss der neuen Studie liegen die Bruttokosten für unterstützte Männer bei 5600 Fran-

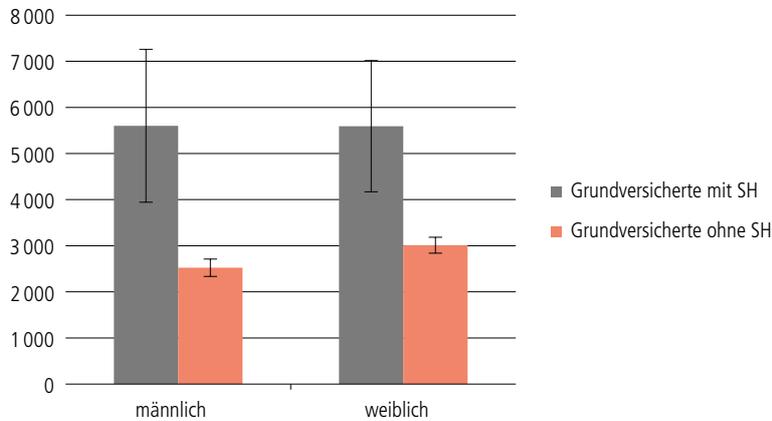
Kosten und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

T4

Kosten (Durchschnitt, in Franken)	Grundversicherte	Mit SH	Ohne SH
Gesundheitskosten	2850,4	5596,1	2768,4
Ambulante Kosten	2129,6	3527,5	2087,9
Stationäre Kosten	696,6	2037,7	656,5
Medikamentenkosten	628,0	1005,9	616,7
Inanspruchnahme (Durchschnitt über alle Personen mit mind. einem Wert in der entsprechenden Kategorie; Anteile der Personen mit Werten)	Grundversicherte	Mit SH	Ohne SH
Besuche bei Grundversorger/in	5,2	6,3	5,1
<i>Anteil Personen mit Werten</i>	47%	59,6%	46,6%
Besuche bei Spezialist/in	6,7	8,7	6,6
<i>Anteil Personen mit Werten</i>	48,7%	52,9%	48,6%
Spitaltage akut	7,5	9,3	7,4
<i>Anteil Personen mit Werten</i>	8,9%	12,8%	7,7%
Spitaltage Psychiatrie	69,8	70,8	69,3
<i>Anteil Personen mit Werten</i>	1%	6,4%	0,9%
Anzahl verschiedener ATC	6,8	9,1	6,7
<i>Anteil Personen mit Werten</i>	65,5%	78,5%	65,1%

ATC: Medikament-Wirkstoff nach Anatomical Therapeutic Classification
Quelle: Lit. Reich et al.

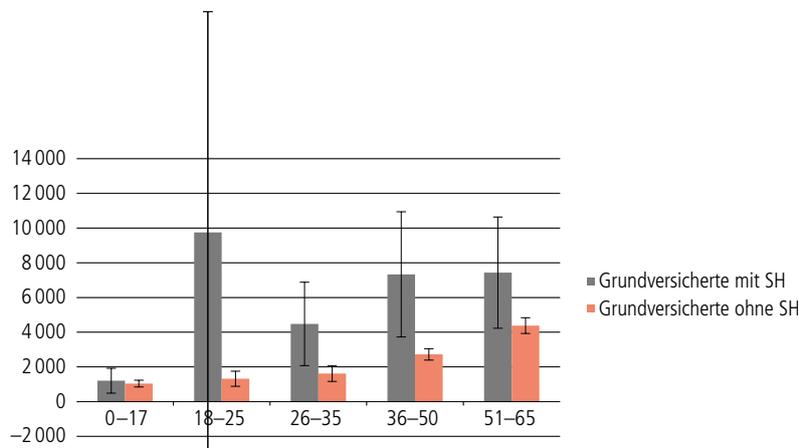
Bruttoleistungen in der obligatorischen Krankenversicherung 2012 (Franken/Jahr) G1



Quelle: Lit. Reich et al.

ken pro Jahr, bei der Gesamtheit der beobachteten männlichen Versicherten ohne Sozialhilfe hingegen lediglich bei 2.522 Franken (vgl. Grafik G1). Ähnlich gross sind die Unterschiede beim anderen Geschlecht: Unterstützte Frauen weisen durchschnittliche Kosten von 5.592 Franken auf, während alle übrigen weiblichen Versicherten die Helsana im Jahresschnitt 3.011 Franken kosten. Im Gegensatz zu den gängigen Durchschnittskosten der Geschlechter, die für Frauen in der Regel höher ausfallen, sind die Aufwendungen für Männer in der Sozialhilfe leicht höher als für Frauen. Der Geschlechtsunterschied wird jedoch statistisch nicht signifikant, wenn man für die Patientenunterschiede zwischen den beiden Gruppen kontrolliert.

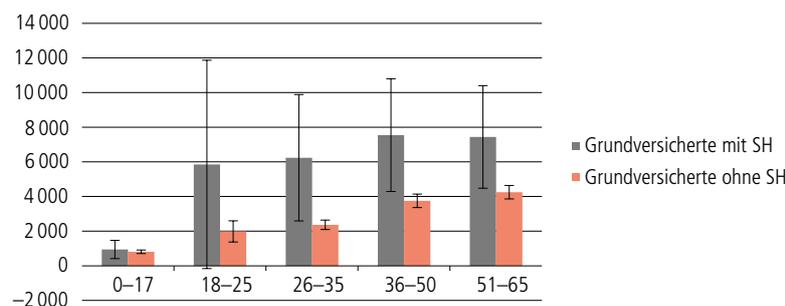
Bruttoleistungen nach Alter bei den Männern (Aufwendungen 2012 in Franken/Jahr) G2



Quelle: Lit. Reich et al.

Werden die Gesundheitskosten von Männern in der Sozialhilfe zusätzlich nach Altersgruppen aufgeschlüsselt, bestehen die grössten Unterschiede bei den jungen Männern (vgl. Grafik G2). Während männliche Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre in der Sozialhilfe kaum überdurchschnittliche Kosten verursachen, steigen diese bei den 18- bis 25-Jährigen im Gegensatz zur Vergleichsgruppe sprunghaft an. Auch wenn die Zahlen für diese Altersgruppe aus statistischen Gründen nur bedingt aussagekräftig sind, folgen sie dem bereits festgestellten Trend überdurchschnittlicher Krankheitskosten von Sozialhilfeempfängern. Die Unterschiede verringern sich zwar mit zunehmendem Alter, bleiben aber durch alle untersuchten Altersgruppen hindurch bestehen.

Bruttoleistungen nach Alter bei den Frauen (Aufwendungen 2012 in Franken/Jahr) G3



Quelle: Lit. Reich et al.

Auch bei den Mädchen und jungen Frauen sind die Unterschiede zwischen unterstützten und nicht unterstützten Personen nur gering (vgl. Grafik G3). Ab der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen ergeben sich bei den Sozialhilfebezügerinnen analog zu den gleichaltrigen Männern dann jedoch deutlich überdurchschnittliche Krankheitskosten. Auch bei den Frauen nehmen die Differenzen mit zunehmendem Alter zwar ab, bleiben aber dennoch erheblich.

Unterschiede in der Versicherungsdeckung

Untersucht wurde weiter, wie die unterstützten Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit versichert sind. 60,6 Prozent der Personen in der Sozialhilfe wählen die ordentliche Franchise von 300 Franken, während es bei der Gesamtheit der Versicherten lediglich 33 Prozent sind. Erwartungsgemäss und im Einklang mit den Vorgaben des Sozialamts der Stadt Bern entscheiden sich unterstützte Personen nur sehr selten (2,3%) für die maximale Franchise von 2500 Franken, wohingegen sich 21,3 Prozent der Grundversicherten auf die Maximalfranchise festlegen. Auch der Anteil der Spitalzusatzversicherungen widerspiegelt die begrenzte finanzielle Leistungsfähigkeit der unterstützten Personen: Lediglich 1 Prozent ist halbprivat oder privat versichert, wohingegen bei der Gesamtheit der Versicherten 10,1 Prozent eine Spitalzusatzversicherung haben. Auffallend ist der relativ geringe Anteil von Personen in der Sozialhilfe, die sich mit 34,8 Prozent gegenüber 59,9 Prozent der Grundgesamtheit für ein Managed-Care-Modell entscheiden.

Studie

Reich, Oliver et al., «Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012: Evidence From Switzerland», in *Global Journal of Health Science* Vol. 7, No. 4, 2015, S. 1–11

Schlussfolgerungen

Die Studie zeigt, dass Personen in der Sozialhilfe sowohl ambulant als auch stationär häufiger medizinische Leistungen beanspruchen und demzufolge in der obligatorischen Krankenversicherung auch höhere Kosten verursachen als nicht unterstützte Personen. Wichtige Ursachen für die häufigeren Behandlungen sind vor allem Schmerzen, rheumatische und psychische Erkrankungen sowie Magen-Darm-Krankheiten. Besonders auffällig sind die hohen Werte psychischer Erkrankungen.

Die Studie kann zwar die deutlich überdurchschnittlichen Gesundheitskosten von Personen in der Sozialhilfe nachweisen. Es liess sich damit aber nicht untersuchen, welchen Einfluss der Sozialhilfebezug auf die Gesundheit hat. Viele unterstützte Personen haben bereits beim Eintritt in die Sozialhilfe vielfach eine lange Phase der Arbeitslosigkeit und der beruflichen Desintegration hinter sich und kämpfen oft schon zuvor mit einer ganzen Reihe von persönlichen, familiären und finanziellen Schwierigkeiten. Folglich ist zu vermuten, dass viele bereits beim Eintritt in die Sozialhilfe mit erheblichen gesundheitlichen Problemen konfrontiert sind. Ob und wie die Tatsache des Sozialhilfebezugs diese noch verschärft, müsste in vertiefenden Langzeitstudien untersucht werden. Zu vermuten ist, dass eine Wechselwirkung zwischen schlechter sozialer Situation, fehlender beruflicher Integration und angeschlagener Gesundheit vorliegt, welcher im Verlauf der Zeit zu einer gesundheitlichen Abwärtsspirale führt.

Aus sozialpolitischer Sicht kann aus der Studie der Schluss gezogen werden,

dass in der Schweiz keine Unterversorgung von Bedürftigen mit medizinischen Dienstleistungen erkennbar ist. Dies gilt zumindest für die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung, wo sogar ein überdurchschnittlicher Bezug medizinischer Dienstleistungen nachgewiesen wird.

Aus einer gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Perspektive stellt sich die Frage, ob und wie die hohen Gesundheitskosten in der Sozialhilfe reduziert werden könnten. Angesichts der überdurchschnittlich vertretenen chronischen Erkrankungen und dem grossen Anteil psychischer Probleme bei unterstützten Personen scheinen klassische Gesundheitspräventionsmassnahmen zu kurz zu greifen. Vielversprechender dürfte der gezielte Ausbau der Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachpersonen und den sozialen Diensten im Sinne eines Case-Managements sein. Zu prüfen ist auch, ob der Anteil der Managed-Care-Versicherungen in der Sozialhilfe beispielsweise mit Anreizen erhöht werden könnte. Damit weitere Massnahmen zur Stabilisierung und Verbesserung der Gesundheit von unterstützten Personen auf gesicherten wissenschaftlichen Grundlagen konzipiert und realisiert werden können, braucht es weitere und vertiefende Studien in diesem Bereich.

Dr. iur. Felix Wolfers,
Leiter Sozialamt Stadt Bern
E-Mail: felix.wolfers@bern.ch

Dr. Oliver Reich, Leiter Gesundheitswissenschaften, Helsana
E-Mail: oliver.reich@helsana.ch

Weiterentwicklung der IV – Lancierung eines neuen Reformprojekts

Der Bundesrat hat am 25. Februar 2015 eine Reform zur Weiterentwicklung der IV lanciert. Wozu schon wieder eine neue Revision, wo doch die Vorlage 1 der IV-Revision 6b vor nicht allzu langer Zeit gescheitert ist? Welche Ziele hat die neue Revision?



Patrick Cudré-Maroux
Bundesamt für Sozialversicherungen

Zuerst etwas Geschichte ...

Seit dem Jahr 2004 wurde die Invalidenversicherung (IV) dreimal revidiert. Die 4. IV-Revision ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Sie umfasste Massnahmen wie die Einführung der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) und der Dreiviertelrente, die Leistungsausweitung im Bereich der beruflichen Weiterbildung, den Ausbau der Arbeitsvermittlung sowie die Erhöhung der Hilflosenentschädigung für Personen, die Zu Hause und nicht im Heim wohnen. Im Gegenzug wurden die Zusatzrente für Ehepartnerinnen und Ehepartner sowie die Härtefallrente bei neuen Renten aufgehoben. Ausserdem schuf die 4. IV-Revision die Grundlagen der interinstitutionellen Zusammenarbeit.

Die 5. IV-Revision ist am 1. Januar 2008 in Kraft getreten. Zur Konkretisierung des Leitgedankens *Einglie-*

derung vor Rente wurden Massnahmen wie die Früherfassung und die Frühintervention sowie Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung eingeführt und die beruflichen Eingliederungsmassnahmen ausgebaut. Zudem wurde ein Anreizsystem für die Arbeitgeber geschaffen. Die Zusatzrente für Ehepartnerinnen und Ehepartner wurde auch bei bereits bestehenden Renten aufgehoben und der Karrierezuschlag bei neuen Renten abgeschafft.

Das erste Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (Revision 6a) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Es umfasste die folgenden vier Punkte: eingliederungsorientierte Rentenrevision, neuer Finanzierungsmechanismus, Preissenkungen im Hilfsmittelbereich und Assistenzbeitrag.

Im Juni 2013 wurde mit der Vorlage 1 das zweite Massnahmenpaket der 6. IV-Revision (Revision 6b) abge-

lehnt. Die Revision war vom Parlament in drei Vorlagen unterteilt worden. Die Vorlage 2 (Kostenvergütung für stationäre Massnahmen) ist am 1. Januar 2013 in Kraft getreten, Vorlage 3 wurde sistiert.

Ergebnisse früherer Revisionen

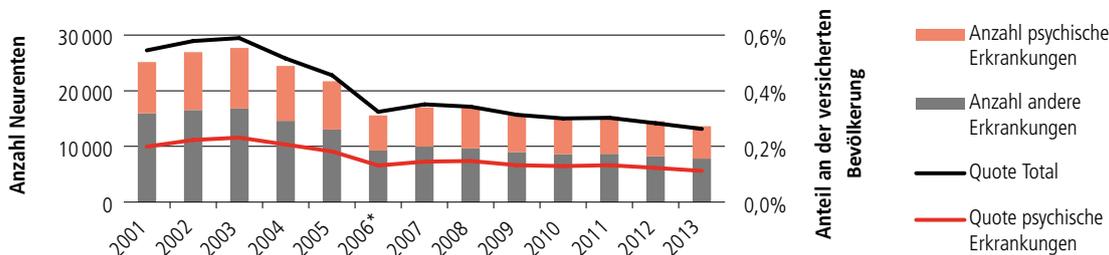
Die ersten Ergebnisse der Evaluationen zur 4. und 5. IV-Revision sowie zur Revision 6a zeigen, dass die IV zur Eingliederungsversicherung geworden ist. Die mit der Revision 6a eingeführten Instrumente zur Eingliederung der Rentenbezügerinnen und -bezüger haben zwar noch nicht die erhofften Ergebnisse gebracht, der Rentenbestand hat sich jedoch schneller verringert als erwartet. Seit 2005 konnte der Rentenbestand kontinuierlich gesenkt werden, obwohl die versicherte Bevölkerung in derselben Zeitperiode von 4,8 Mio. Ende 2005 auf 5,2 Mio. Ende 2013, d. h. um 9 Pro-

Hintergrundinformationen

- Bolliger et. al., *Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung, der Frühintervention und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 13/12: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungspublikationen; vgl. auch *Soziale Sicherheit CHSS 2/2013*, S. 88
- Medienmitteilung vom 18.8.2014: *IV zieht insgesamt positive Zwischenbilanz der beruflichen Eingliederung*. www.bsv.admin.ch → Aktuell → Medieninformationen

Neurenten in der Schweiz nach Invaliditätsursache (2001–2013)

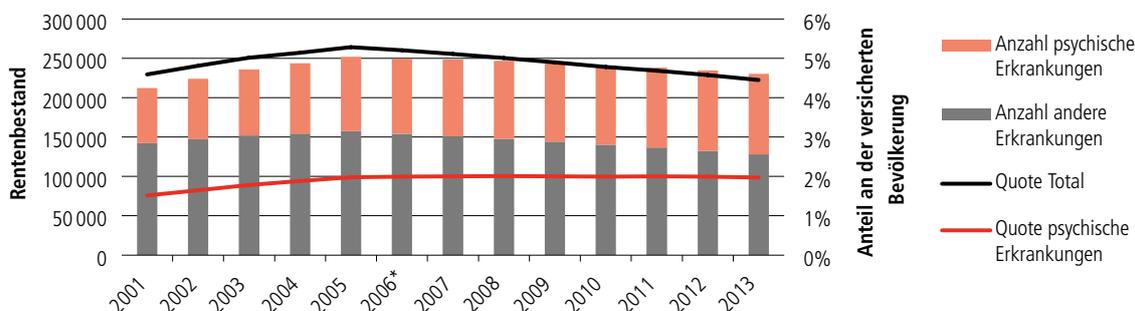
G1



* = ab 2006 neues Verfahren
Quelle: IV-Statistik

Rentenbestand in der Schweiz nach Invaliditätsursache (2001–2013)

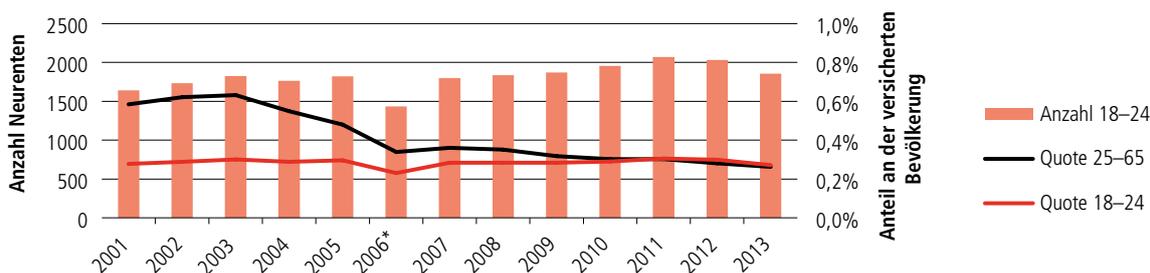
G2



* = ab 2006 neues Verfahren
Quelle: IV-Statistik

Neurenten in der Schweiz nach Alter (2001–2013)

G3



* = ab 2006 neues Verfahren
Quelle: IV-Statistik

zent angestiegen ist.¹ Allerdings zeigen die statistischen Auswertungen, dass dieser Rückgang bei einzelnen Altersgruppen und bei bestimmten invaliditätsrelevanten Leiden zum

Teil deutlich weniger stark ausfällt: Dabei sind insbesondere die beiden Gruppen der jungen Erwachsenen und der Versicherten mit psychischen Erkrankungen hervorzuheben.

Grafik G1 zeigt die Entwicklung der IV-Neurenten in der Schweiz zwischen 2001 und 2013 auf. Sie verdeut-

licht, dass der Rückgang an Neurenten für Personen mit psychischen Erkrankungen im Verhältnis zur versicherten Bevölkerung (Neurentenquote) bis 2006 bedeutend geringer ausfiel als bei den übrigen Gebrechen. Seit 2007 verläuft die Abnahme der Anzahl Neurentnerinnen und Neu-

1 Die versicherte Bevölkerung entspricht der ständigen Wohnbevölkerung ab dem 18. Altersjahr bis zum AHV-Rentenalter.

rentner mit psychischen Leiden in etwa parallel zum Rückgang bei den übrigen Neurenten.

Die Anzahl Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger im Verhältnis zur versicherten Bevölkerung (Rentenbestandsquote) nahm bis Dezember 2005 laufend auf ein Maximum von 5,3 Prozent zu (vgl. Grafik G2)). Seither ging diese Quote zurück und betrug im Dezember 2013 noch 4,5 Prozent. In absoluten Zahlen war in diesem Zeitraum eine Abnahme von 252000 auf 230000 Renten zu verzeichnen; eine Folge der sinkenden Neurentenquote, die sich in den letzten zehn Jahren gut halbiert hat. Die Rentenbestandsquote bei den psychischen Erkrankungen ist jedoch trotz abnehmender Neurentenquote konstant geblieben.

Grafik G3 schlüsselt die Entwicklung der Neurentenquote nach Altersgruppen auf. Dabei wird deutlich, dass der Abbau der IV-Neurenten in der Schweiz die 18- bis 24-jährigen Versicherten nicht einschliesst. Zwischen 2009 und 2013 wurde jährlich rund 2000 Personen unter 25 Jahren erstmalig eine IV-Rente zugesprochen. Ihre Rentenquote liegt seit 2011 sogar über derjenigen der 25- bis 65-Jährigen.

Weitere Evidenz

Eine Untersuchung der unter 25-jährigen Rentenbeziehenden kommt zu folgenden Befunden:

- Über 90 Prozent dieser Personen wurden vorgängig andere Leistungen der IV zugesprochen. Die Hälfte davon erhielt bereits im frühen Kindesalter medizinische Leistungen, Massnahmen der besonderen Schulung und/oder Hilflosenentschädigung für Minderjährige der IV.
- Zwei Drittel erhielten Leistungen aufgrund psychischer Erkrankungen, ein Drittel aufgrund von Geburtsgebrechen.

- Bei 17 Prozent dieser jungen Erwachsenen beziehen bereits die Eltern eine IV-Rente.

Im Januar 2014 veröffentlichte die OECD einen Bericht zur psychischen Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz,² in dem sie das gute Funktionieren der IV anerkennt, jedoch auch auf Mängel hinweist. Das System muss daher weiter optimiert werden. Der Bericht hebt Folgendes hervor:

- Die Arbeitgebenden sind nicht gut gerüstet, um mit psychisch erkrankten Arbeitnehmenden umzugehen.
- Das IV-System schenkt der Rolle der Arbeitgebenden und den Erwerbsanreizen noch zu wenig Aufmerksamkeit.
- Die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) und Sozialämter bieten nur begrenzte Unterstützung für psychisch erkrankte Personen.
- Der seit der 4. IV-Revision eingeleitete Wandel ist noch nicht abgeschlossen.
- Trotz interinstitutioneller Zusammenarbeit (IIZ) bestehen weiterhin Abstimmungsschwierigkeiten unter den involvierten Akteuren.
- Das teure schweizerische Gesundheitssystem könnte bessere Arbeitsmarktergebnisse liefern, wenn die bestehenden Ressourcen effizienter genutzt würden.
- Die erheblichen Ressourcen des Bildungssystems gewährleisten weder den adäquaten Umgang mit Schulabbruch noch verhindern sie den Übergang ins IV-System.

Auf Basis ihrer Untersuchung gibt die OECD folgende Empfehlungen ab:

- Arbeitsplatzbezogene Massnahmen sollen verstärkt werden.
- Das IV-System soll näher an die Arbeitswelt gebracht werden und auf die Rolle der Arbeitgebenden und eine arbeitsplatzorientierte Frühintervention fokussieren.
- In den RAV und den Sozialämtern sind Kompetenzen für den Umgang

mit psychischen Problemen aufzubauen.

- Die IIZ soll das Gesundheitssystem als gleichwertigen Partner miteinbeziehen und die Zusammenarbeit der Institutionen, die teilweise konträre Anreize setzen, soll gestärkt werden.
- Das bereits gut ausgestattete psychiatrische Versorgungssystem soll stärker auf den Arbeitsplatz ausgerichtet werden.
- Die Bildungspolitik soll stärker auf den Übergang ins Berufsleben fokussieren.

Es zeigt sich, dass die umgesetzten Gesetzesrevisionen es der IV erlauben, ihren verfassungsmässigen Auftrag, insbesondere den Grundsatz *Eingliederung vor Rente*, grundsätzlich zu erfüllen. Jedoch muss das System weiter optimiert werden, insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie für psychisch erkrankte Versicherte. Bei den 18- bis 24-Jährigen und bei Personen mit psychischen Beeinträchtigungen hatten die letzten IV-Revisionen nicht den erwarteten Erfolg. Da es sich um gesamtgesellschaftliche Herausforderungen handelt, kann die IV nur in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens und der schulischen und beruflichen Bildung sowie den Arbeitgebenden und den Partnerversicherungen Lösungen finden.

Auftrag des Parlaments

Aus dem Parlament sind zwei Vorstösse hervorzuheben, welche eine Weiterentwicklung der IV fordern:

Die Motion von CVP-Ständerat Urs Schwaller (13.3990) vom 27.9.2013 «Eine nachhaltige Sanierung der In-

² OECD, *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 12/13: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungspublikationen; siehe auch *Soziale Sicherheit CHSS 2/2014*: Schwerpunkt

validenversicherung ist dringend notwendig» wurde am 16.9.2014 an den Bundesrat überwiesen. Sie beauftragt den Bundesrat mit drei Punkten. Erstens müssen die Schulden des IV-Fonds beim AHV-Fonds bis in das Jahr 2028 abgetragen werden. Zweitens ist in der Betrugsbekämpfung eine gemeinsame Gesetzesgrundlage für alle Versicherungen zu schaffen, um die Koordination zwischen ihnen zu verbessern. Drittens sind die Massnahmen zur verstärkten Eingliederung und zum Verbleib im Arbeitsmarkt zu intensivieren und insbesondere auch auf Menschen mit psychischen Behinderungen auszurichten.

Eine Motion der nationalrätlichen Kommission für soziale Sicherheit

und Gesundheit (14.3661) vom 27.6.2014 «Massnahmen zur Früherfassung gemeinsam entwickeln», die der Nationalrat am 10.9.2014 annahm, ist im Ständerat noch pendent. Sie fordert Massnahmen zur Früherfassung von Krankheitsfällen Erwerbstätiger und deren Rückkehr in den Arbeitsprozess. Die IV-Stellen sollen dazu besser ausgerüstet werden und die anderen relevanten Akteure – Arbeitgeber und medizinische Leistungserbringer – verknüpfen und frühzeitig an den Tisch bringen.

Ziele des Reformprojekts

In Anbetracht der vergangenen Geschehnisse hat sich der Bundesrat

für die neue Reform zum Ziel gesetzt, Kinder, Jugendliche und Versicherte mit psychischen Beeinträchtigungen – in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren – angemessen und koordiniert zu unterstützen und ihr Eingliederungspotenzial und ihre Vermittlungsfähigkeit zu fördern. Dazu gilt es, zwischen den folgenden Zielgruppen zu unterscheiden und ihre jeweiligen Bedürfnisse zu berücksichtigen:

- **Zielgruppe 1, Kinder:**

Bei Kindern, die an einem Geburtsgebrechen leiden, kann der erste Kontakt mit der IV ab Geburt entstehen. Die IV deckt für sie die Kosten der Behandlung anerkannter Geburtsgebrechen. Die Liste der Geburtsgebrechen ist jedoch



© Pixaby

veraltet und muss aktualisiert werden. Verhaltensauffälligkeiten und andere Beeinträchtigungen (Autismus, frühkindliche Entwicklungsstörungen) treten häufig erst zum Vorschein, wenn sie mit Eintritt in den Kindergarten erfasst werden. Deshalb müssen auch die auf diese Altersgruppe ausgerichteten medizinischen Massnahmen überprüft werden.

In den letzten zwölf Jahren haben die Gesamtkosten der medizinischen Massnahmen der IV durchschnittlich um 4,6 Prozent pro Jahr zugenommen und stiegen so von 458 Mio. (2001) auf 784 Mio. Franken (2013), was einer Kostensteigerung von 71 Prozent entspricht. Ausserdem zeigen die Unterschiede in der Praxis und bezüglich des Wissensstands der Durchführungsstellen zwischen den Kantonen sowie der bestehende Spielraum der Leistungserbringer die Notwendigkeit einer präziseren Steuerung und einer Verfahrensbeschleunigung auf. Auch bei den Vergütungskriterien der medizinischen Leistungen besteht Handlungsbedarf.

Deshalb müssen die folgenden möglichen Massnahmen eingehend geprüft und konkretisiert werden: Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen, Anpassung der im Falle von Geburtsgebrechen gewährten IV-Leistungen unter Berücksichtigung der in der Krankenversicherung geltenden Kriterien, verstärkte Steuerung der medizinischen Massnahmen und Verbesserung des Case Managements.

• **Zielgruppe 2, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Beeinträchtigungen:**

Im Primarschulalter können weitere Auffälligkeiten auftreten wie Teilleistungsschwächen, Verhaltensauffälligkeiten etc. Dabei werden in dieser Phase der Vorbereitung auf die Berufsbildung entscheidende Weichen für das spätere Bestehen der Jugendlichen im Arbeitsmarkt

gestellt. Hier zeigen sich zahlreiche Probleme und der stärkste Handlungsdruck. Zwei Übergänge müssen hervorgehoben werden:

- Übergang I, von der Volksschule zur erstmaligen beruflichen Ausbildung (ebA). Jugendliche können bereits an psychischen Problemen leiden oder sie in diesem Alter entwickeln. Der Übergang I ist besonders heikel für jene Jugendlichen, die noch nicht in der Lage sind, eine Ausbildung zu beginnen, die noch keine Lehrstelle oder Zwischenlösung gefunden haben oder die eine solche abgebrochen haben. Um die Entstehung, Verschlechterung oder Chronifizierung psychischer Probleme zu verhindern, müssen die Betroffenen angemessen begleitet werden.
- Übergang II, von der Berufsbildung zum Arbeitsmarkt. Dieser Übergang ist besonders anspruchsvoll für Jugendliche und junge Erwachsene, die eine Ausbildung im geschützten Rahmen absolviert haben oder an psychischen Problemen leiden, Entwicklungsstörungen kennen oder soziale Probleme haben. Diese Personen können eine Begleitung benötigen, um den Zugang zum Arbeitsmarkt zu finden.

Für diese Zielgruppe werden die Arbeiten auf die folgenden Schwerpunkte ausgerichtet: benötigte Unterstützung während der Schulzeit und der erstmaligen beruflichen Ausbildung, Gewährleistung der Gleichbehandlung bei der Ausrichtung der Taggelder und längere Gewährung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV.

• **Zielgruppe 3, Versicherte mit psychischen Beeinträchtigungen:**

Im Erwachsenenalter können psychische Probleme die Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Untersuchungen zeigen, dass erste Auffälligkeiten bereits mehrere

Jahre vor einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen festgestellt wurden. Für den Arbeitsplatz-erhalt oder die Neuplatzierung im Rahmen der Arbeitsvermittlung ist es zentral, relevante Anzeichen früh zu erkennen und adäquat zu intervenieren.

Im Zentrum der Überlegungen für Zielgruppe 3 stehen also Bereiche wie die auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Beratung und Langzeitbetreuung sowie die Lockerung der Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen.

• **Koordination mit den beteiligten Akteuren:**

Zusätzlich zu den spezifischen Massnahmen für diese drei Zielgruppen sind weitere Verbesserungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren angezeigt: bessere Unterstützung für die Arbeitgeber und Unterzeichnen einer Zusammenarbeitsvereinbarung mit ihnen, Verstärkung der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft, Verlängerung des Schutzes von arbeitslosen Versicherten nach einer Rentenrevision, Gewährung der Existenzsicherung nach der Anmeldung bei der IV und Einführung eines linearen Rentensystems.

Nächste Schritte

Alle genannten Möglichkeiten werden im Rahmen eines erläuternden Berichts geprüft und konkretisiert. Dieser wird dem Bundesrat im Herbst 2015 im Hinblick auf die Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens vorgelegt.

Patrick Cudré-Mauroux, Anwalt,
Bereich Rechtsetzung, Geschäftsfeld
Invalidenversicherung, BSV
E-Mail: patrick.cudre-mauroux@bsv.admin.ch

Preisliche Auswirkungen des Systemwechsels in der Hörgeräteversorgung

Seit der Einführung des neuen Vergütungssystems für die Versorgung mit Hörgeräten erstatten AHV und IV direkte einmalige Pauschalen. Durch die gestärkten Anreize für eine günstigere Versorgung, die der Systemwechsel geschaffen hat, sind die Preise der Hörgeräteversorgungen gefallen. Doch die Reduktion war bisher schwächer als erwartet und die tieferen Versicherungsbeiträge führen zu höheren Eigenleistungen der Versicherten.



Patrick Koch
Institut für Wirtschaftsstudien Basel



Christoph Hirter

Hörbehinderte haben gemäss geltendem Gesetz Anspruch auf Hilfsmittel. Bis Juni 2011 bezahlten die IV und die AHV bei jeder Hörgeräteversorgung die in Tarifverträgen vereinbarten Beiträge an die Akustiker. Die Schweiz zeichnete sich durch eine im internationalen Ver-

gleich überdurchschnittlich hohe Versorgungsqualität aus, allerdings auch durch sehr hohe Kosten. Gemäss einer Schätzung der Eidgenössischen Finanzkontrolle betragen die direkten Ausgaben für Hörmittelversorgungen im Jahr 2005 über 200 Mio. Franken. Die Schweizer Sozialversicherungen bezahlten zwei- bis dreimal mehr für eine Versorgung als die Versicherungen im europäischen Ausland. Besorgniserregend war vor allem die Dynamik der Kostenentwicklung: Die Ausgaben von AHV und IV für Hörmittel hatten sich zwischen 1995 und 2005 verdoppelt.¹ Die Kritik an der Hörgeräteversorgung

zielte im Kern auf systembedingte Faktoren.

Um den steigenden Kosten entgegenzuwirken, wurde auf den 1. Juli 2011 ein neues Finanzierungssystem eingeführt. Die IV-Versicherten erhalten fortan eine Pauschale in der Höhe von 840 Franken für eine einseitige (monaural) und 1650 Franken für eine zweiseitige (biaural) Versorgung, die AHV finanziert ihren Versicherten eine Pauschale von 630 Franken pro Versorgung. Gemäss Bundesamt für Sozialversicherungen entsprechen diese Vergütungen den Marktpreisen für qualitativ hochstehende Geräte in zweckmässiger, einfacher Ausführung und decken ebenfalls eine fachmännische Anpassung und einen einwandfreien Service ab. Die Pauschalen werden den Anspruchsberechtigten unabhängig davon ausbezahlt, wie hoch die tatsächlichen Kosten der Versorgung ausfallen. Hörbehinderte, die sich für eine kostengünstigere Versorgung unter dem Pauschalbetrag entscheiden, können die Differenz behalten. Demgegenüber müssen Versorgungskosten, welche die Pauschale überschreiten, von den Hörbehinderten selbst finanziert werden (sogenannte Eigenleistungen oder Zuzahlungen). Den Hörbehinderten ist neu auch überlassen, wo sie ihre Geräte beziehen und anpassen lassen, vorausgesetzt sie suchen dazu eine Fachperson in einem Akustikfachgeschäft, einer Apotheke oder Drogerie auf. Ebenso sind nun Käufe im Ausland möglich. Mit dem Systemwechsel wurden eine Verbesserung der Kundensouveränität und des Wettbewerbs und dadurch eine Preissenkung für Hörgeräte und Dienstleistungen angestrebt.

In der Zwischenzeit konnten erste Erfahrungen mit dem neuen Finanzierungssystem gesammelt und die preislichen Veränderungen im Hör-

1 Vgl. Eidgenössische Finanzkontrolle, *Hilfsmittelpolitik zugunsten der Behinderten – Evaluation der Abgabe von Hörmitteln in der IV und AHV*, Bern 2007

2 Neben den hier diskutierten Ergebnissen der preislichen Veränderungen wurden auch die qualitativen Auswirkungen des Systemwechsels untersucht (dazu: Sander, Monika und Martin Albrecht, «Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung», in *Soziale Sicherheit CHSS*, Nr. 4/2014).

gerätemarkt evaluiert werden.² Für die quantitativen Auswertungen wurden stichprobenartig Rechnungen aus dem ersten Halbjahr 2011 (vor dem Systemwechsel) sowie für die Jahre 2012 und 2013 (nach dem Systemwechsel) erfasst. Die so generierte Datenbasis beinhaltet knapp 23 000 Versorgungen mit Hörgeräten inklusive der dazugehörigen Dienstleistungen. Diese Daten wurden einerseits deskriptiv ausgewertet, andererseits wurden mittels eines Regressionsmodells die Preisänderungen geschätzt, die durch den Systemwechsel entstanden sind.

Tiefere Versorgungskosten, höhere Eigenleistungen

In den deskriptiven Datenauswertungen wurden zunächst Durchschnittsbetrachtungen für das Tarif- und das Pauschalssystem angestellt. Um Verzerrungen durch die unterschiedlichen Zusammensetzungen der Stichproben zu vermeiden, wurden die Berechnungen für verschiedene Versorgungstypen getrennt durchgeführt. Für die vier Versorgungstypen IV-monaural (IV1), IV-binaural (IV2), AHV-monaural (AHV1) und AHV-binaural (AHV2)

liegen die durchschnittlichen Gesamtkosten einer Versorgung (Hörgeräte inkl. der dazugehörigen Dienstleistungen) im Pauschalssystem zwischen 0,9 und 5,1 Prozent tiefer als im Tarifsysteem.

Dagegen ist der Betrag, den die Hörbehinderten selbst finanzieren, durch den Systemwechsel deutlich gestiegen. Bei den genannten vier Versorgungstypen lag die durchschnittliche Zuzahlung bereits im Tarifsysteem zwischen 1000 und 3900 Franken. Mit dem Übergang zum Pauschalssystem haben die durchschnittlichen Zuzahlungen je nach Versorgungstyp zwischen 15 und 87 Prozent signifikant zugenommen.

Stärkere Streuung der Versorgungskosten

In der Grafik G1 ist die Verteilung der Gesamtkosten in den vier Versorgungstypen jeweils im Tarifsysteem und im Pauschalssystem dargestellt. Mit dem Übergang zum Pauschalssystem ist demnach sowohl die Nachfrage nach billigeren als auch nach teureren Versorgungsangeboten gestiegen, die Preisspanne hat sich dementsprechend vergrössert. Zu sehen ist diese Entwicklung an den

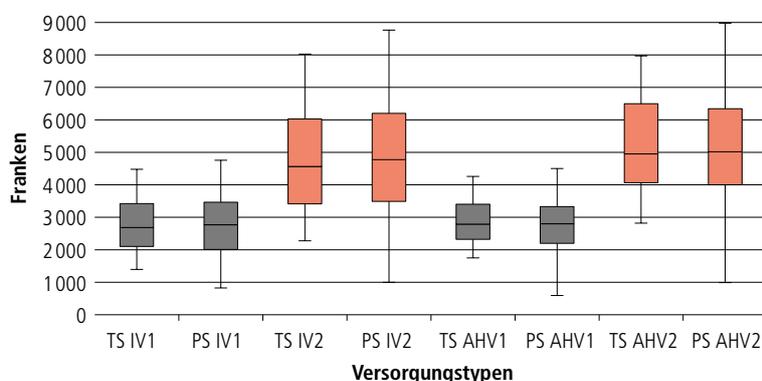
längeren schwarzen Linien, innerhalb derer jeweils 95 Prozent der Versorgungen liegen. Die stärkere Streuung ist für alle vier Versorgungstypen zu erkennen. Die Versorgungskosten der mittleren 50 Prozent der Verteilung (innerhalb der grauen Kästen) haben sich seit dem Systemwechsel hingegen nur wenig verändert und belegen eine schwache Preissensitivität vieler Hörbehinderter. Detailauswertungen zeigen, dass bei allen Versorgungstypen rund 20 bis 25 Prozent der Hörbehinderten neu auf günstigere Versorgungen setzen, eine teurere Versorgung leisten sich ca. 10 Prozent.

Leicht sinkende Preise für Hörgeräte

Mit einer Regressionsanalyse können – unter sonst gleichen Bedingungen (ceteris paribus) – die Faktoren ermittelt werden, welche die Gesamtkosten der Hörgeräteversorgungen beeinflussen. Neben der Schätzung von Einflussfaktoren wie Versorgungstyp, Anzahl der Hörgeräte, Sprachregionen, Geschlecht und Währungsraum der Versorgung wird auch analysiert, welchen Einfluss der Systemwechsel auf die Preise der Hörgeräteversorgungen hatte. Gemäss den Schätzmodellen lagen die Preise 2012 bereits ca. 8 Prozent und im Jahr 2013 ca. 10 Prozent unter den Preisen des Tarifsystems. Nach der Systemumstellung kam es demnach zu einer Reduktion der Preise, die sich im Betrachtungszeitraum der Evaluation weiter fortgesetzt hat. Weiter kann aus den Ergebnissen der Regressionsanalyse gefolgert werden, dass die IV-Versorgungen knapp 3 Prozent günstiger waren als die AHV-Versorgungen. Eine Versorgung mit zwei Hörgeräten kostete durchschnittlich etwa 53 Prozent mehr als eine Versorgung mit einem einzelnen Hörgerät.

Gesamtkosten der Versorgung im Tarifsysteem (TS) und im Pauschalssystem (PS)

G1



Quelle: eigene Berechnungen

³ Vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 326, Bern 2013

In der Westschweiz waren die Versorgungen knapp 3 Prozent und im Tessin über 10 Prozent günstiger als in der Deutschschweiz. Die Versorgungen im Ausland waren deutlich billiger als in der Schweiz. Im Euroraum beispielsweise lag der Preisabschlag gegenüber der Schweiz bei rund 28 Prozent.

Kinderversorgungen und Härtefälle

Kinderversorgungen und Härtefälle wurden gesondert analysiert, weil für diese Gruppen Spezialregelungen implementiert wurden. So gilt für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ein Höchstvergütungsbetrag, der mit 2830 Franken für eine einseitige Versorgung und 4170 Franken für eine zweiseitige Versorgung deutlich über den IV- bzw. AHV-Pauschalen liegt. Die Kostenvergütung erfolgt direkt an den jeweiligen Akustiker. Diese Art der Finanzierung schliesst eine Rückerstattung an die Versicherten im Falle einer günstigen Versorgung aus. Es existieren daher keine finanziellen Anreize für Versorgungen unterhalb der maximal vergüteten Beträge und entsprechend selten wurden Versorgungen mit Kosten unter dem Niveau der Höchstvergütungsbeträge getätigt. Die durchschnittlichen Gesamtkosten einer Hörgeräteversorgung haben sich in der Folge grosszügiger bemessener Höchstvergütungsbeiträge seit dem Systemwechsel erhöht (ca. fünf Prozent oder rund 150 Franken mehr für einohrige und knapp 200 Franken für beidohrige Versorgungen). Der Versicherungsanteil ist mit dem Systemwechsel um durchschnittlich fast 700 Franken gestiegen, die Zuzahlungen der Hörbehinderten sind demgegenüber im Durchschnitt rund 500 Franken gesunken.

Die Härtefallregelung ist für Personen vorgesehen, welche einer Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit in

anderen Aufgabenbereichen (z.B. im Haushalt, bei der Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten/der Ehegattin oder als Studierende) nachgehen und die aufgrund ihrer Hörstörung ausserordentlich schwierig zu versorgen sind. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Geltendmachung eines Härtefalles sind streng definiert und müssen audiologisch begründet werden. Wird ein Härtefall festgestellt, finanziert die IV die über dem Pauschalbetrag liegenden Mehrkosten einer adäquaten, einfachen und zweckmässigen Versorgung.³ Die durchschnittlichen Gesamtkosten liegen bei Härtefällen rund tausend Franken über den durchschnittlichen Gesamtkosten einer Standardversorgung. Weil die Invalidenversicherung bei Härtefällen in der Regel die vollen Kosten übernimmt (und Zuzahlungen der Hörbehinderten nicht notwendig sind), liegen die Versicherungsbeiträge bei der einseitigen Versorgung gut 3000 Franken und bei der beidseitigen Versorgung gut 4000 Franken über den entsprechenden Durchschnitt der Standardversorgungen.

Zunehmende Wettbewerbsdynamik

Im analysierten Zeitraum waren laufend mehr Hörgerätemodelle von einer zunehmenden Anzahl Hersteller auf dem Markt. Versicherte wählen inzwischen aus einer deutlich breiteren Palette an Hörgeräten aus als noch im Tarifsysteem. Die grössere Produktvielfalt, die Reduktion der Marktanteile grosser Hersteller und die leicht sinkenden Preise sind Anzeichen für eine entstehende Wettbewerbsdynamik. Einem ausgeprägten Wettbewerb im Markt für Hörgeräte sind aufgrund der hohen Zahlungsbereitschaft und der tiefen Preissensitivität der Hörbehinderten jedoch Grenzen gesetzt.

Fazit

Das Marktumfeld hat sich seit dem Systemwechsel leicht verändert. Die Preise für Hörgeräte liegen im neuen System tiefer und die Versicherten versorgen sich zu tieferen Durchschnittskosten. Doch der Preisrückgang ist geringer als ursprünglich erwartet. Aufgrund der niedrigen Preissensitivität eines Grossteils der Hörbehinderten ist es den Anbietern gelungen, die tieferen Versicherungsleistungen weitgehend auf die Hörbehinderten zu überwälzen, ohne selbst einem massiven Preisdruck ausgesetzt zu werden. Obwohl einige Versicherte nach dem Systemwechsel günstigere Hörgeräte erwerben, hat sich an der Zahlungsbereitschaft für Hörgeräte insgesamt betrachtet nur wenig verändert. Unter dieser Voraussetzung dürfte eine starke Wettbewerbsdynamik im Hörgerätemarkt auch mittelfristig nur schwer erreichbar sein.

Forschungsbericht

Koch, Patrick, Dominik Hauri, Christoph Hirter, Lukas Mohler, Pierre-Yves Kocher und Lukas Scheiber, *Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung*. Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/14: www.bsv.admin.ch → Praxis → Forschung → Forschungspublikation

Patrick Koch, Dr. rer. pol., Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)
E-Mail: patrick.koch@iwsb.ch

Christoph Hirter, MSc B&Ec, Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)
E-Mail: christoph.hirter@iwsb.ch

Evaluation des Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Die Krankenversicherer können Arzneimittel, die ausserhalb der eigentlichen Zulassung eingesetzt werden, unter bestimmten Voraussetzungen im Einzelfall vergüten. Der Bundesrat hat die Regelungen zu diesem sogenannten Off-Label-Use 2011 neu definiert. Eine Evaluation im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit zeigt, dass die Krankenversicherer seitdem bei der Beurteilung von Gesuchen um Kostengutsprache zunehmend ähnlich vorgehen. Allerdings besteht immer noch Verbesserungspotenzial.



Christian Rüefli

Büro Vatter, Politikforschung & -beratung



Christian Bolliger

Normalerweise vergüten die Krankenversicherer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nur Arzneimittel, die das Bundesamt für Gesundheit (BAG) in der Spezialitätenliste (SL)¹ aufführt. Dort und in der Fachinformation von Swissmedic, der Zulassungs- und Kontrollbehörde für Heilmittel, ist auch festgehalten, wie und wozu (Indikation, Dosierung, Patientenpopulation etc.) sowie zu welchem Höchstpreis die Anwendung zu vergüten ist. Die Artikel 71a und 71b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) erlauben jedoch Ausnahmen. Sie legen die Bedingungen fest, unter welchen die Krankenver-

sicherer den Einsatz von Arzneimitteln auch ausserhalb des Rahmens vergüten können, den die SL vorgibt (sogenannter Off-Label-Use).

Neuregelung von 2011

Der Bundesrat hat die Bestimmungen zum Off-Label-Use 2011 in Art. 71a und 71b KVV neu festgehalten, um Rechtssicherheit zu schaffen. Die Regelung übernahm weitgehend die Rechtsprechung des Bundesgerichts. Dabei wurde die Verantwortung für die Festsetzung der Vergütung explizit den Versicherern übertragen und festgelegt, dass die Kostenübernahme

in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen soll. Weiter müssen die Einzelfallentscheide der Krankenversicherer dem Gebot der Gleichbehandlung und damit der Rechtsgleichheit, aber auch den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (Art. 32 KVG) genügen. Schliesslich wird festgehalten, dass die Versicherer in dringenden Fällen schnelle Entscheidungen treffen müssen.

Der Versicherer entscheidet in jedem Einzelfall aufgrund eines Kostengutsprachegesuchs der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes (vgl. Grafik G1) über die Vergütung. Insbesondere hat der vertrauensärztliche Dienst (VAD) des zuständigen Versicherers zu beurteilen, inwiefern im konkreten Fall von der beantragten Behandlung ein grosser therapeutischer Nutzen zu erwarten ist. Beschliesst der Versicherer, die Behandlung zu vergüten, hat er die Höhe der Vergütung festzulegen. Diese muss in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen. Bei in der SL geführten Arzneimitteln darf der dort festgelegte Höchstpreis nicht überschritten werden.

Eine tiefere Vergütung kann sich einerseits rechtfertigen, wenn der erwartete therapeutische Nutzen im konkreten Fall geringer ist als jener der zulassungsgemässen Anwendung des Medikaments. Für einen tieferen Preis kann andererseits aber auch sprechen, dass die Erforschung des Medikaments oder der spezifischen Anwendung noch nicht abgeschlossen ist oder hierfür noch keine Marketingkosten angefallen sind. In der Praxis kann es zu einer Preisverhand-

¹ www.bag.admin.ch → Themen → Krankenversicherungen → Tarife und Preise → Spezialitätenliste

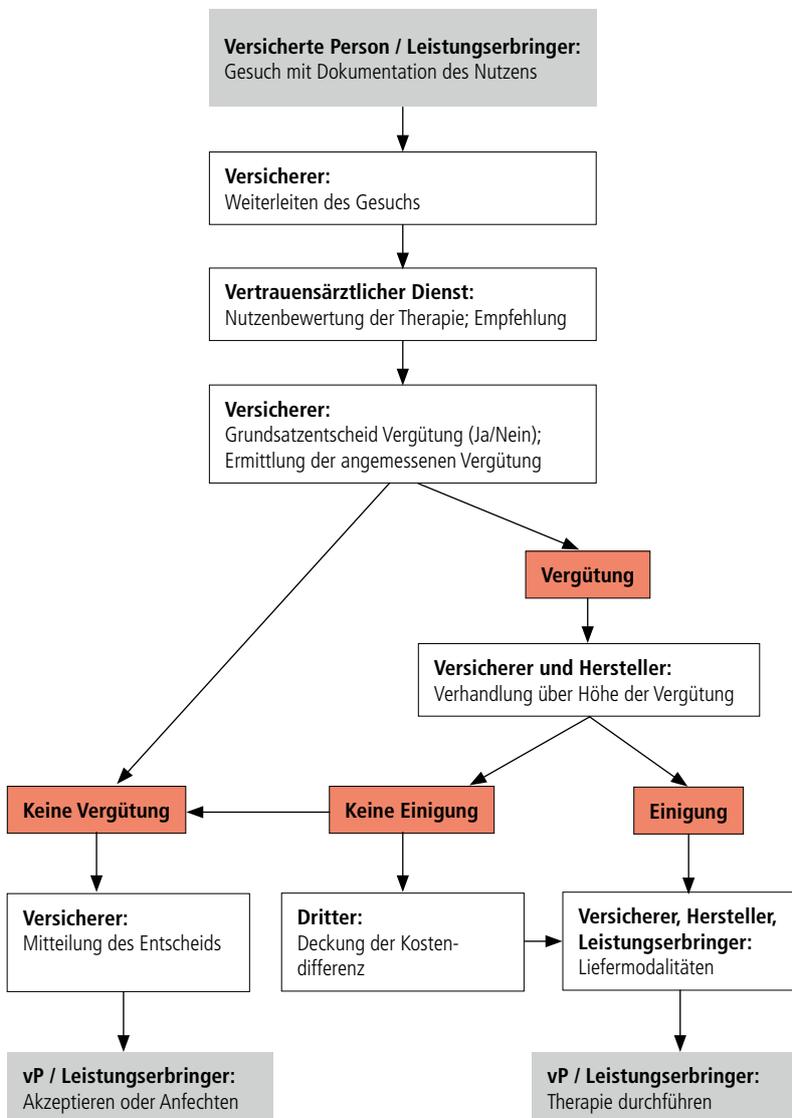
lung mit dem Hersteller kommen, denn dieser kann faktisch nicht gezwungen werden, das Arzneimittel zu jenem Preis zu liefern, den der Versicherer als angemessen erachtet. Kommt es nicht zu einer Einigung, stellt sich die Frage, ob ein Dritter (z.B. der Behandler) die Differenz begleicht oder ob auf die Behandlung verzichtet wird.

Ausgelöste Entwicklungen

Die Regelung der Vergütung von Arzneimitteln im Off-Label-Use hat unter den Versicherern und Herstellern verschiedene Aktivitäten ausgelöst.² Nach anfänglicher Unsicherheit und Unklarheit entwickelten Versicherer, VAD und Arzneimittelhersteller sowohl innerhalb der einzelnen Betriebe als auch auf Ebene der Verbände und innerhalb der Branche verschiedene Beurteilungsinstrumente und Routineprozesse zur Umsetzung der Art. 71a und 71b KVV. Vertrauensärzte und Versicherer, aber auch Leistungserbringer erarbeiteten Beurteilungsmodelle, welche sicherstellen sollen, dass der therapeutische

Prüfschema eines Kostengutsprachegesuchs nach Art. 71a und 71b KVV

G1



2 Vgl. z. B. Caci, Mirela et al., «Prescription en ambulatoire de médicaments (hors LS) et/ou soumis à autorisation préalable de l'assureur», in *Schweizerische Ärztezeitung* 93/34, 2012, S. 1228–1231; Giger, Max et al. «Kostenübernahme nichtgelisteter Arzneimittel», in *Schweizerische Ärztezeitung* 94/9, 2013, S. 324–326; Rüegsegger, Nicola E. und Szucs, Thomas D., *Brennpunkt Off-Label-Use. Medikamente in der Grauzone: Regulierung und medizinische Realität im Widerspruch*, Bern 2014

3 Seiler, Beat et al., *Therapeutischer Nutzen eines Medikamentes. Bestimmung des therapeutischen Nutzens eines Medikamentes nach Art. 71a/b der Verordnung zur Krankenversicherung KVV*, Bern 2011 sowie Nadig, Jürg, «Evidenzbasierte Nutzenbewertung: ein Modell zur Vergütung des Off-Label-Use in der Onkologie», in *Schweizerische Ärztezeitung* 93/14/15, 2012, S. 552–555

4 Giger, Max et al. «Kostenübernahme nichtgelisteter Arzneimittel», in *Schweizerische Ärztezeitung* 94/9, 2013, S. 324–326

5 Von Stokar, Thomas et al., *Zugangsgerechtigkeit und -sicherheit bei Krebsmedikamenten im Off-Label-Use*, Zürich 2013 sowie Interpellation Bruderer Wyss (12.3634) *Ist der Zugang zu Krebsmedikamenten gefährdet?* und Motion Steiert (12.3816) *Gleichbehandlung der Patientinnen und Patienten beim Zugang zu Medikamenten*

vP = versicherte Personen
Quelle: Darstellung Büro Vatter

Nutzen einer Anwendung immer nach den gleichen Kriterien (z.B. Stand der Forschung zum betreffenden Medikament, Wirksamkeit) geprüft wird.³ Zwei dieser Modelle, das sogenannte 9-Felder-Modell und das MediScore-Modell, sind im Frühjahr 2013 von der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte anerkannt worden.⁴ Einzelne Versi-

cherer und Herstellerfirmen trafen pauschale Vereinbarungen über die Vergütung und Distribution von *off label* eingesetzten Arzneimitteln. Die Umsetzung der Art. 71a und 71b KVV führte zu Diskussionen. Einzelne Organisationen und politische Vorstösse monierten eine Ungleichbehandlung von Versicherten und forderten eine Vereinheitlichung der Praxis.⁵

Ziele und Vorgehen der Untersuchung

Vor diesem Hintergrund liess das BAG im Jahr 2013 eine externe Evaluation durchführen.⁶ Es galt dabei, die Umsetzung der Art. 71a und 71b KVV und den damit verbundenen Aufwand für die Versicherer zu beurteilen, eingetretene Verbesserungen und Schwierigkeiten zu benennen sowie allfällige Handlungsmöglichkeiten der Versicherer oder des BAG zur Verbesserung der Situation aufzuzeigen. Die Evaluation hatte erstens zu beurteilen, inwiefern die *Voraussetzungen für einen rechtsgleichen Zugang* zu wirksamen Therapien gegeben sind. Im Vordergrund standen hier die Prüfverfahren der Versicherer, wobei die fachliche Qualität der einzelnen Entscheide nicht untersucht wurde. Vielmehr ging es um die Frage, inwieweit sowohl versicherungsintern als auch zwischen den Versicherern eine Angleichung der Vorgehensweisen und der angewendeten Kriterien bei der Beurteilung im Einzelfall stattgefunden hat. Zweitens wurde mit Bezug auf das Kriterium der *Wirtschaftlichkeit der OKP* insbesondere die Frage der Preisfestlegung thematisiert. Drittens waren die *Rechtzeitigkeit der Entscheide* und die *Praktikabilität* der neuen Regelung zu beleuchten.

Eine schriftliche Befragung aller in der OKP tätigen Krankenversicherer und ihrer vertrauensärztlichen Dienste diente dazu, die Umsetzungspraxis der Versicherer und damit verbundene Schwierigkeiten zu erheben. 78 Prozent der Versicherer und 46 Prozent der VAD nahmen an der Befragung teil. Die antwortenden Versicherer und VAD repräsentieren jeweils 94 Prozent aller obligatorisch versicherten Personen in der Schweiz.⁷ Zur Vertiefung einzelner Fragen führten die Forschenden zehn Expertengespräche mit Vertreterinnen und Vertretern von Leistungserbringern, der Pharmaindustrie, von vertrauensärztlichen Diensten sowie von Patientennorganisationen. Die Untersuchung

bezieht sich auf die Praxis der Versicherer zwischen März 2011 (Inkrafttreten der neuen Bestimmungen) und Juni 2013.

Resultate

Aufgrund der Antworten aus der Befragung wird die Anzahl der Kostengutsprache gesuche nach Art. 71a und 71b KVV gesamtschweizerisch auf rund 6000 bis 8000 pro Jahr geschätzt. Diese Hochrechnung basiert auf Angaben von 28 Krankenversicherern, die rund 89 Prozent der in der Schweiz versicherten Personen repräsentieren. Die meisten Gesuche stammen aus dem Fachbereich der Onkologie. Die Versicherer sind unterschiedlich häufig mit Gesuchen um Vergütung im Off-Label-Bereich konfrontiert.

Rechtsgleicher Zugang zu wirksamen Off-Label-Therapien

Bezüglich der Frage, inwieweit die Fallprüfung standardisiert erfolgt und somit die Rechtsgleichheit begünstigt, lassen sich folgende empirischen Resultate festhalten:

- Bei der Mehrheit der Versicherer und VAD ist eine einzige zentrale Einheit für die Beurteilung der Kostengutsprache gesuche zuständig, bei einer Minderheit erfolgen die Entscheide dezentral, also z.B. in regionalen Einheiten. Die Arbeitsteilung zwischen VAD und Versicherer ist nicht überall gleich. Bei allen VAD sind Bestrebungen einer zentralen Steuerung der Gesuchsbearbeitung erkennbar.
- Praktisch alle VAD setzen zur Beurteilung des therapeutischen Nutzens (auch) Modelle ein. Dabei kamen im Untersuchungszeitraum das 9-Felder-Modell und das MediScore-Modell weitaus am häufigsten zum Einsatz. Die VAD setzen aber auch weitere Modelle ein und stützen sich häufig auch auf Erfah-

rungswerte. Die Nutzenbewertungsmodelle und ihre Anwendung werden von einzelnen Vertrauensärztinnen und -ärzten sowie von behandelnden Leistungserbringern teilweise infrage gestellt.

- 26 Versicherer machten Angaben zum Anteil gutgeheissener Gesuche. Grosse Versicherer mit mindestens 100000 Versicherten (sie repräsentieren rund 80% aller Versicherten) beantworteten zwischen 70 und 90 Prozent der Gesuche positiv, kleine Versicherer zwischen 50 und 100 Prozent. Häufigster Ablehnungsgrund ist, dass der therapeutische Nutzen als zu gering beurteilt wird. Da die Angaben der Versicherer mehrheitlich auf Schätzungen beruhen, kann nicht abschliessend beurteilt werden, inwieweit diese Streuung auf einer unterschiedlichen Beurteilungspraxis beruht.

Seit Inkraftsetzung der neuen Verordnungsbestimmungen bestehen somit seitens der Versicherer deutlich verbesserte Prozessbedingungen einen rechtsgleichen Zugang zu Off-Label-Therapien. Die neu entwickelten Instrumente und Routineprozesse zur Beurteilung dieser Kriterien haben zu einer gewissen Konvergenz unter den VAD und Versicherern geführt. Da diese Instrumente und Prozesse noch nicht flächendeckend verbreitet sind und nicht systematisch angewandt werden, sind die Nutzenbeurteilung und Festlegung der Vergütung in der Praxis aber nach wie vor unterschiedlich.

⁶ Rüefli, Christian und Bolliger, Christian, *Off-Label-Use in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Evaluation der Umsetzung von Artikel 71a und 71b KVV*, Bern: BAG, 2014 (www.bag.admin.ch) → Das BAG → Evaluation → Berichte, Studien → Krankenversicherung

⁷ Einzelne VAD wie z.B. derjenige des Verbands der kleinen und mittleren Krankenversicherer (RVK) sind für mehrere Versicherer tätig. Aus diesem Grund deckt eine kleinere Anzahl antwortender VAD denselben Anteil Versicherter ab wie die antwortenden Versicherer.

Vergüteter Preis und Wirtschaftlichkeit der OKP

In den meisten Fällen handeln die Versicherer die Höhe der Vergütung mit der Herstellerfirma im Einzelfall aus. Zahlreiche Versicherer haben jedoch zu einzelnen Arzneimitteln und bei bestimmten Therapien pauschale Preisvereinbarungen mit Herstellerfirmen abgeschlossen. Einzelne Versicherer verzichten oft oder fast immer auf eine Preisverhandlung, vergüten also den Höchstpreis gemäss der SL.

Für etwas mehr als die Hälfte der Versicherten gilt, dass ihr Versicherer nur selten oder gar nie den Höchstpreis gemäss der SL vergütet. Für rund 40 Prozent der Versicherten gilt dagegen, dass ihr Versicherer in mehr als der Hälfte der Fälle von Off-Label-Use den vollen Höchstpreis gemäss SL vergütet. Häufigster Grund dafür ist, dass dem Versicherer der Aufwand für eine Preisverhandlung im Einzelfall im Vergleich zu den Kosten der Therapie als unverhältnismässig erscheint. Es kommt jedoch auch oft vor, dass der Versicherer seine Rabattforderung gegenüber der Herstellerfirma nicht durchsetzen kann. Dass sich Versicherer und Herstellerin nicht über die Vergütung einer Therapie einigen können und deshalb auf diese verzichtet werden muss, kommt selten vor. Ebenfalls selten begleichen Dritte bei Uneinigkeit die Kostendifferenz.

Nach den Angaben der Versicherer dauert die Erledigung von Gesuchen durchschnittlich knapp eine Kalenderwoche. Leistungserbringer nehmen gemäss Interviewaussagen die übliche Bearbeitungsdauer allerdings als länger wahr. Die Bearbeitung ist mit mehr Aufwand verbunden, wenn ungenügende Informationen in den Kostengutsprachege suchen zusätzliche Abklärungen zur Beurteilung des therapeutischen Nutzens erfordern oder wenn mit der Herstellerfirma

über die Vergütung der beantragten Therapie verhandelt werden muss. Einzelne Versicherer konnten die Dauer und den Aufwand für die Bearbeitung von Kostengutsprachege suchen senken, indem sie interne Routineprozesse einrichteten, Wissensdatenbanken aufbauten und Verträge mit Herstellerfirmen abschlossen.

Die organisatorischen Voraussetzungen und die Praxis der einzelnen Versicherer sind somit in der Grundtendenz der Wirtschaftlichkeit der OKP förderlich. Die Versicherer sind bestrebt, die Voraussetzungen für eine Vergütung systematisch zu prüfen und deren Höhe am therapeutischen Nutzen auszurichten. Es kommt jedoch in einer nicht zu vernachlässigenden Minderheit der Fälle vor, dass Versicherer den Höchstpreis vergüten, weil sie keine Preisverhandlungen aufnehmen oder die Herstellerfirma nicht zu einem Preisnachlass bereit ist. Obwohl sich die Versicherer gegenüber den Herstellern in einer schwachen Verhandlungsposition befinden, besteht Optimierungspotenzial.

Rechtzeitigkeit und Praktikabilität

Die Rechtzeitigkeit des Zugangs zu Off-Label-Therapien wird von den verschiedenen Akteuren unterschiedlich und ambivalent beurteilt. Besonders lange Bearbeitungs dauern kommen eher selten vor und es liegen keine konkreten Hinweise vor, dass versicherte Personen wegen einer langen Bearbeitungsdauer zu Schaden gekommen wären. Dennoch lässt sich die Gesuchsbearbeitung verschiedener Versicherer beschleunigen: Neben der Prozessorganisation der Versicherer ist der Informationsgehalt der eingereichten Kostengutsprachege suche ein wichtiger Faktor und dieser wird von den Versicherern teilweise bemängelt.

Aufgrund der bis anhin gemachten Erfahrungen beurteilen die befragten Akteure die Praktikabilität der Umsetzung von Art. 71a und 71b KVV tendenziell eher negativ: Eine ungenügende Informationslage der Kostengutsprachege suche beeinträchtigt die Nutzenbeurteilung und verzögert den Abklärungsprozess. Gewisse Probleme und Unzufriedenheit bestehen auch bei der Distribution und Verrechnung der Medikamente.

Schlussfolgerungen

Art. 71a und 71b KVV brachten verschiedene Verbesserungen im Off-Label-Use mit sich. So erfolgt die Beurteilung des therapeutischen Nutzens häufiger als vorher auf der systematischen Grundlage von Nutzenbewertungsmodellen. Es wurde eine gewisse Vereinheitlichung der Praxis erreicht, die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheide verbessert und die Entwicklung einer Routinepraxis ermöglicht. Da die rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der Vergütungshöhe klar festgehalten sind, wurden Verhandlungen zwischen Versicherern und Herstellerfirmen über die Vergütungshöhe etwas einfacher. Allerdings besteht immer noch Verbesserungspotenzial.

Hauptprobleme bei der Umsetzung

Abgesehen von administrativen und organisatorischen Aspekten identifizierte die Evaluation drei Hauptprobleme, die eine zielführende Umsetzung der Art. 71a und 71b KVV erschweren:

- Die aus Sicht der Versicherer und VAD oftmals dürftige Informationslage der Kostengutsprachege suche erschwert die Nutzenbeurteilung, führt zu Abklärungsaufwand

und kann den Bearbeitungsprozess verzögern.

- Bei der Nutzenbeurteilung im Einzelfall stellen sich grundsätzliche methodische Probleme, die sich aus der Sicht zahlreicher VAD auch mit den bestehenden Nutzenbewertungsmodellen nicht vollends bewältigen lassen.
- Sofern keine Vereinbarung zwischen Versicherer und Herstellerfirma besteht, kann Ersterer die festgelegte Vergütung gegenüber der Herstellerfirma nicht in jedem Fall durchsetzen. Diverse Herstellerfirmen zeigen nach Einschätzung der Versicherer wenig Kooperationsbereitschaft.

Verbesserungsmöglichkeiten

Die Evaluation ermittelte folgende Möglichkeiten zur weiteren Optimierung der Umsetzung von Art. 71a und 71b KVV:

- **Verbesserung der Informationslage der Kostengutsprache gesuche:** Je mehr fallrelevante Informationen die Kostengutsprache gesuche enthalten, desto besser ist die Grundlage für die Nutzenbeurteilung durch den VAD. So lassen sich ein zusätzlicher Abklärungsaufwand und Verzögerungen bei der Gesuchsbeurteilung vermeiden. Ein standardisiertes Antragsformular und eine gemeinsame Wissensda-

tenbank könnten die behandelnden Leistungserbringer bei der Gesuchstellung unterstützen.

- **Möglichst zentrale Zuständigkeit für die Beurteilung des therapeutischen Nutzens:** Je weniger Personen und Stellen an der Beurteilung des therapeutischen Nutzens beteiligt sind, desto besser sind die Voraussetzungen für eine einheitliche Beurteilung und für die Gewährung der Rechtsgleichheit. Einzelne VAD und Versicherer weisen diesbezüglich noch Optimierungspotenzial auf. Als Alternative zu einer Zentralisierung innerhalb der Versicherer bzw. VAD wurde vereinzelt vorgeschlagen, die Nutzenbeurteilung einem unabhängigen Fachgremium zu übertragen.
- **Vereinheitlichung der Methodik zur Beurteilung des therapeutischen Nutzens:** Die Voraussetzungen für eine rechtsgleiche Behandlung und die Praktikabilität der Umsetzung liessen sich durch eine weitere Vereinheitlichung der Nutzenbeurteilung erhöhen. Verschiedene Massnahmen dafür liessen sich branchenintern treffen, könnten vom Bund jedoch auch regulatorisch eingefordert oder verordnet werden. Sinnvoll wäre auch eine systematisch vergleichende Evaluation der verschiedenen Modelle zur Nutzenbeurteilung.
- **Vereinheitlichung der Methodik zur Festlegung der Vergütungshöhe**

anhand des therapeutischen Nutzens: Die Ermittlung der Vergütungshöhe in Abhängigkeit des therapeutischen Nutzens sollte mit Vorteil nach einer für alle Versicherer einheitlichen Methodik erfolgen. Dies würde den Umsetzungsaufwand reduzieren und zu homogeneren Ergebnissen führen. Eine solche standardisierte Regelung könnte im Rahmen einer Branchenlösung oder auf regulatorischer Ebene (KVV, SL) erfolgen.

- **Anpassung der Vergütungsregelung in der KVV:** Die Durchsetzbarkeit und Verbindlichkeit der Vergütungsregelung liesse sich erhöhen, indem in der KVV die Herstellerfirmen in geeigneter Form ausdrücklich als Normadressaten erwähnt würden und expliziter als bisher festgehalten würde, dass bei Off-Label-Use je nach therapeutischem Nutzen ein tieferer Preis zur Anwendung kommen kann.

Christian Rüefli, lic. rer. soc.,
Geschäftsführer Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
E-Mail: ruefli@buerovatter.ch

Christian Bolliger, Dr. rer. soc., Projektleiter
Büro Vatter, Politikforschung & -beratung
E-Mail: bolliger@buerovatter.ch

Spitalklassifizierung: Neuer Algorithmus für den Betriebsvergleich

Wie lassen sich einzelne Spitäler in Bezug auf ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander vergleichen? Im Folgenden wird ein Algorithmus zur Generierung von kosten- und risikohomogenen Gruppen beschrieben, die sich als Grundlage für einen Betriebsvergleich eignen. Im Unterschied zu der bestehenden Spitaltypologie des Bundesamts für Statistik ist der vorliegende Ansatz dynamisch und kann auch auf einzelne Spitalstandorte angewandt werden.



Kris Haslebacher
Bundesamt für Gesundheit

Die von den Spitälern angebotenen Leistungen und Behandlungen sollten eine hohe Qualität aufweisen und zugleich möglichst kostengünstig sein. Um die Erfüllung dieses Anspruchs zu überprüfen, sollten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsindikatoren der verschiedenen Spitäler miteinander

verglichen werden können. Dabei gilt es zu beachten, dass nicht alle Spitäler gleiches Patientengut betreuen, ein homogenes Leistungsspektrum abdecken oder dieselbe Infrastruktur anbieten. Vergleiche von statistisch unkorrigierten Indikatoren weisen daher oft systematische Verzerrungen auf, welche zu falschen Schlussfolgerungen führen können.

Um die Transparenz und Steuerbarkeit des Gesundheitssystems zu fördern, sollen die Indikatoren von verschiedenen Spitälern miteinander verglichen werden können. Der vorliegende Artikel präsentiert eine Methode zur Generierung von sieben Spitalkategorien für die Akutsomatik, mithilfe welcher sich die standardisierten durchschnittlichen Fallkosten¹ innerhalb einer Spitalkategorie vergleichen lassen.² Im Gegensatz zur

bereits bestehenden Spitaltypologie des Bundesamts für Statistik BFS (vgl. Kasten am Ende des Artikels) hat der neu entwickelte Ansatz den Vorteil, dass er sowohl auf ganze Spitalgruppen als auch auf einzelne Spitalstandorte angewendet werden kann.

Anhand der drei Indikatoren *Case-mix-Index CMI* (Mass für den durchschnittlichen Schweregrad der hospitalisierten Fälle), *Anzahl getroffener DRGs in einem Spital* (Diagnosebezogene Fallgruppen, nachfolgend: DRGs) sowie *Anteil der High-Outlier-Fälle an den gesamten Fällen des Spitals* (Anteil an stationären Aufenthalten, welche die obere Grenzverweildauer überschreiten, nachfolgend AHO) kann jedes Spital eindeutig einer von sieben Spitalkategorien zugeordnet werden. Dafür werden die Indikatoren des Spitals mit zuvor berechneten Schwellenwerten verglichen, welche Teil eines Entscheidungsbaumes (vgl. Grafik **G1**) sind.

Die Berechnung der Schwellenwerte für die Indikatoren erfolgt dynamisch, d.h. dass für eine bestimmte Periode diese Schwellenwerte sowohl *ex ante* errechnet als auch *ex post* neu errechnet werden können. So ist zum einen sichergestellt, dass sich strukturelle Veränderungen bei den Spitälern über die Schwellenwerte in der Typologie niederschlagen. Zum anderen ergibt sich eine gewisse Robustheit gegenüber potenziellen Manipulationsversuchen der Spitäler, die versucht sein könnten, einen bestimmten Schwellenwert gerade noch zu erreichen, um sich in einer anderen Spital-kategorie einzureihen.

Der hier dargestellte Algorithmus ist das Resultat mehrerer Entwicklungsiterationen mit dem Ziel, eine Typologie zu generieren, welche hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit (operationalisiert als standardisierte durchschnittliche Fallkosten) eine möglichst hohe Erklärungskraft³ auf-

- 1 Standardisierte durchschnittliche Fallkosten = $(1/CMI) \cdot \text{durchschnittliche Fallkosten}$
- 2 Voraussetzung für einen sinnvollen Vergleich ist des Weiteren eine gewisse Kostenhomogenität innerhalb der betrachteten Gruppe. Insbesondere für die Spitalkategorie 5 (vgl. Tabelle T1) ist diese Voraussetzung im Moment nicht erfüllt.
- 3 Die Erklärungskraft der Typologie für die standardisierten durchschnittlichen Fallkosten ist mit einem angepassten R^2 von ca. 0,35 für das Jahr 2012 in etwa gleich gross wie diejenige der Spitaltypologie des BFS. Die Datenquellen für diese Berechnungen: *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2012* sowie *Diagnosebezogene Fallkosten 2012*: www.bfs.admin.ch → Themen → 14 – Gesundheit → Leistungen und Inanspruchnahme → Krankenhäuser → Detaillierte Daten → Standardtabellen → 2013–2010

weist, wobei gleichzeitig möglichst wenige Spitalkategorien erzeugt werden sollen. Mit der Methode der Anwendung von Schwellenwerten in einem Entscheidungsbaum wurde bewusst auf eine Klassifizierungslogik gesetzt, welche sich so einfach wie möglich handhaben lässt, sofern die Schwellenwerte vorliegen.

Neben der Auswahl der Indikatoren an sich wurde auch evaluiert, wie viele Schwellenwerte je Indikator nötig sind und wie sich einzelne Spitalkategorien zusammenführen lassen.

Der Algorithmus

Das Ziel war es, einen Algorithmus zu entwickeln, über den jedes Spital n aufgrund von M Kategorisierungsfaktoren eindeutig einer Spitalkategorie zugeordnet werden kann. Dabei wird zuerst jeder Kategorisierungsfaktor in eine bestimmte Anzahl sinnvoller Intervalle unterteilt, welche es wiederum erlauben, jedes Spital einer Subgruppe k je Kategorisierungsfaktor zuzuteilen. Durch die Kombination aller Subgruppen für die M -Kategorisierungsfaktoren ergibt sich schliesslich eine Spitaltypologie, wobei maximal $\prod_{m=1}^M K_m$ Kategorien entstehen können. Durch die Fusion einzelner Kombinationsmöglichkeiten, kann diese maximale Anzahl an Kategorien weiter reduziert werden, sofern dies aus inhaltlichen Gründen angezeigt ist.

Die Generierung der verschiedenen Subgruppen für einen Kategorisierungsfaktor erfolgt mit dem *k*-Means-Clusteringverfahren.⁴ Dabei wird die Summe der quadrierten Distanzen der beobachteten Werte zu einem Clusterschwerpunkt über alle Cluster minimiert. Für den vorliegenden Algorithmus wurde diese Berechnung mit der Statistiksoftware *R* vorgenommen. Dabei wurde auf die implementierte Methodik von *Hartigan und Wong*⁵ zurückgegriffen.

Für jeden Kategorisierungsfaktor wurde ein Bereich definiert, ab wel-

chem eine Beobachtung als Ausreisser gilt und deshalb für die Generierung der Subgruppen ausgeschlossen wird. Dieser Schritt ist notwendig, weil das Clusteringverfahren für einzelne Variablen sonst Subgruppenlösungen generiert, welche im Extremfall nur ein (Ausreisser-)Spital umfassen. Bei der Betrachtung des verwendeten Datenmaterials wurde schnell klar, dass eine automatische, einfache Regel für die Identifikation der Ausreisser nicht zielführend gewesen wäre. Deshalb sind die Schwellenwerte für Ausreisser heuristisch definiert.

Berechnung der Schwellenwerte für die einzelnen Kategorisierungsfaktoren

Nach dem Konvergieren des *k*-Means-Algorithmus werden die Intervallgrenzen zwischen den Clustern bestimmt, welche danach als Schwellenwerte figurieren. Dabei wird die Intervallgrenze zwischen zwei sich angrenzenden Clustern mit der folgenden Formel beschrieben:

$$\frac{\left(\begin{array}{l} \text{Höchster Wert} \\ \text{aller Beobachtung} \\ \text{des Clusters mit den} \\ \text{tieferen Werten} \end{array} \right) + \left(\begin{array}{l} \text{Tiefster Wert aller} \\ \text{Beobachtung des} \\ \text{Clusters mit den} \\ \text{höheren Werten} \end{array} \right)}{2}$$

• **Schwellenwerte für den CMI:** Für den CMI werden insgesamt zwei Schwellenwerte (was drei Subgruppen entspricht) berechnet. Abgesehen von Spitälern mit einem $CMI > 1,5$ (Ausreisser) werden die Werte aller Spitäler beim Clusteringverfahren berücksichtigt.

• **Schwellenwert für DRGs:** Hier wird nur ein Schwellenwert (was zwei Subgruppen entspricht) ermittelt. Das Clusteringverfahren wird dabei nicht auf die ganze Grundgesamtheit angewendet, sondern nur auf diejenigen Spitäler, welche einen

CMI aufweisen, der über dem ersten errechneten Schwellenwert für die Variable CMI liegt. Diese Filterung der Grundgesamtheit hängt mit der Fusion der einzelnen Subgruppen zusammen, wie sie in Grafik **G1** beschrieben ist.

- **Schwellenwert für AHO:** Beim AHO wird auch nur ein Schwellenwert (der zwei Subgruppen trennt) berechnet. Neben den als Ausreisser klassifizierten Werten ($AHO > 0,15$) werden nur die Werte derjenigen Spitäler für das Clusteringverfahren verwendet, welche
 - a) einen CMI aufweisen, welcher über dem ersten errechneten Schwellenwert für die Variable CMI liegt;
 - b) mehr unterschiedliche DRGs behandeln als der für die Variable DRGs definierte Schwellenwert.

Wiederum liegt die Filterung in der Logik der darauffolgenden Fusion der Subgruppen begründet.

Fusionierung der Subgruppen

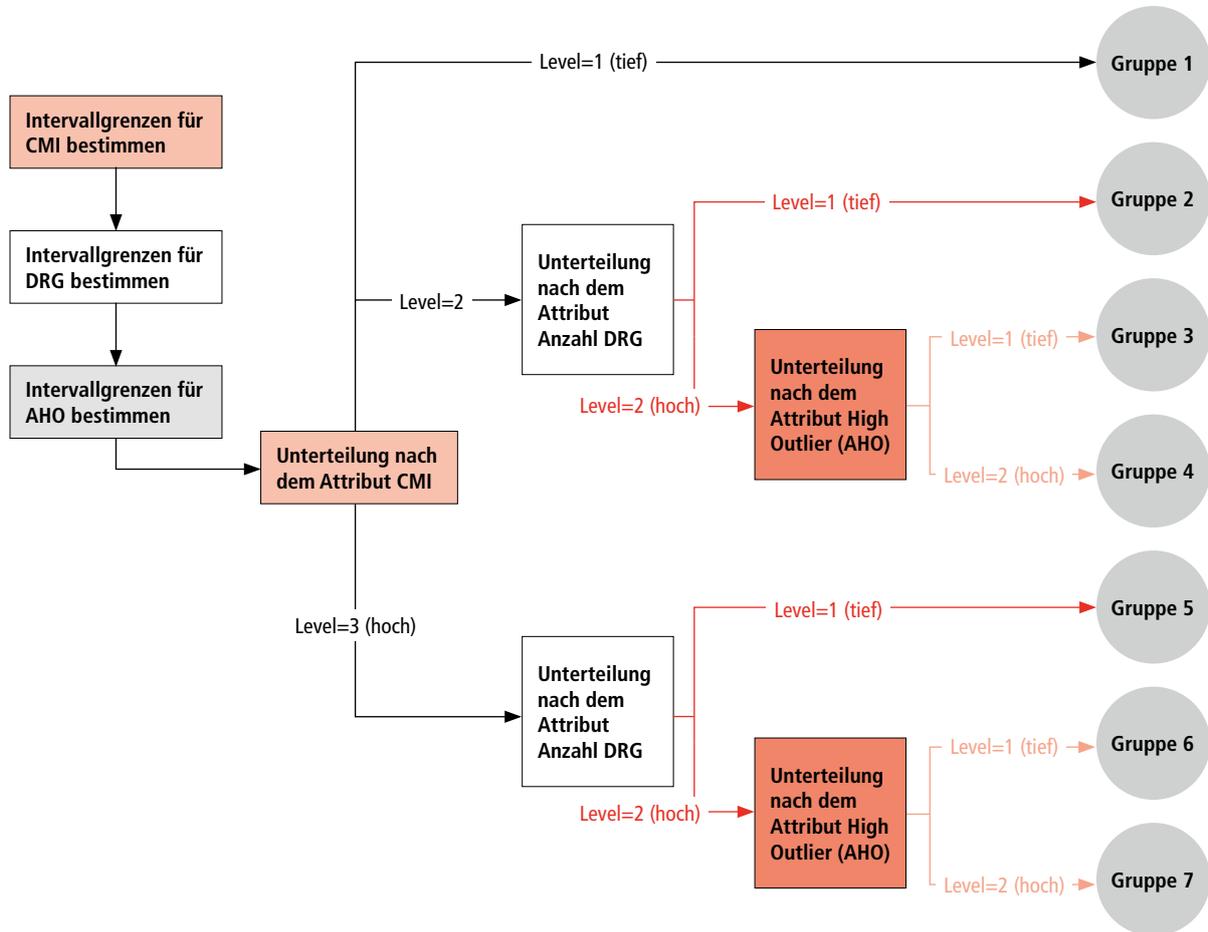
Nach der Berechnung aller Schwellenwerte werden die sieben Spitalkategorien gebildet, indem erneut nach dem in Grafik **G1** dargestellten Schema vorgegangen wird. Zur Veranschaulichung wird nachfolgend ein kleines hypothetisches Beispiel aufgeführt. Es wird angenommen, dass die Schwellenwerte für die drei Kategorisierungsfaktoren *ex ante* berechnet worden sind und folgende Werte resultieren:

4 Als Startpunkte für die Clusterschwerpunkte für den Algorithmus werden jeweils die Mittelwerte der Beobachtungen nach Quantilen verwendet. Bei $k=2$ werden die beiden Subgruppen, aus welchen die Mittelwerte errechnet werden, durch den Median getrennt; bei $k=3$ erfolgte die Trennung durch die Tertile und bei $k=4$ durch die Quartile usw.

5 Hartigan, John A. und Manchek A. Wong, «A K-means clustering algorithm», in *Applied Statistics* 28, 1979, S. 100–108

Entscheidungsbaum für die Kategorisierung der Akutspitäler

G1



Angenommene Schwellenwerte:

- CMI 0,60; 0,97
- DRGs 360
- AHO 0,05

Das hypothetische Spital *n* weist einen CMI von 0,71, 402 verschiedene DRGs und einen AHO von 2 Prozent auf. Bei der Unterteilung nach dem Attribut CMI liegt der Wert des Spitals zwischen dem ersten und zweiten Schwellenwert, d.h. in der mittleren Subgruppe (Level 2), was bedeutet, dass der mittlere Ast des Entschei-

nungsbaums verwendet wird. Danach muss das Attribut DRGs mit dem Schwellenwert verglichen werden. Da $402 > 360$, wird dem unteren Ast des Entscheidungsbaums (Level 2) gefolgt. Für das dritte Attribut (AHO) gilt $2 < 5$ Prozent; das hypothetische Spital liegt in der dritten Spitalkategorie.

Resultate

In einem Testlauf wurden – basierend auf Daten der «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2012» des BSF⁶ – die Schwellenwerte nach dem dargestellten Algorithmus berechnet. Dabei wurden nur die Akut-

spitäler berücksichtigt. Es resultierten folgende Schwellenwerte:

- CMI 0,60; 0,97
- DRGs 360
- AHO 0,05

Diese Schwellenwerte konnten danach verwendet werden, um allen (anonymisierten) Spitalern in der «Diagnosebezogenen Fallkostenstatistik 2012» des BFS eine Spitalkategorie zuzuordnen. Im Gegensatz zur Medizinischen Statistik beinhaltet die Fallkostenstatistik nur die Daten etwa der Hälfte aller Akutspitäler. Dafür enthält sie Angaben zu den effektiven Fallkosten. Dies erlaubt es, Kennzahlen je Spitalkategorie auszuweisen (vgl. Tabelle T1):

Die Fallkosten nehmen von der Kategorie 1 bis zur Kategorie 7 stetig zu.

6 Die für den Algorithmus benötigten Kategorisierungsfaktoren wurden durch die Gruppierung der Fälle mit dem SwissDRG-Groupier 2012 V 1.0 erzeugt.

Deskriptive Statistik je Spitalkategorie

T1

Spitalkategorie	Anzahl Spitäler	Median der SDFK* über alle Spitäler	Quartilsdispersions- koeffizient**
1	8	7232	0,18
2	37	8734	0,12
3	31	8735	0,08
4	5	8834	0,15
5	9	10323	0,42
6	5	9382	0,12
7	5	11 351	0,12

* standardisierte durchschnittliche Fallkosten in Franken

** Quantifizierung der Kostenheterogenität = (3. Quartil – 1. Quartil)/Median

Quelle: eigene Berechnung

Die Ausnahme bildet die Kategorie 5, deren Spitäler einen hohen CMI ausweisen, aber nur einige wenige DRGs behandeln. Der Definition folgend beinhaltet diese Kategorie viele Spezialkliniken mit ganz unterschiedlichen Leistungsspektren, welchen mit dem

vorliegenden Algorithmus zu wenig Rechnung getragen werden kann. Dies widerspiegelt sich ebenfalls im relativ hohen Quartilsdispersionskoeffizienten dieser Kategorie: Die Fallkosten für die verschiedenen Spitäler dieser Kategorie sind weniger homogen als

in den anderen Spitalkategorien. Den höchsten Wert für die Fallkosten weist Kategorie 7 aus, in welche im Wesentlichen die Universitätsspitäler fallen.

Verwendung

Das BAG verwendet die hier dargestellte Methode für Betriebsvergleiche. Die hierfür notwendigen Datengrundlagen werden vom BFS zur Verfügung gestellt. Das BFS unterstützt das Vorgehen, pflegt und berechnet die Grunddaten für die Kategorisierung der Gruppen. BAG und BFS stimmen sich über die Methodik und ihre Weiterentwicklung miteinander ab.

Kris Haslebacher, MSc Economics, Gesundheitsökonom, Sektion Datenmanagement und Statistik, BAG
E-Mail: kris.haslebacher@bag.admin.ch

Typologie des BFS

Im Gegensatz zu der hier dargestellten Typologie steht bei der Typologie des BFS nicht der Betriebsvergleich im Vordergrund, sondern vielmehr das gesamte Leistungsspektrum im stationären Bereich. Neben den Spitälern der Akutsomatik umfasst Letztere daher ebenfalls Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken.

Verwendet wird die Typologie des BFS primär, um in den Statistiken der Gesundheitsversorgung ähnlich strukturierte Betriebe gruppiert darstellen zu können. Dabei kann die Wiedergabe sowohl aus einer Querschnitt- als auch aus einer Längsschnittperspektive erfolgen. Aus diesem Grund muss die Typologie des BFS über die Zeit so stabil wie möglich bleiben. Weitere wichtige Kriterien sind die Kompatibilität mit nationalen und internationalen statistischen Nomenklaturen sowie die Einfachheit und Verständlichkeit der einzelnen Kategorien. Seit Einführung der Methodik 2006 basiert die BFS-Typologie auf folgenden Merkmalen: Das Spektrum des Leistungsangebotes, die Leistungsspezialisierung, die Gewichtung der angebotenen Weiterbildungskategorien sowie das Gesamtvolumen der Leistungen. Die aktuelle BFS-Spitaltypologie umfasst folgende Kategorien:

K	Krankenhäuser	K1	Allgemeine Krankenhäuser	K11	Zentrumsversorgung	K111	Versorgungsniveau 1 (Universitätsspitäler)
				K12	Grundversorgung	K112	Versorgungsniveau 2
						K121	Versorgungsniveau 3
						K122	Versorgungsniveau 4
						K123	Versorgungsniveau 5
		K2	Spezialkliniken	K21	Psychiatrische Kliniken	K211	Versorgungsniveau 1
						K212	Versorgungsniveau 2
				K22	Rehabilitationskliniken	K221	Rehabilitationskliniken
				K23	Andere Spezialkliniken	K231	Chirurgie
						K232	Gynäkologie/Neonatologie
						K233	Pädiatrie
						K234	Geriatric
						K235	Diverse Spezialkliniken

Rechnungsergebnisse 2014 der AHV, IV und der EO

Die AHV verzeichnete 2014 ein Betriebsergebnis von 1 707 Mio. Franken (Umlageergebnis von –320 Mio. Fr.). Ende 2014 belief sich das Kapital der AHV auf 44 788 Mio. Franken.

Die IV generierte dank der IV-Zusatzfinanzierung (befristete Anhebung der Mehrwertsteuer) und des Bundesgesetzes über die Sanierung der IV (Sonderbeitrag des Bundes an die IV-Zinsen) zusätzliche Einnahmen von 1291 Mio. Franken. Der Beitrag des Bundes berechnet sich seit 2014 nach einem neuen Finanzierungsmechanismus und betrug in diesem Jahr 38,6 Prozent der IV-Ausgaben. Die Ausgaben der IV waren rückläufig (–0,6%). Das Betriebsergebnis der IV lag bei 922 Mio. Franken. Die Schulden konnten per Ende 2014 auf 12 843 Mio. Franken reduziert werden. Das Betriebsergebnis der EO schlug mit 170 Mio. Franken zu Buche. Ende 2014 lagen im EO-Fonds 968 Mio. Franken. Die Beiträge (AHV, IV, EO) stiegen 2014 um 1,4 Prozent auf 36 750 Mio. Franken.

Das sind 217 Mio. oder 4,5 Prozent mehr als im Vorjahr.

Die Mehrwertsteuererträge aus dem Demografieprozent (83% für die AHV, 17% für den Bund) sind um 0,2% auf 2 323 Mio. Franken gestiegen.

Die Einnahmen aus der Besteuerung der Spielbankenerträge zugunsten der AHV in Höhe von 285 Mio. Franken sind gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen (–7,3%). Die Einnahmen aus Regress lagen bei 6 Mio. Franken (–17,3%).

Aufwand

Die Ausgaben der AHV stiegen gegenüber dem Vorjahr um 2,2 Prozent auf 40 866 Mio. Franken (2013: 39 976 Mio. Fr.). Sie umfassen Geldleistungen sowie Kosten für individuelle Leistungen, Beiträge an Institutionen und Organisationen sowie Durchführungs- und Verwaltungskosten.

Die Geldleistungen, hauptsächlich die Renten, stiegen um 2,2 Prozent und lagen bei 40 483 Mio. Franken. Grund für den Zuwachs der Renten um 2,2 Prozent ist die demografiebedingte Zunahme des Rentenbestandes. Die Geldleistungen umfassen auch die Hilflosenentschädigungen der AHV (550 Mio. Fr., +0,7%) und Rückerstattungen von Beiträgen an Ausländerinnen und Ausländer (69 Mio. Fr., +7,7%).

Für die übrigen Bereiche (Kosten für individuelle Massnahmen, Beiträge an Organisationen, Durchführungs- und Verwaltungskosten) sind 384 Mio. Franken aufgewendet worden (2013: 376 Mio. Fr., +2,1%).

Betriebsergebnis und Kapitalkontostand AHV

2014 schloss die AHV mit einem negativen Umlageergebnis (Einnahmen ohne Anlageerträge und Zinsbelastung IV, minus Ausgaben). Das

Geschäftsfeld Mathematik, Analysen und Statistik, Bereich Mathematik, BSV
Bundesamt für Sozialversicherungen

Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)

Ertrag

Die Versicherungseinnahmen (alle Einnahmen ausser den Erträgen auf den Anlagen sowie den Zinsen auf den IV-Schulden) haben gegenüber dem Vorjahr um 1,4 Prozent auf 40 546 Mio. Franken zugenommen (2013: 39 989 Mio. Fr.). Die Einnahmen stammen aus Beiträgen der Versicherten und der Arbeitgeber, dem Bundesbeitrag, der Mehrwertsteuer, der Besteuerung der Spielbankenerträge zugunsten der AHV sowie aus Regresseinnahmen. Die höheren Einnahmen erklären sich im Wesentlichen durch die Zunahme der Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber. Diese

sind um 1,4 Prozent auf 29 942 Mio. Franken angestiegen. Die Beitragseinnahmen deckten einen Anteil von 73,3 Prozent des Aufwandes (2013: 73,9%).

Der Beitrag des Bundes an die AHV-Jahresausgaben beträgt 19,55 Prozent (Art. 103 AHVG) und belief sich 2014 auf 7 989 Mio. Franken. Das sind 2,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Der Bund konnte seinen Finanzierungsanteil zu 37,1 Prozent (2013: 38,5%) durch zweckgebundene Einnahmen decken: 2 487 Mio. Franken gehen auf die Alkohol- und Tabaksteuer zurück, 476 Mio. Franken auf den Bundesanteil (17%) am Mehrwertsteuerprozent, das aus Demografiegründen zugunsten der AHV zusätzlich erhoben wird. Der Restbetrag von 5 026 Mio. Franken wurde mit allgemeinen Bundesmitteln finanziert.

Betriebsrechnung der AHV 2014

T1

Einnahmen	Beträge in Fr.	Veränderung in %
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	29 942 037 945	1,4
Beitrag Bund (19,55% von AHV-Ausgaben)	7 989 367 523	2,2
Mehrwertsteuer	2 323 331 752	0,2
Spielbanken	285 326 966	-7,3
Einnahmen aus Regress	6 154 893	-17,3
Zahlungen von haftpflichtigen Dritten	7 296 212	-13,3
Regresskosten	-1 141 319	17,3
Andere Erträge	279 791	-84,9
Total Versicherungseinnahmen	40 546 498 870	1,4
Ausgaben		
Geldleistungen	40 482 505 181	2,2
Ordentliche Renten	40 702 469 989	2,8
Ausserordentliche Renten	11 290 358	-5,9
Überweisung und Rückvergütung von Beiträgen		
bei Ausländer/innen	68 831 882	7,7
Hilflosenentschädigungen	549 836 742	0,7
Fürsorgeleistungen an Schweizer/innen im Ausland	98 950	-10,7
Rückerstattungsforderungen	-850 022 740	37,7
Kosten für individuelle Massnahmen	72 791 462	8,6
Hilfsmittel	71 372 538	6,8
Assistenzbeitrag	1 418 925	765,7
Beiträge an Institutionen und Organisationen	113 721 195	-0,5
Organisationen der Altershilfe	97 221 195	1,7
Individ. Finanzhilfen an alte Menschen (PS)	16 500 000	0,0
Individ. Finanzhilfen an Hinterlassene (PJ)	0	-100,0
Durchführungskosten	11 920 116	14,5
Verwaltungskosten	185 392 089	0,6
Posttaxen	20 710 847	-14,1
Kosten AHVG	102 358 565	1,3
IV-Stellen (Leistungen zu Lasten der AHV)	17 528 250	3,4
Zuschüsse an die AK	12 352 503	6,0
Kosten AHV-Ausgleichsfonds, Anteil	32 441 923	6,0
Total Ausgaben	40 866 330 043	2,2
Umlageergebnis (Einnahmen minus Ausgaben)	-319 831 173	
Anlageertrag und Zinsen auf der IV-Forderung	2 027 017 628	126,7
Anlageergebnis, Anteil	1 751 710 138	188,6
Zinsen auf den IV-Schulden	275 307 490	-4,1
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen und Zinsbelastung IV)	1 707 186 454	88,1
Kapitalkonto	44 787 572 699	4,0

Umlageergebnis lag bei -320 Mio. Franken, während es 2013 mit 14 Mio. Franken praktisch ausgeglichen war.

Die Anlageerträge lagen 2014 bei 1 752 Mio. Franken (2013: 607 Mio. Fr.). Dank der Anlageerträge und der Zinsen der IV zugunsten der AHV von 275 Mio. Franken (-4,1%; die rückläufigen Zinsen sind auf den Abbau der IV-Schuld gegenüber der AHV zurückzuführen) schliesst die AHV das Jahr 2014 mit einem Überschuss von 1 707 Mio. Franken (2013: 908 Mio. Fr.).

Nach den Rechnungsüberschüssen in den Jahren 2011 bis 2013 und dem Kapitaltransfer von 5 000 Mio. Franken vom AHV-Fonds in den IV-Fonds IV Anfang 2011 (siehe Kap. Invalidenversicherung) wies die AHV Ende 2013 einen Kapitalbestand von 43 080 Mio. Franken aus. Dank der Überschüsse 2014 belief sich das Kapital der IV auf 44 788 Mio. Franken (+4,0%). Das entspricht 109,6 Prozent einer Jahresausgabe (2013: 107,8%). Damit wurde die Bedingung von Artikel 107 Absatz 3 AHVG, wonach der Ausgleichsfonds in der Regel nicht unter den Betrag einer Jahresausgabe sinken darf, wiederum erfüllt. Werden jedoch die der IV geliehenen Mittel in der Höhe von 12 843 Mio. Franken (2013: 13 765 Mio. Fr.) in Abzug gebracht, verfügt die AHV über 31 945 Mio. Franken (2013: 29 315 Mio. Fr.). Dies entspricht 78,2 Prozent der Jahresausgaben (2013: 73,3%).

Invalidenversicherung (IV)

Ertrag

Die Versicherungseinnahmen (alle Einnahmen ohne Ertrag der Anlagen) stiegen gegenüber dem Vorjahr um 1,3 Prozent auf 9 939 Mio. Franken (2013: 9 814 Mio. Fr.). Die Beiträge (Versicherte und Arbeitgeber) beliefen sich auf 5 018 Mio. Franken. Das ist ein Plus von 1,4 Prozent.

Bis 2013 entsprach **der Bundesbeitrag** 37,7 Prozent der Jahresausgaben der IV (ordentlicher Bundesbeitrag),

gemäss Artikel 78 IVG. Ab 2014 berechnet sich der Bundesbeitrag gemäss dem **neuen Finanzierungsmechanismus der IV**, der im Rahmen der 6. IV-Revision, 1. Massnahmenpaket, beschlossen wurde. Der Bundesbeitrag folgt nicht mehr den IV-Ausgaben, sondern, ausgehend von seinem Beitrag 2010/2011 (arithmetisches Mittel aus 2010 und 2011), den Mehrwertsteuereinnahmen. Dabei wird ein Diskontierungsfaktor berücksichtigt, um den Bundesbeitrag zu dämpfen, da die Mehrwertsteuereinnahmen tendenziell schneller wachsen als die IV-Ausgaben. Der Bundesbeitrag nach dem neuen Finanzierungsmechanismus schlug 2014 mit 3 576 Mio. Franken zu Buche. Das entspricht 38,6 Prozent der Ausgaben (2013: 3 508 Mio. Fr., +1,9%).

Die IV-Zusatzfinanzierung sieht eine **befristete Anhebung der Mehrwertsteuersätze zugunsten der IV während 7 Jahren** vor. Konkret wird die MwSt vom 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2017 von 7,6 auf 8 Prozent (Normalsatz) erhöht. 2014 betragen die zusätzlichen Mehrwertsteuereinnahmen 1 119 Mio. Franken. Das entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Zuwachs von 0,2 Prozent.

Kraft des seit 1. Januar 2011 geltenden Bundesgesetzes über die Sanierung der IV **übernimmt der Bund** in Abweichung von Art. 78 IVG für den Zeitraum der Mehrwertsteuererhöhung **die jährliche Zinsbelastung der IV**. Neben dem ordentlichen Bundesbeitrag beteiligte sich der Bund mit 172 Mio. Franken auch am Saldo der IV-Zinsschulden gegenüber der AHV (Höhe der geschuldeten Zinsen: 275 Mio. Fr.).

Am 1. Januar 2011 wurde ein von der AHV getrennter IV-Fonds eingerichtet. Aus dem AHV-Fonds flossen 5 000 Mio. Franken in den neuen IV-Fonds. In der Bilanz des IV-Ausgleichsfonds wird der in der Bilanz des AHV-Ausgleichsfonds aufgeführte IV-Verlustvortrag (Stand am 31.12.2010: 14 944 Mio. Fr.) in den Passiven ausgewiesen.

Betriebsrechnung der IV 2014

T2

Einnahmen	Beträge in Fr.	Veränderung in %
Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber	5 018 092 309	1,4
Beiträge Bund gem. neuem Finanzierungsmechanismus ab 2014	3 576 000 000	1,9
MwSt.-Einnahmen (2011–2014)	1 119 365 016	0,2
Sonderbeitrag Bund an IV-Zins	171 516 566	–4,1
Einnahmen aus Regress	53 724 375	–8,9
Zahlungen von haftpflichtigen Dritten	62 377 117	–8,1
Regresskosten	–8 652 743	–2,9
Andere Erträge	35 176	–88,4
Total Versicherungseinnahmen	9 938 733 442	1,3
Ausgaben		
Zinsen auf den IV-Schulden zu Gunsten der AHV	275 307 490	–4,1
Geldleistungen	6 506 943 839	–1,2
Ordentliche Renten, inkl. Nachzahlungen	5 008 097 612	–2,8
Ausserordentliche Renten, inkl. Nachzahlungen	765 301 765	3,7
Taggelder	518 298 327	5,7
Hilflosenentschädigungen	427 395 892	1,2
Fürsorgeleistungen an Schweizer/innen im Ausland	904 729	–11,5
Rückerstattungsforderungen	–245 479 494	–2,8
Beitragsanteil zu Lasten der IV	32 425 007	5,8
Kosten für individuelle Massnahmen	1 648 704 895	1,8
Medizinische Massnahmen	778 716 275	–1,0
Frühinterventionsmassnahmen	38 577 819	18,2
Integrationsmassnahmen	45 287 379	10,7
Massnahmen beruflicher Art	557 000 041	2,1
Hilfsmittel	201 222 644	3,7
Reisekosten	5 748 091	1,6
Assistenzbeitrag	31 376 321	43,3
Rückerstattungsforderungen	–9 223 676	20,1
Beiträge an Organisationen	145 377 410	–3,7
Baubeiträge	–1 533 187	
Beiträge an Organisationen	133 860 597	–2,9
Beitrag an Pro Infirmis	13 050 000	–1,5
Durchführungskosten	177 704 548	8,4
Abklärungsmassnahmen	157 686 072	8,3
Kosten und Parteientschädigungen	20 018 476	9,1
Verwaltungsaufwand	500 160 534	0,0
Posttaxen	4 811 828	–10,1
Verwaltungskosten	35 084 722	2,9
Abschreibung Immobilien IV-Stellen	1 610 874	0,2
IV-Stellen (inkl. RAD)	453 865 263	–1,1
Kosten Fondsverwaltung, Anteil	5 035 798	8,9
Kostenrückerstattungen	–247 950	–94,2
Total Ausgaben	9 254 198 716	–0,6
Umlageergebnis	684 534 726	34,6
Anlageergebnis, Anteil	237 799 732	206,9
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen)	922 334 458	57,3
Kapital	5 000 000 000	0,0
Verlustvortrag	12 843 040 034	–6,7

Aufwand

Die Ausgaben der IV sind gegenüber dem Vorjahr um 0,6 Prozent gesunken. Sie beliefen sich auf 9254 Mio. Franken (2013: 9306 Mio. Fr.).

Die Geldleistungen verursachten einen IV-Ausgabenanteil von 70,3 Prozent (6507 Mio. Fr., -1,2%). Geldleistungen sind hauptsächlich IV-Renten, Taggelder und Hilflosenentschädigungen. Die Rentenzahlungen selbst (inklusive Nachzahlungen und Rückerstattungen) schlugen mit 5528 Mio. Franken zu Buche (59,7% der Ausgaben). Das entspricht einem Rückgang von 2,0 Prozent. Die Taggelder (518 Mio. Fr.) mit den darauf geschuldeten Arbeitgeberbeiträgen (32 Mio. Fr.) nahmen um 5,7 Prozent zu. Zurückzuführen ist dieser Anstieg fast ausschliesslich auf die vermehrte Leistungsbeanspruchung, werden doch während der verstärkten Integrationsbemühungen Taggelder bezahlt. Die Auslagen für Hilflosenentschädigungen (427 Mio. Fr.) sind um 1,2 Prozent gestiegen.

Die Kosten für individuelle Massnahmen stiegen um 1,8 Prozent auf 1649 Mio. Franken (17,8% der IV-Ausgaben). Die medizinischen Massnahmen schlugen mit 779 Mio. Franken zu Buche (-1,0%). Die Frühintervention, die Integrationsmassnahmen und die Massnahmen beruflicher Art verursachten Kosten von 641 Mio. Franken (+3,5%). Die Ausgaben für Hilfsmittel stiegen um 3,7 Prozent.

Durchführungskosten (+8,4%) und Verwaltungsaufwand (0%) stiegen insgesamt um 2 Prozent. Seit 2010 wird der Aufwand der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) unter dem Verwaltungsaufwand verbucht (Aufwand IV-Stellen, inkl. RAD). Somit wird der institutionellen Organisation der Versicherung besser Rechnung getragen. Der Aufwand der IV-Stellen, einschliesslich RAD, ist um 0,9 Prozent zurückgegangen. Zum Verwaltungsaufwand zählen die Kosten für die Verwaltung des IV-Fonds, die sich auf rund 5 Mio. Franken belaufen

(Einrichtung des vom AHV-Fonds unabhängigen IV-Fonds, per 1. Januar 2011).

Die Zinsbelastung der IV für die Schulden beim AHV-Ausgleichsfonds betrug 275 Mio. Franken (-4,1%). Die Schulden der IV gegenüber der AHV beliefen sich Ende Dezember 2014 auf 12 843 Mio. Franken (Ende 2013 13 765 Mio. Fr.).

Betriebsergebnis und Stand des Kapitalkontos IV

Dank zusätzlicher Einnahmen aufgrund der Zusatzfinanzierung und des Bundesgesetzes über die Sanierung der IV (**befristete Anhebung der MwSt, Sonderbeitrag des Bundes an die IV-Zinsen** während der Dauer der Mehrwertsteuererhöhung) von 1291 Mio. Franken konnten die Auslagen der Versicherung zu 107,4 Prozent mit IV-Einnahmen gedeckt werden. Ohne diese Mehreinnahmen hätten die IV-Einnahmen 93,4 Prozent der Ausgaben gedeckt. Das IV-Umlageergebnis verzeichnete einen Überschuss von 685 Mio. Franken (2013: 509 Mio. Fr.).

Dank der Anlageerträge auf dem Kapitalkonto von 5000 Mio. Franken (238 Mio. Fr.) schloss die IV mit einem Betriebsergebnis von 922 Mio. Franken (2013: 586 Mio. Fr.). Somit konnte die IV 2014 ihren Rechnungsüberschuss von 922 Mio. Franken zum Abbau der verbliebenen Schuld einsetzen, die sich per Ende 2014 von 13 675 Mio. Franken (Ende 2013) auf 12 843 Mio. Franken verringert hat.

Erwerbsersatzordnung (EO)

Ertrag

Der EO-Beitragssatz wurde per 1. Januar 2011 um 0,2 Prozentpunkte von 0,3 auf 0,5 Prozent (paritätische Beiträge) erhöht. Die Anhebung ist auf fünf Jahre befristet und soll sicherstellen, dass die von der EO ausgerichteten Leistungen garantiert sind und die gesetzlichen Vorgaben zur

Liquidität bis Ende 2015 wieder erfüllt werden (der Bestand der flüssigen Mittel und Anlagen des EO-Fonds darf nicht unter 50 einer Jahresausgabe sinken). Die paritätisch von Arbeitnehmenden und Arbeitgebern getragene befristete Erhöhung soll es dem Fonds ermöglichen, die gesetzlichen Reservevorgaben wieder zu erreichen. Der Bundesrat wird im Laufe des Jahres 2015 entscheiden, ob der EO-Beitragssatz weiterhin bei 0,5 Prozent bleiben soll.

Die Beitragseinnahmen (Versicherte und Arbeitgeber) sind im Jahr 2014 auf 1790 Mio. Franken angestiegen, was einem Zuwachs von 1,4 Prozent entspricht.

Aufwand

Die Geldleistungen (Taggelder für Armee, Zivildienst, Jugend und Sport, Zivildienst und Mutterschaft), sind um 1,9 Prozent gestiegen und erreichten 1 666 Mio. Franken (2013: 1 635 Mio. Fr.).

Die Leistungen bei Mutterschaft nahmen gegenüber dem Vorjahr um 4,8 Prozent zu, die Zahl der entschädigten Mütter um 3,9 Prozent und die durchschnittliche Entschädigung pro Mutter um 1,5 Prozent (Quelle: EO-Register 2014). Der Anteil der Mutterschaftsentschädigungen an den gesamten Geldleistungen betrug 49,2 Prozent oder rund 819 Mio. Franken. Die EO-Taggelder für Dienstleistende (Armee, Zivildienst, Jugend und Sport), die sich auf 50,8 Prozent der Ausgaben beliefen, sind insgesamt um 0,8 Prozent zurückgegangen und lagen bei rund 846 Mio. Franken. Rückläufig waren die Entschädigungen für Dienstleistende in der Armee (628 Mio. Fr.) und im Zivildienst 53 Mio. Fr.). Das entspricht einem Minus von 3,7 Prozent beziehungsweise von 1,2 Prozent. Die Anzahl entschädigter Tage sank um 4,5 Prozent (Armee) beziehungsweise um 1,1 Prozent (Zivildienst). Beim Zivildienst stiegen die Ausgaben für Entschädigungen um 12 Prozent auf 152 Mio. Franken (+14% bei der Anzahl entschädigter Tage).

Betriebsrechnung der EO 2014

Einnahmen	Beträge in Fr.	Veränderung in %
Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber	1 790 345 818	1,4
Andere Erträge	1 420	-6,9
Total Versicherungseinnahmen	1 790 347 238	1,4
Ausgaben		
Geldleistungen	1 665 524 477	1,9
Entschädigungen	1 589 533 957	1,9
Rückerstattungsforderungen	-206 188 887	4,7
Beitragsanteil zu Lasten der EO	96 609 407	1,6
Verwaltungskosten	2 938 199	-6,0
Posttaxen	846 036	-12,2
Kosten EOG	1 270 619	-16,2
Kosten Fondsverwaltung, Anteil	821 545	26,8
Total Ausgaben	1 668 462 677	1,8
Umlageergebnis	121 884 561	-4,7
Anlageergebnis, Anteil	47 951 314	263,1
Betriebsergebnis (inkl. Ertrag der Anlagen)	169 835 875	20,4
Kapitalkonto	967 769 201	21,3

Die Verwaltungskosten (2,9 Mio. Fr.) sanken um 6,0 Prozent (die Ausgaben gemäss Art. 29 ATSG gingen um 16,2% zurück, die Verwaltungskosten des Fonds stiegen um 26,8%).

Betriebsergebnis und Stand des EO-Ausgleichsfonds

Das Umlageergebnis der Versicherung betrug 122 Mio. Franken. Zusammen mit den Anlageerträgen von 48 Mio. Franken (2013: 13 Mio. Fr.) resultierte im Betriebsergebnis ein Plus von 170 Mio. Franken (+20,4%). Mit diesem Betriebsergebnis beläuft sich das Kapital des EO-Fonds auf 968 Mio. Franken; das entspricht einem Zuwachs von 21,3 Prozent (2013: 798 Mio. Fr.). Ende 2014 verfügte der EO-Fonds über flüssige Mittel und Anlagen in der Höhe von 47,1 Prozent einer Jahresausgabe (2013: 37,3%). Dieser Anteil nimmt kontinuierlich zu, liegt aber immer noch unter den gemäss Artikel 28 Absatz 3 ATSG vorgeschriebenen 50 Prozent einer Jahresausgabe.

Ertrag und Aufwand 2014 der Sozialversicherungen (Zusammenfassung)

Die drei Sozialwerke AHV, IV und EO erzielten 2014 bei Erträgen von 52 276 Mio. Franken und Aufwendungen von 51 789 Mio. Franken ein Umlageergebnis von insgesamt 487 Mio. Franken.

Die drei Versicherungen erwirtschafteten einen Anlageertrag von 2 037 Mio. Franken. Die Zinsen auf der IV-Schuld in der Höhe von 275 Mio. Franken eingerechnet, schlossen sie mit einem positiven Betriebsergebnis von 2 799 Mio. Franken ab.

Sozialversicherungen AHV, IV, EO im Jahr 2013: Ertrag und Aufwand; Umlageergebnis und Betriebsergebnis
(in Mio. Franken)

	AHV 2014	2013	IV 2014	2013	APG 2014	2013	Total 2014
Ertrag (ohne Kapitalerträge und Zinsbelastung IV)	40 546	39 989	9 939	9 814	1 790	1 766	52 276
Aufwand	40 866	39 976	9 254	9 306	1 668	1 638	51 789
Umlageergebnis	-320	14	685	509	122	128	487
Anlageergebnis	1 752	607	238	77	48	13	2 037
Zins auf IV-Schuld	275	287					275
Betriebsergebnis	1 707	908	922	586	170	141	2 799
Kapitalkonto	44 788	43 080	5 000	5 000	968	798	50 755
Stand der IV-Schulden			12 843	13 765			

Arbeit

14.4101 Postulat Schmid-Federer Barbara vom 9.12.2014: Potenzial von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern besser nutzen

Nationalrätin Barbara Schmid-Federer (CVP/ZH) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat soll im Rahmen seiner Aktivitäten rund um die Bekämpfung des Fachkräftemangels beauftragt werden:

1. Eine Bestandaufnahme an den Fachhochschulen durchzuführen, welche Aus- und Weiterbildungen für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer es heute bereits gibt.
2. Zu prüfen, welche Anreize der Bund schaffen müsste, damit Fachhochschulen Studiengänge für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nachhaltig anbieten und ausbauen.
3. Zu prüfen, welche zusätzlichen Massnahmen notwendig sind, damit sich ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bereits vorhandene Kompetenzen anrechnen lassen könnten.»

Antrag des Bundesrats vom 18.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulats.

Familie, Generationen und Gesellschaft

14.3785 Motion Tschäppät Alexander vom 24.9.2014: Eidgenössische Kommission für Alters- und Generationenfragen

Nationalrat Alexander Tschäppät (SP/BE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, eine eidgenössische Kommission für Alters- und Generationenfragen ge-

mäss den Artikeln 57 bis 57g RVOG einzusetzen. Dabei ist auch eine Vertretung der Städte vorzusehen.»

Antrag des Bundesrats vom 18.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.4115 Postulat Regazzi Fabio vom 10.12.2014: Theoretische Grundlagen der Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz zur sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Unabhängige wissenschaftliche Untersuchung

Nationalrat Fabio Regazzi (CVP/TI) hat folgendes Postulat eingereicht:

«In den Antworten auf die Interpellationen Regazzi 14.3421 und Streiff-Feller 14.3419 zur «Love Life»-Kampagne 2014 vertritt der Bundesrat die Meinung, dass die sexualisierten Bilder der Kampagne «Minderjährigen nicht schaden und auch keinen Einfluss auf die sexuelle Entwicklung haben». Er stützt sich dabei auf die Meinung der «Experten in der Sexualpädagogik» der Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz (SGS), mit welcher das Bundesamt für Gesundheit im Bereich Prävention von HIV und anderen STI sowie der Sexualpädagogik – z.B. am inzwischen geschlossenen Kompetenzzentrum Sexualpädagogik und Schule an der PHZ Luzern – seit einigen Jahren zusammenarbeitet. Die Thesen zur (psycho-)sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, auf welchen die SGS all ihre Angebote in den Bereichen Prävention und Sexualpädagogik aufbaut, sind aber unter Experten sehr umstritten. Wir fordern daher den Bundesrat auf, eine Prüfung dieser Grundlagen durch eine insbesondere von der SGS unabhängige Expertenkommission aus Medizinern, Entwicklungspsychologen und Allgemeinpädagogen zu veranlassen und darauf gestützt einen Bericht zu präsentieren.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

14.4252 Motion Trede Aline vom 12.12.2014: Staatssekretariat für Familie

Nationalrätin Aline Trede (GPS/BE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, ein Staatssekretariat für Familie zu schaffen.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.4161 Motion Trede Aline vom 11.12.2014: Elternurlaub

Nationalrätin Aline Trede (GPS/BE) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Gesetzesentwurf für einen Elternurlaub von 18 Monaten – wovon mindestens sechs Monate vom Vater bezogen werden sollen – vorzulegen.»

Antrag des Bundesrates vom 18.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gesundheitspolitik

14.4025 Motion Sozialdemokratische Fraktion (Sprecherin Feri, Yvonne) vom 26.11.2014: Prävention von häuslicher Gewalt. Eine Aufgabe für die Gesundheitspolitik

Die Sozialdemokratische Fraktion im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, das Problem der häuslichen Gewalt zu einem Schwerpunkt der nationalen Gesundheitspolitik zu machen.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

14.4026 Postulat Sozialdemokratische Fraktion (Sprecherin Amarelle, Cesla) vom 26.11.2014: Medizinische Versorgung bei häuslicher Gewalt. Politische Konzepte und Praktiken der Kantone sowie Prüfung eines ausdrücklichen Auftrages im Opferhilfegesetz

Die Sozialpolitische Fraktion im Nationalrat hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, eine Bestandesaufnahme über die politischen Konzepte und Praktiken der Kantone bei der medizinischen Versorgung in Fällen von häuslicher Gewalt zu erstellen und die Möglichkeit zu analysieren, im Opferhilfegesetz (OHG) einen entsprechenden Auftrag explizit zu verankern.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

14.4165 Postulat Lehmann Markus vom 11.12.2014: Pflegekostenversicherung auf den Prüfstand. Schutz des eigenen Vermögens!

Nationalrat Markus Lehmann (CVP/BS) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht vorzulegen zum Thema einer obligatorischen Pflegekostenversicherung.

Dabei sollen speziell untersucht werden:

1. Mit welchen Zusatzkosten müssen die Bürger und Bürgerinnen bis 2030 rechnen (erhöhte Krankenkassenprämien und Steuern), wenn die Regelung der Pflegefinanzierung unverändert bleibt (Kosten pro Kopf des Status Quo)?

2. Welche Finanzierungsvarianten könnten im Vordergrund stehen, das Kapitaldeckungsverfahren oder ein Umlageverfahren?

3. Welche Variante (Status Quo, Kapitaldeckungsverfahren, Umlageverfahren) würde die Kostenentwicklung der Alterspflege eher positiv bzw. negativ beeinflussen?

4. Welche Varianten könnten erfolgreich umgesetzt werden, damit kein Ungerechtigkeitsgefühl entsteht – also ab wann und wie viel soll für eine Pflegeversicherung einbezahlt werden, was passiert mit nicht benötigten Ersparnissen im Kapitaldeckungsverfahren usw.?

5. Dass durch eine Pflegekostenversicherung die Ergänzungsleistungen zurückgehen, wird eine positive Nebenerscheinung sein. Kann dadurch eine steuerliche Abzugsfähigkeit berücksichtigt werden, falls ein «Obligatorium» nicht mehrheitsfähig wäre?

6. Sieht er andere hier nicht aufgelistete Gründe und Anreize für eine obligatorische Pflegekostenversicherung? »

Antrag des Bundesrats vom 6.3.2015

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

14.4205 Motion Feri Yvonne vom 11.12.2014: Integration der Thematik häusliche Gewalt in die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen

Nationalrätin Yvonne Feri (SP/AG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit Kantonen, Hochschulen, Berufsverbänden des Gesundheitswesens und weiteren Akteuren dafür zu sorgen, dass

1. häusliche Gewalt in der Grundausbildung aller Gesundheitsberufe im

prüfungsrelevanten Lernzielkatalog verankert ist,

2. häusliche Gewalt in den Lehrmitteln der Gesundheitsberufe berücksichtigt und

3. die Weiterbildung zu häuslicher Gewalt für Gesundheitsfachpersonen gefördert wird.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Gleichstellung

14.4167 Motion Leutenegger Oberholzer Susanne vom 11.12.2014: Geschlechterquoten. Wo bleibt der Bund als Vorreiter und Vorbild?

Nationalrätin Susanne Leutenegger Oberholzer (SP/BL) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird eingeladen, die Geschlechterquote von 30 Prozent, die er mit einer Revision des Aktienrechts für die leitenden Organe der juristischen Personen im OR vorschlägt, in den leitenden Organen der bundeseigenen und bundesnahen Institutionen (Unternehmen, Aufsichtsbehörden usw.) spätestens bei der nächsten Gesamterneuerung der Organe einzuhalten. Eine vergleichbare Zielnorm soll er im Kader der Bundesverwaltung bei jeder Mutation einhalten.

Sollte er das Ziel bei der Gesamterneuerung der leitenden Organe der Institutionen des Bundes im Einzelfall und als Ausnahme nicht erreichen, so ist dem Parlament begründet darzulegen, warum die Quote nicht eingehalten werden kann und was der Bundesrat gegen diesen Missstand unternimmt. Dem Parlament ist jährlich über die Fortschritte in der Durchsetzung der Geschlechterquote Bericht zu erstatten.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Invalidenversicherung

14.4256 Postulat Schenker Silvia vom 12.12.2014:

Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades. Benachteiligung tiefer Einkommen beseitigen

Nationalrätin Silvia Schenker (SP/BS) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, in einem Bericht darzulegen, wie die Berechnungsmethode für den Invaliditätsgrad bei der Invalidenversicherung aussehen müsste, damit die Benachteiligungen des heutigen Systems beseitigt werden können.»

Antrag des Bundesrates vom 18.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung des Postulats.

14.4266 Postulat Hess Lorenz vom 12.12.2014: Invalidenversicherung. Steuererleichterungen und Anreizsystem für eine bessere Eingliederung

Nationalrat Lorenz Hess (BDP/BE) hat folgendes Postulat eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt darzulegen, wie durch ein koordinier-

tes und effizientes Unterstützungssystem für Arbeitgeber und/oder steuerliche oder anderweitige finanzielle Massnahmen für die Unternehmen Anreize geschaffen werden können für eine bessere Eingliederung der IV-Rentnerinnen und -Rentner in den Arbeitsprozess. Die Begleitung der Eingliederung soll unter Einbezug der Sozialpartner erfolgen.»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Annahme des Postulats.

Sozialpolitik

14.4070 Motion Grünliberale Fraktion (Sprecher Weibel, Thomas) vom 4.12.2014: Rahmengesetz für die Sozialhilfe

Die Grünliberale Fraktion im Nationalrat hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, ein schlankes Rahmengesetz für Sozialhilfe vorzulegen. Ziel ist, ohne Leistungsausweitung die demokratische Legitimität der angewendeten Richtlinien zu erhöhen. Zudem sollen Schwelleneffekte, welche als Negativanreiz für die Integration in die Arbeitswelt wirken, eliminiert und Mehrspurigkeiten in der Verwaltung abgebaut werden.»

Antrag des Bundesrates vom 18.2.2015

Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

Sozialversicherungen

14.4134 Motion Pezzatti Bruno vom 10.12.2014: Fortschritt statt Bürokratie bei den Ausbildungszulagen

Nationalrat Bruno Pezzatti (FDP/ZG) hat folgende Motion eingereicht:

«Der Bundesrat wird beauftragt, dem Parlament die gesetzliche Grundlage für ein Ausbildungsbestätigungsregister zu unterbreiten. Das Register soll an das bereits bestehende Familienzulagenregister gekoppelt sein. Ziele sind, dank elektronischer Datenübermittlung, der Abbau unnötiger und aufwendiger bürokratischer Prozesse und die Missbrauchsbekämpfung. Bildungsinstitutionen (Berufsfachschulen, Hoch- und Mittelschulen) sollen dem Register Anspruchsberechtigte automatisch melden. Weiter ist zu prüfen, inwiefern andere Sozialversicherungen, welche Ausbildungsbeiträge finanzieren, auf das Register zurückgreifen können (insbesondere AHV, zweite Säule, IV und Unfallversicherungen).»

Antrag des Bundesrats vom 11.2.2015

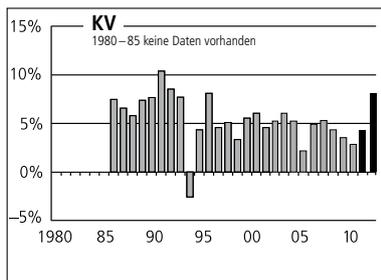
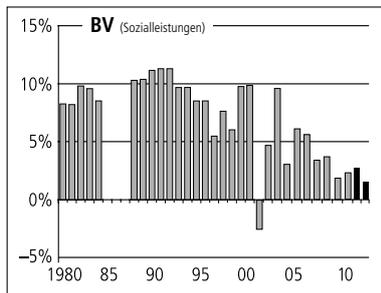
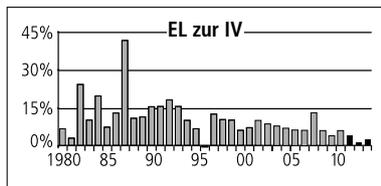
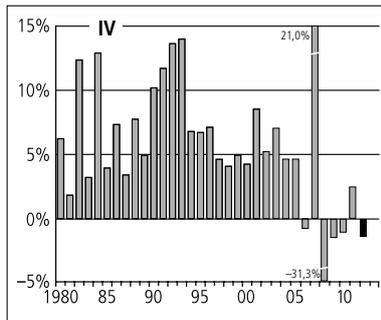
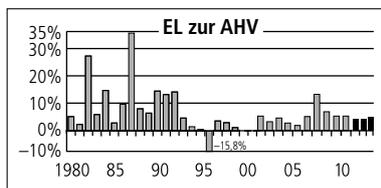
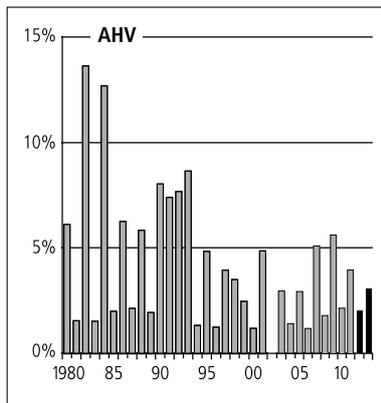
Der Bundesrat beantragt die Ablehnung der Motion.

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

Vorlage: Geschäftsnr. Curia Vista	Datum der Botschaft	Publ. im Bundesblatt	Erstrat		Zweitrat		Schluss- abstimmung (Publ. im BBl)	Inkrafttreten/ Volksentscheid
			Kommission	Plenum	Kommission	Plenum		
Bundesgesetz über die Reform der Altersvorsorge 2020: 14.088	19.11.14	BBl 2015, 1	SGK-S 15./16.1., 10.2.15 FK-S 29.1.15					
Änderung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen (Anrechenbare Mietzinsmaxima): 14.098	17.12.14	BBl 2015, 849						
Freizügigkeitsgesetz. Ansprüche bei Wahl der Anlagestrategie durch die versicherte Person: 15.018	11.2.15	BBl 2015, 1793						
Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung: 12.027	15.2.12	BBl 2012, 1941	SGK-S 17.4., 21.5., 18.6., 22./23.8., 21./22.10., 15.11.12; 21.1.13; 11.9.14	SR 18.3.13, 4.3.14 (Ablehnung Rückweisung) 16.9., 22.9.14	SGK-N 23.5., 24./25.10.13, 20./21.2., 26./27.5., 26./27.6., 14.8.14	NR 4./5.12.13 (Rückweisung an den Bundesrat), 10.3.14 (Zustimmung; keine Rückweisung) 9.9., 17.9.14	26.9.14	
Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Risikoausgleich; Trennung von Grund- und Zusatzversicherung): 13.080	20.9.13	BBl 2013, 7953	SGK-S 10.2.14; 15.1.15	SR 2.3.15	SGK-N 6./7./8.11.13			
Bundesgesetz über die Unfallversicherung. Änderung: 08.047	30.5.08	BBl 2008, 5395 BBl 2014, 7911 (Zusatzbotschaft)	SGK-N 20.6., 9.9., 16.10., 6./7.11.08; 15./16.1., 12./13.2., 26./27.3., 27.8., 9.10., 29.10.09; 28.1., 24.6.10, 13./14.11.14; 16.4., 28.5.15	NR 11.6.09 (Rückweisung des Entwurfs 1 an SGK-N, Sistierung des Entwurfs 2), 22.9.10 (Rückweisung der Vorlage 1 an den Bundesrat)	SGK-S 31.1.11	SR 1.3.11 (Rückweisung des Entwurfs 1 an den Bundesrat, Zustimmung zur Sistierung des Entwurfs 2)		
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Brasilien: 14.075	5.11.14	BBl 2014, 8833		NR 5.3.15				
Soziale Sicherheit. Abkommen mit Uruguay: 14.017	12.2.14	BBl 2014, 1733	SGK-S 3./4.4.14	SR 13.6.14		NR 24.11.14		24.3.015
ZGB. Vorsorgeausgleich bei Scheidung: 13.049	29.5.13	BBl 2013, 4887	RK-S 1./2.7., 27.8., 14.11.13; 15.1., 15.5.14	SR 12.6.14	RK-N 13./14.11.14; 22./23.1.15			
Volksinitiative «AHVplus: für eine starke AHV»: 14.087	19.11.14	BBl 2014, 9281	FK-S 29.1.15 SGK-S 10.2.15					
Volksinitiative «Für Ehe und Familie – gegen die Heiratsstrafe»: 13.085	23.10.13	BBl 2013, 8513	FK-N 30./31.1.14 WAK-N 24./25.2., 7./8.4., 19./20.5., 23.6., 10.11.14	NR 10.12.14	FK-S 24./25.3.14; 29.1.15	SR 11.12.14 4.3.15	18.3.15	
Volksinitiative «Erbstehsteuerreform»: 13.107	13.12.13	BBl 2014, 125	WAK-S 27./28.3., 25.8.14 SPK-S 21.8.14	SR 3.6.14 (Rückweisung an WAK) 24.9.14	WAK-N 20./21.10.14	NR 8.12.14	12.12.14	
Volksinitiative «Für ein bedingungsloses Grundeinkommen» 14.058	27.8.14	BBl 2014, 6551	FK-N 13./14.10.14 SGK-N 13./14.11.14					

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

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



AHV

		1990	2000	2010	2013	2014	Veränderung in % VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	20 355	28 792	38 495	40 884	...	0,1%
davon Beiträge Vers./AG		16 029	20 482	27 461	29 539	...	2,3%
davon Beiträge öff. Hand		3 666	7 417	9 776	10 441	...	2,6%
Ausgaben		18 328	27 722	36 604	39 976	...	3,0%
davon Sozialleistungen		18 269	27 627	36 442	39 781	...	3,0%
Total Betriebsergebnis		2 027	1 070	1 891	908	...	-55,2%
Kapital²		18 157	22 720	44 158	43 080	...	2,2%
BezügerInnen AV-Renten	Personen	1 225 388	1 515 954	1 981 207	2 142 753	...	2,6%
BezügerInnen Witwen/r-Renten		74 651	79 715	120 623	133 343	...	3,6%
AHV-Beitragszahlende		4 289 839	4 548 926	5 217 000	5 423 000	...	1,1%

EL zur AHV

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

IV

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

EL zur IV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Ausgaben (= Einnahmen)	Mio. Fr.	32	847	1 751	1 923	1 967	2,3%
davon Beiträge Bund		69	182	638	678	702	-3,6%
davon Beiträge Kantone		241	665	1 113	1 245	1 264	1,5%
BezügerInnen	(Personen, bis 1997 Fälle)	30 695	61 817	105 596	111 400	112 864	1,3%

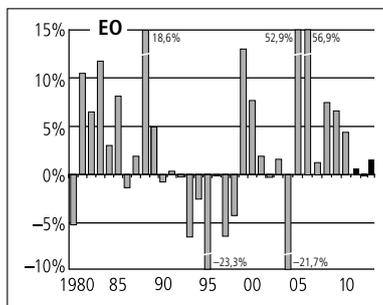
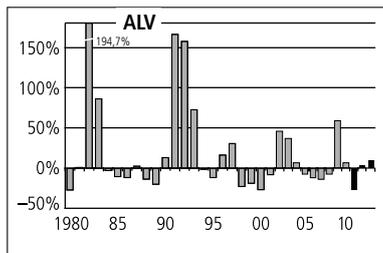
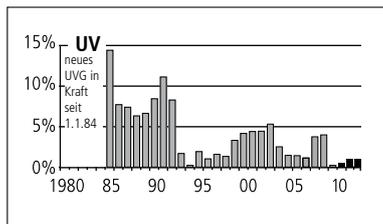
BV/2.Säule Quelle: BFS/BSV

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

KV Obligatorische Krankenpflegeversicherung OKPV

		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	8 869	13 930	22 528	25 189	...	1,9%
davon Prämien (Soll)		6 954	13 442	22 051	24 984	...	2,3%
Ausgaben		8 417	14 056	22 123	25 459	...	8,0%
davon Leistungen		8 204	15 478	24 292	27 926	...	7,8%
davon Kostenbeteiligung d. Vers.		-801	-2 288	-3 409	-3 895	...	5,1%
Rechnungssaldo		451	-126	405	-270	...	-123,7%
Kapital		5 758	6 935	8 651	12 096	...	-1,1%
Prämienverbilligung		332	2 545	3 980	4 015	...	1,2%

Veränderung der Ausgaben in % seit 1980



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

ALV Quelle: seco		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	736	6 230	5 752	6 890	7 031	2,0%
davon Beiträge AN/AG		609	5 967	5 210	6 269	6 404	2,2%
davon Subventionen		-	225	536	611	618	1,2%
Ausgaben		452	3 295	7 457	6 302	6 293	-0,1%
Rechnungssaldo		284	2 935	-1 705	587	737	25,5%
Kapital		2 924	-3 157	-6 259	-2 886	-2 149	-25,5%
BezügerInnen ³	Total	58 503	207 074	322 684	296 151	...	6,1%

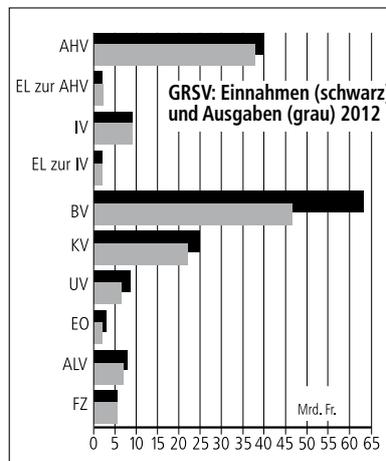
EO		1990	2000	2010	2013	2014	VR ¹
Einnahmen	Mio. Fr.	1 060	872	1 006	1 779	...	1,5%
davon Beiträge		958	734	985	1 766	...	2,3%
Ausgaben		885	680	1 603	1 638	...	2,0%
Total Betriebsergebnis		175	192	-597	141	...	-4,5%
Kapital		2 657	3 455	412	798	...	21,5%

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

Gesamtrechnung der Sozialversicherungen GRSV* 2013

Sozialversicherungsbranche	Einnahmen Mio. Fr.	Veränderung 2012/2013	Ausgaben Mio. Fr.	Veränderung 2011/2012	Rechnungssaldo Mio. Fr.	Kapital Mio. Fr.
AHV (GRSV)	40 722	2.1%	39 976	3.0%	746	43 080
EL zur AHV (GRSV)	2 605	3.2%	2 605	3.2%	-	-
IV (GRSV)	9 871	1.1%	9 306	0.1%	565	-8 765
EL zur IV (GRSV)	1 923	0.6%	1 923	0.6%	-	-
BV (GRSV) (Schätzung)	67 682	6.7%	50 518	1.7%	17 164	712 500
KV (GRSV)	25 189	2.3%	25 459	5.7%	-270	12 096
UV (GRSV)	7 629	0.4%	6 338	2.2%	1 291	48 823
EO (GRSV)	1 777	2.4%	1 638	2.0%	138	798
ALV (GRSV)	6 890	-1.0%	6 302	8.7%	587	-2 886
FZ (GRSV)	5 736	5.0%	5 626	3.5%	110	1 314
Konsolidiertes Total (GRSV)	169 331	3.7%	148 998	3.0%	20 332	806 960

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



Volkswirtschaftliche Kennzahlen

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

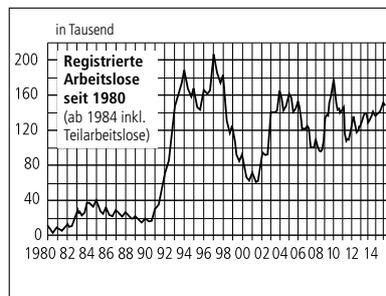
Arbeitslose

	Ø 2012	Ø 2013	Ø 2014	Jan 15	Feb 15	März 15
Registrierte Arbeitslose	125 594	136 524	136 764	150 946	149 921	145 108
Arbeitslosenquote ⁶	2.9%	3.2%	3.2%	3.5%	3.5%	3.4%

Demografie

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

	2013	2015	2020	2030	2040	2050
Jugendquotient ⁷	33,0%	32,9%	33,2%	35,0%	34,3%	34,0%
Altersquotient ⁷	29,5%	31,1%	33,7%	42,6%	48,0%	50,4%



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

- 6 Anteil der registrierten Arbeitslosen an der Zahl der erwerbstätigen Wohnbevölkerung.
- 7 Jugendquotient: Jugendliche (0–19-Jährige) im Verhältnis zu den Aktiven. Altersquotient: RentnerInnen (M < 65-jährig / F < 64-jährig) im Verhältnis zu den Aktiven. Aktive: 20-Jährige bis Erreichen Rentenalter (M 65 / F 64).

Quelle: Schweiz. Sozialversicherungsstatistik 2015 des BSV; seco, BFS.
Auskunft: salome.schuepbach@bsv.admin.ch

Agenda

Tagungen, Seminare, Lehrgänge

Datum	Veranstaltung	Ort	Auskünfte
7.5.2015	Luzerner Tagung zum Kindes- und Erwachsenenschutz	Messe, Luzern	Hochschule Luzern Jlanit Schumacher Tel. 041 367 48 83 jlanit.schumacher@hslu.ch www.hslu.ch → Agenda
21./22.5.2015	3. Nationale Konferenz Jugend und Gewalt	Palazzo dei Congressi, Lugano	Nationales Präventionsprogramm Jugend und Gewalt www.jugendundgewalt.ch → Vernetzung → Agenda → Nationale Konferenzen
3./4.6.2015	Verfahrensfragen zum Sozialhilferecht für Mitarbeitende in Sozialämtern	Andreas-Zentrum, Gossau	Rechts- und Gemeindeberatung www.rgb-sg.ch → Kurse nach Rubriken → Sozialhilferecht
15.6.2015	Lehrgang Job-Coaching – Supported Employment	Zürich und Umgebung	Agogis Weiterbildung Tel. 043 366 71 40
8.7.2015	Schweizer Fachtagung zu Erscheinungsformen von Jugendgewalt – Hintergründe und Präventionsmöglichkeiten	Kongresshaus, Zürich	Schweizerisches Institut für Gewaltein-schätzung www.sifg.ch → Fachtagungen
11./12.7.2015	Steuern und Sozialversicherungen	Schloss Hünigen, Konolfingen	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
25.8.2015	Sozialversicherungsrechtstagung 2015, 2. Durchführung	Grand Casino, Luzern	Universität St.Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
25.-27.8.2015	INSOS-Kongress: Zukunft gestalten	Hotel Waldhaus, Flims	INSOS Schweiz www.insos.ch → Veranstaltungen
27.8.2015	Das Krankenversicherungsgesetz: Mehr Autonomie – mehr Erfolg?	Grand Casino, Luzern	Universität St. Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
7.-9.9.2015	Durchführungsfragen des Leistungsrechts der beruflichen Vorsorge	Kartause Ittingen, Warth	Universität St. Gallen Institut für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis www.irp.unisg.ch → Veranstaltungen → Tagungen
10./11.9.2015	Europäische Sozialfirmenkonferenz	Olten	Fachhochschule Nordwestschweiz Hochschule für soziale Arbeit www.socialfirmsconference.ch
10./11.9.2015; 29./30.10.2015; 10./11.12.2015; 11./12.2.2016; 14./15.4.2016; 9./10.6.2016	Zukunftsmarkt Altersarbeit	Bern	Pro Senectute Schweiz Tel. 044 283 89 41 www.pro-senectute.ch → Angebote
1./2.10.2015	Berufliche Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung	Zürich	Agogis Weiterbildung Tel. 043 366 71 40 www.agogis.ch → Weiterbildung

Europäische Sozialfirmenkonferenz

Die Zahl der Menschen, welche vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, stieg in den letzten Jahren an. Die Folge: eine Zunahme von prekären Situationen und der Zahl der Armutsbetroffenen. Parallel gewann die Arbeitsintegration in der Armutsbekämpfung an Bedeutung. Sozialfirmen gelten als ein Königsweg der Arbeitsintegration. Inwiefern tragen Sozialfirmen zur Armutsbekämpfung bei, was ist hinderlich? Solche Fragen stehen im Zentrum der Keynotes, Workshops und Diskussionsrunden der Sozialfirmenkonferenz 2015. Das Ziel: Erfolgreiche Strategien der Armutsbekämpfung im Dialog zwischen Praxis, Politik und Wissenschaft weiterzuentwickeln. Angesprochen sind Fach- und Führungskräfte aus Sozialfirmen, Politik, Verwaltung und Forschung aus der Schweiz und aus Europa.

INSOS-Kongress: Zukunft gestalten

Die Ratifizierung der UNO-Behindertenrechtskonvention im Frühling 2014 war ein grosser Moment – für die Menschen mit Behinderung wie für die gesamte Branche. Die Konvention bietet die Chance, bisherige Haltungen und Einstellungen im Licht der Paradigmen Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung grundlegend zu hinterfragen. Gleichzeitig ist sie eine Aufforderung an die Institutionen, ihre Strukturen, Prozesse und Dienstleistungsangebote bedarfsorientiert weiterzuentwickeln und dabei grosses Gewicht auf die Partizipation von Menschen mit Behinderung zu legen. Wie gelingt es, Menschen mit Behinderung an Entscheidungsprozessen zu beteiligen? Was bedeutet Leadership in der geteilten Verantwortung? Und welche Bedeutung haben Kooperationen auf dem Weg zu Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung? Zu diesen und anderen brennenden Fragen nehmen die Referierenden in Flims Stellung.

Literatur

Alter

Interdisziplinäre Perspektiven auf Multimorbidität und Alter, hg. von Adelheid Kuhlmeier et al., Bern 2015, Hans Huber Verlag, CHF 53.90, ISBN 978-3-45685-467-0

Seit Mitte 2004 eröffnet das Graduiertenkolleg «Multimorbidität im Alter» jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Chance, über ein Thema im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit im höheren Lebensalter zu forschen. Kennzeichen dieses von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Kollegs ist Interdisziplinarität im Sinne einer Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven auf Multimorbidität und Alter. Der vorliegende Sammelband stellt ausgewählte Ergebnisse dieser Forschung dar und verweist auf die Bedeutung des Zusammenwirkens unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Disziplinen für eine angemessene Versorgungspraxis in Gesellschaften des langen Lebens.

Gleichstellung

Rogger, Franziska, **«Gebt den Schweizerinnen ihre Geschichte»**. Marthe Gosteli, ihr Archiv und der übersehene Kampf ums Frauenstimmrecht, Zürich 2015, NZZ-Verlag, CHF 48.–, ISBN 978-3-03810-006-5

Ausgehend von vielfältigen Archiven deckt Franziska Rogger auf, dass die wissenschaftliche Geschichtsschreibung an den Schweizer Universitäten den Frauenstimmrechtskampf falsch darstellt, da sie insbesondere die dem Kampf vorangehenden Hauptakten nie eingearbeitet hat. Mit diesem mangelhaften Verfahren wurde den Schweizer Frauen ihre eigenständige Geschichte eigentlich unterschlagen. Die Autorin stellt die weibliche Welt in einem Längsschnitt seit dem 18. Jahrhundert dar. Gleichzeitig

zeichnet sie die Entwicklung von Marthe Gosteli von der eng mit der Familie verbundenen Frau zur individuellen Persönlichkeit und engagierten Kämpferin für das Frauenstimmrecht nach. Neu ist dabei, dass die Ereignisse aus weiblichen und männlichen Augen gesehen und kommentiert werden. Ohne ideologische Sichtweise wirft sie in der Darstellung der politischen Kämpfe, die sowohl von sozialdemokratischen wie bürgerlichen Frauen einmütig durchgeführt wurden, Seitenblicke auf weitere internationale und nationale Denkweisen.

Hauser, Mjriam und Daniela Tenger, **Menschen mit Behinderungen in der Welt 2035**. Wie technologische und gesellschaftliche Trends den Alltag verändern, Rüslikon 2015, Gottlieb-Duttweiler-Institut

Zehn von hundert Schweizer Erwachsenen leben mit einer Behinderung. Die GDI-Studie untersucht, wie Trends in Technologie, Politik, Wirtschaft und Gesellschaft den Alltag von Menschen mit Behinderung verändern. Bis 2035 werden die Herausforderungen an sie grösser. Am Arbeitsplatz wächst der Leistungsdruck. In der Gesellschaft werden Behinderungen zwar zunehmend als normal betrachtet, doch damit erreicht der Statusstress auch die Schwächsten. Die Lebenskosten könnten steigen: Neue Technologien in der Pflege muss man sich leisten können. Neben den Herausforderungen identifiziert die Studie auch Lebensbereiche, in denen Verbesserungen zu erwarten sind: Medizin und Pflege, Bildung, Mobilität und Wohnen.

Invalidenversicherung

Azar, Hanna Christine, **Erstmalige berufliche Ausbildung nach Artikel 16 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung bei einer Studienpopulation des Jahres 2002: medizinische und schulische Situation**,

durchgeführte Massnahmen und Eingliederungserfolg [Diss. Univ. Basel, 2015, azarch@solnet.ch].

Die Dissertation verfolgt über neun Jahre den Verlauf einer im Kanton Aargau wohnhaften repräsentativen Stichprobe von jungen Versicherten, bei der die Invalidenversicherung (IV) im Jahr 2002 eine erstmalige berufliche Ausbildung (ebA) eingeleitet hat. Knapp ein Fünftel der Versicherten absolvierte die ebA in der freien Wirtschaft und wurde anschliessend dort ohne Rente erwerbstätig. Etwa die Hälfte der Versicherten benötigte eine Ausbildung im geschützten Rahmen, dann langfristig einen geschützten Arbeitsplatz und eine Rente. Ungefähr ein Drittel der Versicherten mit weniger ausgeprägten Störungen erhielt eine Ausbildung im geschützten Rahmen mit dem Ziel einer Integration in die freie Wirtschaft ohne Rente. Weshalb dieses Ziel nur bei relativ wenigen Versicherten erreicht wurde, wird ausführlich diskutiert und es werden Verbesserungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Die frühere Zusprache eines Geburtsgebrechens hatte in der Stichprobe keinen Einfluss auf den niederschweligen Zugang zu einer ebA im geschützten Rahmen mit einer anschliessenden Rente.

Sozialpolitik

Schönig, Werner, **Kooppurrenz in der Sozialwirtschaft**. Zur sozialpolitischen Nutzung von Kooperation und Konkurrenz, Weinheim 2015, Beltz Juventa, EUR 29.95, ISBN 978-3-7799-3266-6

Kooppurrenz in der Sozialwirtschaft bezeichnet die Gleichzeitigkeit von Kooperation und Konkurrenz, welche durch die Sozialpolitik gewollt, genutzt und reguliert wird. Dabei ist die Trennung oder auch Zusammenführung der beiden widersprüchlichen Handlungsmodi für die Akteure eine neue und komplexe Aufgabe. Diese hat Bezüge zur betriebs- und volkswirtschaftlichen so-

wie politikwissenschaftlichen Diskussion, die im ersten Teil des vorliegenden Bands erläutert und speziell auf die Erstellung sozialer Dienstleistungen übertragen werden. Im zweiten Teil werden die theoretischen Aussagen in einer qualitativen Expertenbefragung geprüft, wodurch u.a. unterschiedliche Strategien und Taktiken sowie ein Phasenmodell deutlich werden.

Umverteilen – Redistribution: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte – Revue d'histoire*, hg. von A. Behr et al., Zürich 2015 Chronos Verlag, CHF 28.–, ISBN 978-3-905315-64-6

Die Verteilung des Wohlstands und der damit verbundenen Lebenschancen und Partizipationsrechte stehen im frühen 21. Jahrhundert erneut im Brennpunkt. Der traverse Schwerpunkt zeigt, dass solche Fragen eine lange und wechselvolle Geschichte haben und von internationaler Relevanz sind. Die Beiträge handeln von karitativen Umverteilungspraktiken einer Familie von norditalienischen Merchant-Bankers im London des 15. Jahrhunderts und von korporativer Ressourcenverteilung in der Alten Eidgenossenschaft. Sie beleuchten die Umverteilungswirkungen von abruptem politisch-sozialem Wandel im Japan des späten 19. Jahrhunderts

und, für den gleichen Zeitraum, nicht-staatliche Formen von Solidarität und Umverteilung durch lokale Hilfskassen im Tessin. Weiter konturieren grundsätzliche Überlegungen die «Umverteilung» als essentielle Statebuilding-Praxis der europäischen frühen Neuzeit, während die Sozialhilfe in Frankreich im 20. Jahrhundert im Spannungsfeld zwischen republikanischer Solidarität und zivilgesellschaftlichem Druck kontextualisiert wird. Der Bildbeitrag nimmt schliesslich die Schweizer Volksabstimmung von 1977 über eine eidgenössische Reichtumssteuer in den Fokus.

Schiltknecht, Kurt, **Wohlstand – kein Zufall**, Zürich 2015, NZZ-Verlag, CHF 39.–, ISBN 978-3-03810-029-4, auch als E-Book erhältlich (ISBN 978-3-03810-077-5)

Wie kann der Wohlstand vermehrt werden? Welche Rahmenbedingungen muss die Wirtschaftspolitik bieten, damit die Güter-, Arbeits- und Finanzmärkte funktionieren? Welche geldpolitischen Grundvoraussetzungen müssen gegeben sein, damit die Unternehmen und Arbeitskräfte die für die Vermehrung des Wohlstands notwendige Dynamik entfalten? Wegen der Arbeitsteilung wird das Wirtschaftsgeschehen vor allem aus subjektiver Warte betrachtet. Immer weniger

Leute sind mit den Problemen bei der Schaffung von Wohlstand vertraut. Es werden deshalb Entscheidungen getroffen, die dem Gesamtwohlstand abträglich sind. Kurt Schiltknecht verknüpft Theorie und Praxis, analysiert die jüngsten Krisen, fragt, wie sie gelöst werden könnten und welche Aussichten bestehen, dass in den krisengeplagten Industrieländern wieder mehr Wohlstand geschaffen wird.

Sozialversicherungen

Sozialversicherungsrechtstagung 2014, hg. von Ueli Kieser, St. Gallen 2015, CHF 86.–, ISBN 978-3-906049-12-0

Der Sammelband umfasst die Referate der beiden Sozialversicherungsrechtstagungen vom 10. Juni und 26. August 2014 in Luzern. Einen ersten Schwerpunkt bildeten ärztliche Erkenntnisse und Einschätzungen beim ärztlichen Zeugnis und den Berufskrankheiten. Weitere Referenten äusserten sich zum Invaliditätsgrad, zur Hilflosigkeit, zu den Auszahlungen von Leistungen und den neusten Entwicklungen im AHV-Beitragsrecht oder setzten sich mit dem Weg zum Urteil, dem vielgestaltigen Hintergrund von Streitfällen rund um die Sozialversicherungsdurchführung auseinander.

Neue Publikationen zu den Sozialversicherungen

	Bezugsquelle Bestellnummer Sprachen, Preis
Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/14	318.010.11/14D kostenlos*
Diagnose und Behandlung junger Menschen mit psychischen Krankheiten. Literaturstudie zu evidenzbasierten, internationalen Leitlinien. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 3/14	318.010.3/14D kostenlos*
Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 1/14	318.010.1/14D kostenlos*
Evaluation des gesamtschulischen Gewaltpräventionskonzepts SIG. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 4/14	318.010.4/14D kostenlos*
Evaluation des Zusammenarbeitsmodells ConCerto. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 2/14	318.010 2/14D kostenlos*
Evaluation Pilotprojekt Ingeus – berufliche Wiedereingliederung von Rentenbeziehenden der Invalidenversicherung. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 5/14	318.010 5/14D kostenlos*
Gesamtwirtschaftliche Entwicklungsszenarien bis 2035 sowie Auswirkungen auf Finanzmärkte und Anlagerenditen. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 7/14	318.010.7/14D kostenlos*
Reform der Altersvorsorge 2020: Auswirkungen auf Beschäftigung, Löhne und Arbeitskosten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 9/14	318.010.9/14D kostenlos*
Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2014	318.122.14D kostenlos*
Sozialversicherungen 2013, Jahresbericht gemäss Artikel 76 ATSG	318.121.13D kostenlos*
Sozialversicherungen der Schweiz (Taschenstatistik 2014)	318.001.14D kostenlos*
Verwaltungskosten der Lebensversicherer im Bereich der 2. Säule. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/14	318.010.8/14D kostenlos*
Valutazione del servizio «Gruppo visione giovani» della Polizia cantonale ticinese (italienisch mit deutscher Zusammenfassung). Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/14	318.010.6/14I kostenlos*

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

«Soziale Sicherheit» (CHSS)

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

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

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

Nr. 1/15 Der optimierte Mensch
Nr. 2/15 Reform Altersvorsorge 2020

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

Bestellung von Einzelnummern:

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

Impressum

Herausgeber	Bundesamt für Sozialversicherungen	Copyright	Nachdruck von Beiträgen mit Zustimmung der Redaktion erwünscht
Redaktion	Suzanne Schär E-Mail: suzanne.schaer@bsv.admin.ch Telefon 058 462 91 43 Die Meinung BSV-externer Autor/innen muss nicht mit derjenigen der Redaktion bzw. des Amtes übereinstimmen.	Auflage	Deutsche Ausgabe 2 400 Französische Ausgabe 1 400
Redaktionskommission	Stefan Kühne, Jérémie Lecoultré, Géraldine Luisier, Stefan Müller, Robert Nyffeler, Michela Papa (a.i.) Xavier Rossmannith, Valérie Werthmüller	Abonnementspreise	Jahresabonnement (6 Ausgaben): Fr. 53.– inkl. MwSt., Einzelheft Fr. 9.–
Abonnemente	BBL 3003 Bern Telefax 031 325 50 58 E-Mail: verkauf.zivil@bbl.admin.ch	Vertrieb	BBL/Vertrieb Publikationen, 3003 Bern
Übersetzungen	in Zusammenarbeit mit dem Sprachdienst des BSV	Satz, Gestaltung und Druck	Cavelti AG, Gossau Wilerstrasse 73, 9201 Gossau SG ISSN 1420-2670 318.998.2/15d